

Invertir Selección

Emisor		Nro. Informes Totales	Nro. Recomendaciones Totales	Atenciones	?	✉	✓	✗	↺	↻	★	⬛
CONTR	Contraloria de Bogotá	3	37	37	0	0	13	0	0	0	24	0
FNEST	Fondo Nacional De Estupefacientes	2	15	15	0	0	15	0	0	0	0	0
Pers	Personeria	2	9	9	0	0	9	0	0	0	0	0
SDS	Secretaria Distrital de Salud	4	12	12	0	0	7	0	0	0	5	0
SGE	Secretaria General	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Super	Superintendencia Nacional de Salud	3	28	28	0	0	21	0	0	0	7	0
Total		15	102	102	0	0	65	0	0	0	37	0

☐ 1. Gestión de contratación

✓ ID: 4013 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.146 (2025-10-01) / CONTR

2. 2.2.4 HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR REALIZAR MODIFICACIONES CONTRACTUALES SIN JUSTIFICACIÓN TÉCNICA EN LOS PRECIOS OFERTADOS DE MEDICAMENTOS DE LOS CONTRATOS 6899-2023 Y 4639-2023; 5543-2024 Y 5363-2024, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - REALIZACIÓN DE MODIFICACIONES CONTRACTUALES SIN JUSTIFICACIÓN TÉCNICA EN LOS PRECIOS OFERTADOS DE MEDICAMENTOS DE LOS CONTRATOS 6899-2023 Y 4639-2023; 5543-2024 Y 5363-2024, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Hallazgo: 2.2.4 HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR LIMITACIÓN DEL TÉRMINO OTORGADO PARA RESPONDER LA ACLARACIÓN DE LA OFERTA EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN IC-640-2022 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.. - LIMITACIÓN DEL TÉRMINO OTORGADO PARA RESPONDER LA ACLARACIÓN DE LA OFERTA EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN IC-640-2022 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Proceso: Gestión de Contratación

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: PIEZA COMUNICATIVA SOLICITUD DE ESTUDIO DE MERCADO PARA LA INCLUSIÓN O RESTABLECIMIENTO DE PRECIOS. CAPACITACIÓN SUPERVISIÓN CONTRACTUAL SOLICITUD ADICIÓN Y/O PRÓRROGA, MODIFICACIÓN, SUSPENSIÓN, CESIÓN, TERMINACIÓN DE CONTRATO DE BYS ESTUDIO PREVIO, INVITACIÓN Y PLIEGOS DE CONDICIONES

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 4013 Avance ponderado 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. REALIZAR PIEZA COMUNICATIVA DIRIGIDA A LOS SUPERVISORES CON LOS LINEAMIENTOS DE LA ENTIDAD PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIO DE MERCADO PARA INCLUSIÓN O RESTABLECIMIENTO DE PRECIOS (NUMERAL 9 DEL DOCUMENTO 18-01-GI-0002 GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIO DE MERCADO):	0,00% [0%]	2025-10-01 2026-09-18		GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO
2. CAPACITAR A LOS SUPERVISORES Y A LOS APOYOS A LA SUPERVISIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE ESTUDIO DE MERCADO PARA INCLUSIÓN O RESTABLECIMIENTO DE PRECIOS (NUMERAL 9 DEL DOCUMENTO 18-01-GI-0002 GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIO DE MERCADO):	0,00% [0%]	2025-10-01 2026-09-18		GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO
3. ACTUALIZAR EL FORMATO SOLICITUD ADICIÓN Y/O PRÓRROGA, MODIFICACIÓN, SUSPENSIÓN, CESIÓN, TERMINACIÓN DE CONTRATO DE BIENES YO SERVICIOS CÓDIGO 18-02-FO-0010 V2, INCORPORANDO LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES QUE PERMITAN A LOS SUPERVISORES SUSTENTAR TÉCNICA Y ECONÓMICAMENTE LA NECESIDAD DE REALIZAR AJUSTES EN LOS PRECIOS DEL CONTRATO.:	0,00% [0%]	2025-10-01 2026-09-18		GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO
4. INCLUIR EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, ASÍ COMO EN LA INVITACIÓN Y PLIEGOS DE CONDICIONES, LAS CONDICIONES CONTRACTUALES CLARAS Y EXPRESAS QUE DEFINAN LAS SITUACIONES ESPECÍFICAS BAJO LAS CUALES SERÁ PROCEDENTE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS PRECIOS OFERTADOS POR EL CONTRATISTA.:	0,00% [0%]	2025-10-01 2026-09-10		GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 2. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 4030 / Plan de mejora relacionado con el caso de mortalidad materna (2025-06-27) / SDS

1. Fortalecer el registro en la historia clínica con inclusión de alertas tempranas para valoración de riesgo e interpretación por parte de personal asistencial

**Hallazgo:** Fortalecer el registro en la historia clínica con inclusión de alertas tempranas para valoración de riesgo e interpretación por parte de personal asistencial

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 4030      **Avance ponderado** 99,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Implementar sistemáticamente la interpretación de alertas tempranas, obstétricas en los diferentes servicios.:	100,00% [100%]	2025-06-27 2025-08-26	2025-12-16 2025-12-26	Diana Marcela Zamora Rojas, RAMIREZ CORREDOR AMPARO LEONOR
2. Incluir en Historia clínica de emergencias obstetricas, para Enfermeria las escalas de alertas tempranas, que oriente al personal de enfermería en la identificación y reporte inmediato del riesgo.:	100,00% [100%]	2025-07-14 2025-08-28	2025-12-16 2025-12-16	Diana Marcela Zamora Rojas, KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE, Yulith esperanza Pérez duitama
3. Realizar seguimiento mensual del registro de enfermeria de historias clínicas en alertas tempranas e interpretación en los servicio de ginecoobtetricia y UCI:	99,00% [70%]	2025-10-01 2025-11-30	2025-12-17	Diana Marcela Zamora Rojas, KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE, Yulith esperanza Pérez duitama
4. Actuar frente a los resultados encontrados, producto de la implementación de la adherencia a la interpretación de alertas obstetricas en los diferentes servicios:	100,00% [100%]	2025-11-10 2025-12-15	2025-12-17 2025-12-17	Diana Marcela Zamora Rojas, KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE, Yulith esperanza Pérez duitama

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 3. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 4031 / Plan de mejora relacionado con el caso de mortalidad materna (2025-06-27) / SDS

2. Desarrollar estrategia documentada que permita fortalecer la Gestión oportuna de factores de riesgos para la ruptura uterina identificados en inducción y trabajo de parto y riesgos clínicos correspondientes a manejo de sepsi

**Hallazgo:** Desarrollar estrategia documentada que permita fortalecer la Gestión oportuna de factores de riesgos para la ruptura uterina identificados en inducción y trabajo de parto y riesgos clínicos correspondientes a manejo de sepsi

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones

Tipo 4031

Avance ponderado 98,43%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Presentar en la mesa de gobierno clínico; Propuesta para la implementación de ronda medica interdisciplinaria de especialidades sobre información de cambios y conductas hacia el paciente que se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo:	90,00% [30%]	2025-05-29 2025-07-31	2025-09-12	Diana Marcela Zamora Rojas, Jairo Camilo Guevara Farías
2. Realizar mesa de trabajo para la revision del instructivo ronda asistencial multidisciplinaria para urgencias y hospitalizacion 07-00-IN-000207-00-IN-0002:	100,00% [100%]	2025-12-01 2025-12-11	2025-12-16 2025-12-16	Diana Marcela Zamora Rojas, Jairo Camilo Guevara Farías, RAMIREZ CORREDOR AMPARO LEONOR, YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO
3. Realizar sesiones de capacitación sobre el instructivo ronda asistencial multidisciplinaria para urgencias y hospitalizacion 07-00-IN-000207-00-IN-0002 conjuntas entre el personal médico de ginecología, UCI, enfermería y farmacia para familiarizarse con el canal de comunicación y los procesos comunes a los pacientes tratados por ambas especialidades creando un espacio de diálogo y academia mensual.:	100,00% [100%]	2025-08-13 2025-12-15	2025-12-16 2025-12-16	Diana Marcela Zamora Rojas, Jairo Camilo Guevara Farías, KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE, RAMIREZ CORREDOR AMPARO LEONOR
4. Seguimiento de riesgos clinicos identificados en historia clinica en los servicios con atencion de pacientes gineco obstetricos y para el servicio de UCI en la aplicacion de ronda interdisciplinaria.:	100,00% [100%]	2025-12-01 2025-12-16	2025-12-15 2025-12-19	Diana Marcela Zamora Rojas, Jairo Camilo Guevara Farías
5. Actuar frente a las desvisiones encontradas en los resultados del seguimiento de historias clinicas y rondas interdisciplinarias aplicadas en la unidad de cuidado intensivo:	100,00% [99%]	2025-12-01 2025-12-16	2025-12-16 2025-12-17	Diana Marcela Zamora Rojas, KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE, RAMIREZ CORREDOR AMPARO LEONOR, Yulith esperanza Pérez duitama
6. Realizar seguimiento farmacoterapeutico a paciente hospitalario- en los servicios de ginecobtetricia y UCI con el formato 08-04-FO-0155 Registro del seguimiento farmacoterapéutico urgencias - hosp.:	100,00% [100%]	2025-06-10 2025-12-15	2025-12-16 2025-12-16	CLAUDIA MARCELA VARGAS SUAREZ, Diana Marcela Zamora Rojas
7. Actuar frente a las desvisiones encontradas en los resultados del seguimiento con el formato 08-04-FO-0155 Registro del seguimiento farmacoterapéutico urgencias - hosp.:	99,00% [50%]	2025-06-10 2025-12-15	2025-12-15	Diana Marcela Zamora Rojas, YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

#### ☐ 4. Gestión Clínica Hospitalaria

★ ID: 3643 / AUDITORIA AL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE A LA IPS GENERADORA (2025-01-01) / SDS

2. Incluir dentro de la matriz de riesgos hospitalario lo relacionado con el proceso de gestión operativa de la donación (detección de potenciales donantes, notificación de alertas, declaración de muerte encefálica y mantenimiento del donante)

**Hallazgo:** Revisar la matriz de riesgo clinico hospitalario institucional para incluir lo relacionado a la gestión operativa de la donación

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.

- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

#### Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Ley 1805 de 2016 - decreto 780/2016; resolución 2003/2014, decreto 2493 de 2004; resolución 2460 de 2005 , resolución 2279 de 2008 y acuerdo 419 de 2009, acuerdo 140/2005, acuerdo 369/2009 , acuerdo 363 de 2009; acuerdo 530 de 2013; circular 069 de 2012, circular 0038 de 2006

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de rescates efectivos= Rescates efectivos en ME y PCR / Notificaciones realizadas anuales en Me Y PCR.

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones **Tipo** 3643 **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo para revisar la matriz de riesgo del proceso Hospitalario que permita incluir los riesgos del proceso de donación de órganos y tejidos:	100,00% [100%]	2025-02-02 2025-03-31	2025-02-27 2025-03-14	Gilberto Sierra Ordoñez, Juan Alberto Fajardo Cortés, Lina María Oliveros, Meidy Fernanda Veloza Casas
2. Socializar la matriz de riesgos del proceso hospitalario que incluya los riesgos del proceso de donación de órganos y tejidos al comité de donación de órganos y personal pertinente del proceso:	100,00% [100%]	2025-03-01 2025-03-31	2025-02-27 2025-02-27	Juan Alberto Fajardo Cortés

3. Realizar seguimiento trimestral a los riesgos incluidos en el proceso hospitalario relacionados con la donación de organos y tejidos:	100,00% [25%]	2025-07-10 2025-12-31	2025-04-16 2026-01-28	Juan Alberto Fajardo Cortés
--	---------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

Seguimientos

Acción :01

Estado: cumplida .  
Fecha de vencimiento:31-03-2025

Seguimiento OCI: Se evidencia el producto entregable como era realizar comité de Donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes, según resolución 0313 del 11 de mayo de 2018 por el cual se creó el comité de donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes y se realiza trimestralmente Primero del año 2025 que se había determinado en el comité 27avo se realizaría para finales de enero 2025, la cual por agendas de los participantes se puede realizar el 11 de febrero de 2025. Es decir, la periodicidad del cronograma de este comité es: Enero, abril, julio y octubre de cada año y así sucesivamente.

Lista de asistencia a Comité de fecha 11 de febrero de 2025 es de anotar que no se evidencia el consecutivo de terminación del acta con la lista de asistentes.

Matriz de riesgos AMFEv1.2 de fecha 14-02-2025.

No se ha registrado seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 10 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:20 AM

Accion :02

Estado: cumplida .  
Fecha de vencimiento:31-12-2025

Seguimiento OCI: Lista de asistencia a Comité de fecha 11 de febrero de 2025 es de anotar que no se evidencia el consecutivo de terminación del acta con la lista de asistentes.

Socializar la matriz de riesgos del proceso hospitalario que incluya los riesgos del proceso de donación de órganos y tejidos al comité de donación de órganos y personal pertinente del proceso - Seguimiento - Almera , presentación de diapositivas a través del comité de donación de fecha 11-02-2025.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 % Estado: **Critico (0% y 69%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:23 AM

### Acción 3 .

Fecha de seguimiento: 25-10-2025

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado: 100%

Fecha inicial de la acción de mejora 10-07-2025 fecha de terminación 31-12-2025

Soporte o evidencia del avance:

Seguimiento primer trimestre <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=880a7f74459a0cf1899541bbdcc3eff2ca4b2d39186b7e507b5780c9627d19b8&archivoid=3559593643-01-01-FO-0018> Matriz de Riesgos AMFE V1 2 -evaluación I trimestre.xlsx - Descargar - Almera

seguimiento segundo trimestre 3643- 01-01-FO-0018 Matriz de Riesgos AMFE V1 2 -evaluación II trimestre 2025.xlsx - Descargar - Almera

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar los entregables estos dan cuenta de la acción propuesta., dando cumplimiento a los soportes cargados a la oportunidad de mejora.

Estado: Cumplida

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 10:33 AM

## Ver historial

## Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
--------	-------	---------	--



1	1	1	Bajo (1)
---	---	---	----------

☐ 5. Gestión de contratación

✓ ID: 4012 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.146 (2025-10-01) / CONTR

1. 2.2.3 HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR LIMITACIÓN DEL TÉRMINO OTORGADO PARA RESPONDER LA ACLARACIÓN DE LA OFERTA EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN IC-640-2022 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.. - LIMITACIÓN DEL TÉRMINO OTORGADO PARA RESPONDER LA ACLARACIÓN DE LA OFERTA EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN IC-640-2022 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

**Hallazgo:** 2.2.3 HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA POR LIMITACIÓN DEL TÉRMINO OTORGADO PARA RESPONDER LA ACLARACIÓN DE LA OFERTA EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN IC-640-2022 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.. - LIMITACIÓN DEL TÉRMINO OTORGADO PARA RESPONDER LA ACLARACIÓN DE LA OFERTA EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN IC-640-2022 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

**Proceso:** Gestión de Contratación

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** ESTUDIO PREVIO, INVITACIÓN Y PLIEGOS DE CONDICIONES

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 4012      **Avance ponderado** 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. INCLUIR EN EL ESTUDIO PREVIO DE LOS PROCESOS QUE IMPULSE LA ENTIDAD, ASÍ COMO EN LA INVITACIÓN Y PLIEGOS DE CONDICIONES, LOS PLAZOS Y CONDICIONES PARA SOLICITAR ACLARACIÓN DURANTE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LAS OFERTAS, EN LOS CASOS QUE SE ADVIERTA LA POSIBLE CONFIGURACIÓN DE PRECIOS ARTIFICIALMENTE BAJOS.:	0,00% [0%]	2025-10-01 2026-09-18		GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 6. Participación comunitaria y servicio al ciudadano

✓ ID: 4005 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

6. HALLAZGO 6. Aun cuando existe instructiva gestión de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias código: 03-01-PR-0001 y el 03-01-PT-0002, el personal desconoce la ubicación y el contenido del procedimiento.

**Hallazgo:** Garantizar el personal asistencial conozca, tenga acceso y aplique correctamente la instructiva 03-01-PR-0001 y el 03-01-PT-0002 para asegurar la gestión eficiente y oportuna de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.

**Proceso:** Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

**Riesgo asociado:** Riesgo de vencimiento de términos de acuerdo a la Ley de la Contestación

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al procedimiento 00-7IN-0005

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 4005 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Programar capacitación del instructivo Instructivo gestion de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, subgerencia de prestacion de servicios de salud:	100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-27	2025-11-27 2025-11-27	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Luz Dary Teran Mercado
2. Capacitar al personal sobre el Instructivo gestion de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, subgerencia de prestacion de servicios de salud:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-27	2025-12-01 2025-12-01	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
3. Verificar la apropiación al Instructivo gestion de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, subgerencia de prestacion de servicios de salud.:	100,00% [98%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-12-01 2025-12-01	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
4. Toma de decisión sobre los resultados obtenidos en el postest:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-12-01 2025-12-01	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
--------	-------	---------	--

4	4	4	Media (64)
---	---	---	------------

☐ 7. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 4002 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

3. HALLAZGO 3. No existe correlación del inventario físico con el reportado en su sistema manual o sistematizado, ya que en el servicio farmacéutico el inventario cumple, sin embargo, en el anexo de estupefacientes se encontraron ítems faltantes, ver anexo de inventario.

**Hallazgo:** Garantizar que el inventario físico y el registrado en el sistema (manual o automatizado) coincidan, fortaleciendo la trazabilidad y el control de los estupefacientes, asegurando cumplimiento normativo y seguridad en la dispensación.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al Procedimiento de Manejo y Control de Carros de Paro

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 4002      **Avance ponderado** 83,50%

Acción de mejora		% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar auditoría inmediata al carro de paro para verificar todos los medicamentos y actualizar la información en el formato oficial:		0,00% [0%]	2025-11-27 2026-02-28		Yulith esperanza Pérez duitama
2. Identificar los medicamentos de control especial vencidos que aún aparecen activos en el aplicativo DINÁMICA y gestionar su destrucción física ante el FNE, dejando programada la depuración en el aplicativo una vez se reciba el Acta Final de Destrucción.:		100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-29	2025-11-27 2025-11-29	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
3. Toma de decisiones frente a la auditoría inmediata de carro de paro y la identificación de medicamentos de control especial vencidos:		100,00% [100%]	2025-11-28 2025-11-28	2025-11-28 2025-12-09	LUZ ANGELICA GARCIA LEON, Yulith esperanza Pérez duitama
4. Coordinar con la empresa autorizada por el FNE (SERVIECÓLOGICO) la recolección y destrucción de los medicamentos vencidos, según programación establecida por la autoridad sanitaria.:		100,00% [60%]	2025-11-27 2025-12-01	2025-11-27 2026-01-21	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

5. Recibir y verificar el Acta Final de Destrucción emitida por la empresa autorizada y validar que corresponda a los medicamentos reportados.:	100,00% [50%]	2025-11-27 2025-12-15	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
6. Gestionar la depuración definitiva en el aplicativo DINÁMICA dando de baja los medicamentos destruidos, garantizando coherencia entre el acta recibida, el inventario físico y el registro en sistema.:	100,00% [50%]	2025-12-16 2025-12-20	2025-12-17 2026-01-28	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	4	Alta (100)

☐ 8. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 4011 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

12. HALLAZGO 12. Se evidencia la existencia de dos canastas de transporte de medicamentos que contienen medicamentos de control especial, desde farmacia hacia salas de cirugía, en este existe formato de recibido, sin embargo no cuenta con sistema de seguridad de los medicamentos.

**Hallazgo:** Fomentar un mejor control de la seguridad para el traslado de MCE y estandarizar los registros de limpieza y custodia para garantizar trazabilidad y seguridad del transporte.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 4011      **Avance ponderado** 36,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar al personal de Farmacia y salas de cirugía, la obligatoriedad del uso de sellos de seguridad (PRECINTOS) para el traslado de MCE y del registro de limpieza	100,00% [50%]	2025-11-27 2025-12-01	2025-11-27	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, GLEYRA JUDITH

posterior del contenedor, según al Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043:				CABALLERO ARRIETA
2. Implementar el uso de sellos de seguridad (PRECINTOS) en las canastas de transporte y realizar limpieza del contenedor después de cada traslado.:	45,00% [45%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Yulith esperanza Pérez duitama
3. Revisar mediante ronda administrativa, que los traslados cuenten con sello de seguridad y que los formatos de limpieza estén completos.:	45,00% [33%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
4. Realizar refuerzo inmediato al personal cuando se detecte ausencia de sello o falta de registro de limpieza del contenedor.:	45,00% [0%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	2	3	Bajo (30)

☐ 9. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4000 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

1. HALLAZGO 1. El director técnico no está presente durante la visita, el QF. John Fredy Bernal Albino renunció a finales de octubre y no se ha realizado novedad de cambio de DT ante el FNE, y la persona encargada se encuentra hospitalizada.  
Este hallazgo se homologa con el Hallazgo numero 10

**Hallazgo:** Garantizar la disponibilidad permanente del Director Técnico del Servicio Farmacéutico y asegurar el reporte oportuno de cambios ante el Fondo Nacional de Estupefacientes.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional en la inoportuna, debido a la falta de responsable técnico ante requerimientos de inspección.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** NO APLICA

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 4000 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar y ajustar (si aplica)el documento institucional Procedimiento manejo de suplencias del personal principal - Farmacia 08-04-PR-0004 para confirmar quién asume la responsabilidad técnica en ausencia del Director Técnico, y establecer como directriz que cualquier novedad relacionada con el DT o su suplencia sea notificada al Fondo Nacional de Estupefacientes el mismo día en que se presente.:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-11-29 2025-11-29	Luz Dary Teran Mercado
2. Notificar de forma oportuna al ente de control (FNE) y al personal de servicios farmaceuticos el cambio o suplencia del Director Técnico.:	100,00% [100%]	2025-11-26 2026-02-26	2025-11-27 2025-11-27	Luz Dary Teran Mercado
3. Verificar que el FNE haya recibido y confirmado la notificación (acuse o respuesta).:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-11-27 2025-11-27	Luz Dary Teran Mercado

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	4	Alta (80)

☐ 10. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4007 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

8. HALLAZGO 8.No se evidencia sello de entrega o dispensado en las varias fórmulas médicas.

**Hallazgo:** Garantizar que todas las fórmulas médicas cuenten con el sello de entrega o dispensado, fortaleciendo la trazabilidad, la responsabilidad del personal y el cumplimiento de los procedimientos establecidos.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 4007 Avance ponderado 33,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar al equipo la obligatoriedad del uso del sello “DISPENSADO” en fórmulas con medicamentos de control especial.:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-11-27 2025-11-28	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
2. Garantizar disponibilidad del sello en Farmacia y hacer demostración de uso correcto.:	33,00% [33%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	IVONE LIZETH CASTRO MINECART, LUZ ANGELICA GARCIA LEON
3. Establecer revisión semanal de fórmulas médicas para asegurar que se cumpla el uso del sello de entrega.:	60,00% [33%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
4. Aplicar refuerzo inmediato al colaborador que omita el sello.:	50,00% [10%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	4	4	Alta (80)

11. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 4010 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

11. HALLAZGO 11.

Hospitalización 2 piso: se evidencia que lo registrado en el formato de revisión mensual de carro de paro no coincide con el inventario físico, con un faltante de 1 unidad de fentanilo 0,5mg/ml SLN inyectable, el cual en el momento de la revisión no se evidencia trazabilidad de uso y el medicamento midazolam 5mg/ml el lote registrado no coincide con el físico.

Urgencias y salas de reanimación: se evidencia que lo registrado en el formato de revisión mensual de carro de paro no coincide con el inventario físico, con un faltante de 1 unidad de fentanilo 0,5mg/ml SLN inyectable, el cual en el momento de la revisión no se evidencia trazabilidad de uso.

Sala de partos se evidencia que lo registrado en el formato de revisión mensual de carro de paro, para el medicamento midazolam 5mg/ml SLN inyectable, no coincide la información de lote y fecha de vencimiento con el físico del medicamento en mención.

Sala de observación se evidencia que lo registrado en el formato de revisión mensual de carro de paro, para el medicamento de fentanilo 0,5mg/ml SLN inyectable no coincide la información de lote y fecha de vencimiento con el físico del medicamento en mención

**Hallazgo:** Fortalecer la verificación conjunta Enfermería-Farmacia en los carros de paro, actualizando registros, garantizando coherencia entre inventario físico vs. formatos, documentando oportunamente reposiciones y acompañando la gestión del caso de faltante sin trazabilidad del MCE identificado.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones **Tipo** 4010 **Avance ponderado** 93,32%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisión del gasto del fentanilo solución inyectable de 0,5 mg/10ml en carro de paro. Corrección del lote de Midazolam solución inyectable de 5 mg/5ml en carro de paro.:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-11-27 2025-11-28	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
2. Realizar reposiciones inmediatas cuando haya faltantes y emitir retroalimentación directa al personal del turno cuando se identifiquen inconsistencias:	60,00% [33%]	2025-12-01 2026-02-28	2025-12-01	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
3. Revisar y ajustar (si aplica) el Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043:	100,00% [100%]	2025-11-28 2025-12-02	2025-11-27 2025-12-01	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Yulith esperanza Pérez duitama
4. Socializar Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043:	100,00% [20%]	2025-12-03 2025-12-04	2025-11-28	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Yulith esperanza Pérez duitama
5. Ejecutar la auditoría mensual de manera conjunta (Enfermería + Farmacia), verificando: inventario físico, registro de reposiciones, integridad del carro, control de MCE, sellado y concordancia con lo consignado en los formatos.:	100,00% [50%]	2025-12-05 2025-12-11	2025-12-01 2026-01-26	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Yulith esperanza Pérez duitama
6. Toma de desición frente a las desviaciones encontradas en la auditoría:	100,00% [20%]	2025-12-11 2025-12-16	2025-12-09 2025-12-23	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA



[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	4	4	Alta (80)

## ☐ 12. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4006 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

7. HALLAZGO 7. En la fórmula médica no se relaciona los datos de la persona que dispensa el medicamento.

**Hallazgo:** Garantizar que todas las fórmulas médicas incluyan los datos completos de la persona que dispensa el medicamento, fortaleciendo la trazabilidad y la seguridad en el manejo de los medicamentos.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043

**Sistema** [Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones](#) **Tipo** 4006 **Avance ponderado** 33,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Informar al personal de Farmacia sobre la obligatoriedad del registro de nombre, firma, e identificación en las fórmulas.:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-27	2025-11-27 2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
2. Asegurar que durante la dispensación se realice el diligenciamiento completo de los datos del dispensador.:	33,00% [33%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	IVONE LIZETH CASTRO MINECART, LUZ ANGELICA GARCIA LEON
3. Revisar aleatoriamente fórmulas médicas verificando que contienen firma, identificación y/o sello.:	45,00% [33%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
4. Retroalimentar individualmente a quien incumpla el registro:	50,00% [10%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	4	Alta (80)

☐ 13. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4003 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

4. HALLAZGO 4.. Aun cuando se cuenta con plan de contingencia para caso de mediciones de temperatura y humedad relativa por fuera de especificaciones, sin embargo, el personal desconoce la ubicación y el contenido del procedimiento.

**Hallazgo:** Fortalecer la apropiación y ejecución del plan de contingencia, garantizando que todo el personal asistencial farmacéutico conozca el protocolo y lo aplique ante desviaciones de T° y HR.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al manual 0804MA0001 de gestión de medicamentos y dispositivos médicos

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 4003 Avance ponderado 77,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Establecer cronograma para la socialización del Plan de Contingencia para desviaciones de temperatura y humedad relativa, garantizando la cobertura del Servicio Farmacéutico, Enfermería (mañana, tarde y noche) y líder de atención prehospitalaria.:	100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-26	2025-11-26 2025-11-27	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Luz Dary Teran Mercado
2. Realizar la socialización del Plan de Contingencia, reforzando el manejo adecuado ante desviaciones, los responsables por turno y el registro correspondiente en formatos institucionales.:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-27	2025-11-27 2025-11-27	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Luz Dary Teran Mercado
3. Verificar mediante Rondas Adminitativas Farmaceúticas, el ciclo del medicamento, teniendo en cuenta el criterio de los registros de T° y HR para confirmar que el personal está aplicando el Plan de Contingencia.:	60,00% [33%]	2025-11-29 2026-02-28	2025-11-29	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
4. Toma de decisiones frente a las desviaciones encontradas en las rondas administrivas farmaceúticas:	50,00% [10%]	2025-12-01 2026-02-28	2025-12-01	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

☐ 14. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4001 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

2. HALLAZGO 2. En ausencia y/o reemplazo del director técnico no cuenta con un empleado debidamente capacitado y entrenado encargado de suplirlo.

**Hallazgo:** Fortalecer la continuidad operativa del Servicio Farmacéutico mediante la designación y capacitación formal de un funcionario que pueda asumir las funciones del Director Técnico en casos de ausencia o reemplazo, asegurando que cuente con las competencias, responsabilidades y entrenamiento necesarios para cumplir con las obligaciones del cargo.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional en la inoportuna, debido a la ausencia de responsable técnico habilitado para toma de decisiones inmediatas.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de gestión de necesidades identificadas (Talento Humano ) Cliente Interno Subred Sur Occidente ESE

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 4001 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Verificar que el acta de entrega de cargo del QF saliente esté archivada como soporte institucional de suplencia.:	100,00% [50%]	2025-11-26 2025-11-26	2025-11-27	Luz Dary Teran Mercado
2. Notificar al FNE la designación del encargado:	100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-27	2025-11-27 2025-11-27	Luz Dary Teran Mercado
3. Confirmar que el personal del Servicio Farmacéutico conoce la suplencia:	100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-28	2025-11-29 2025-11-29	Luz Dary Teran Mercado

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	4	Alta (80)

15. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4008 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

9. HALLAZGO 9. En el proceso de transporte de MCE y MME no se garantiza la monitorización de condiciones ambientales y limpieza de contenedores trasporte

Hallazgo: Asegurar que durante el transporte de medicamentos se registren y monitoreen las condiciones ambientales y se documente la limpieza de los contenedores, garantizando la integridad, seguridad y calidad de los productos farmacéuticos.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

**Riesgo asociado:** Posible pérdida de estabilidad del medicamento, deterioro, contaminación cruzada y fallas en la cadena de custodia.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al Instructivo de Transporte y o traslado de medicamentos entre unidades y servicios y del Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    4008    **Avance ponderado**    75,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar al servicio de Farmacia y APH sobre la obligatoriedad de diligenciar monitoreo de T° y HR en neveras de transporte y registro de limpieza de contenedores según instructivo 08-04-IN-0031.:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-12-01	2025-11-27 2025-12-01	Angie Paola Buitrago Colorado, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
2. Socialización al personal del servicio farmacéutico APH del diligenciamiento del Formato para control de limpieza y equipos - ambulancias traslados secundarios 09-03-FO-0006:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-12-01	2025-11-28 2025-12-01	Angie Paola Buitrago Colorado, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
3. Revisar registros de temperatura de neveras de transporte y verificar limpieza de las mismas:	50,00% [33%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	Angie Paola Buitrago Colorado, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
4. Realizar retroalimentación puntual al personal que presente registros incompletos.:	50,00% [30%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	Angie Paola Buitrago Colorado, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	4	Alta (100)

☐ 16. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4009 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

10. EL HALLAZGO 10. No se informa por escrito los reportes de cambio de director técnico, el químico farmacéutico John Fredy Bernal renunció a finales de octubre y no se ha reportado al FNE cambio de este.

**Hallazgo:** Garantizar la disponibilidad permanente del Director Técnico del Servicio Farmacéutico y asegurar el reporte oportuno de cambios ante el Fondo Nacional de Estupefacientes.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Riesgo asociado:** Posibilidad de afectación económica y reputacional en la inoportuna, debido a la falta de responsable técnico ante requerimientos de inspección.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** NO APLICA

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    4009    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar y ajustar (si aplica)el documento institucional Procedimiento manejo de suplencias del personal principal - Farmacia 08-04-PR-0004 para confirmar quién asume la responsabilidad técnica en ausencia del Director Técnico, y establecer como directriz que cualquier novedad relacionada con el DT o su suplencia sea notificada al Fondo Nacional de Estupefacientes el mismo día en que se presente.:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-11-29 2025-11-29	Luz      Dary Teran Mercado
2. Notificar de forma oportuna al ente de control (FNE) y al personal de servicios farmaceuticos el cambio o suplencia del Director Técnico.:	100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-26	2025-11-26 2025-12-01	Luz      Dary Teran Mercado
3. Verificar que el FNE haya recibido y confirmado la notificación (acuse o respuesta).:	100,00% [100%]	2025-11-27 2025-11-28	2025-11-28 2025-11-28	Luz      Dary Teran Mercado

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	4	Alta (80)

☐ 17. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 4004 / Plan de Mejoramiento Hallazgos Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) - Hospital de Fontibón (2025-11-26) / FNEST

5. HALLAZGO 5. Aun cuando existe protocolo manejo de medicamentos de control especial y monopolio del estado código: 08-04-PR-0043, el personal desconoce la ubicación y el contenido del procedimiento.).

Hallazgo: Garantizar que todo el personal del servicio farmacéutico conozca, acceda y aplique correctamente el protocolo 08-04-PR-0043.

Proceso: Gestión de Servicios Complementarios

Riesgo asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Adherencia al Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 4004 Avance ponderado 72,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Programar socialización del procedimiento actualizado 08-04-PR-0043 para Farmacia, Enfermería (todos los turnos) y líder de APH:	100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-27	2025-11-26 2025-11-27	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Luz Dary Teran Mercado
2. Fortalecer al personal de servicios farmaceutico la ubicación de soporte documental correspondiente al servicio farmaceutico en el sistema de Información ALMERA:	100,00% [100%]	2025-11-26 2025-11-27	2025-11-27 2025-11-27	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Luz Dary Teran Mercado
3. Realizar la socialización del Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado 08-04-PR-0043, reforzando custodias, traslado, registro, sello “DISPENSADO/ENTREGADO” y firma legible con identificación.:	100,00% [100%]	2025-11-28 2025-11-29	2025-11-28 2025-11-29	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA, Luz Dary Teran Mercado
4. Verificar en los servicios farmaceuticos el 100% de las fórmulas y registros para confirmar la aplicación del procedimiento actualizado sobre los datos requeridos del personal que dispensa medicamentos de control:	60,00% [33%]	2025-11-27 2026-02-28	2025-11-27	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
5. Realizar refuerzo individual donde se identifiquen fallas.:	60,00% [10%]	2025-11-28 2026-02-28	2025-11-28	GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	4	Alta (80)

☐ 18. Gestión del Riesgo en Salud

✓ ID: 3994 / SEGUIMIENTO SIVIGILA 4,0 (2025-11-24) / SDS

1. Evento notificado de manera inoportuna 85462370 fecha consulta 25/10/2025 fecha envió 27/10/2025, lo cual requiere plan de mejora por que supera el 10%

**Hallazgo:** Fortalecer los tiempos de notificación e identificación de casos, conforme a los lineamientos establecidos en el protocolo de manejo del Instituto Nacional de Salud.

**Proceso:** Gestión del Riesgo en Salud

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 29. Código: (AsPL8)

La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a: Criterios:

- Salud sexual y reproductiva.
- Crecimiento y desarrollo.
- Programas nutricionales y alimentarios.
- Salud visual.
- Salud oral.
- Enfermedades crónicas y degenerativas.
- Salud mental.
- Enfermedades de transmisión por vectores.
- Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras).

**Riesgo asociado:** 3. Posibilidad de afectación reputacional por la probabilidad de notificación inoportuna de eventos de interés en salud pública por parte del personal médico de las Unidades de Servicios de Salud, debido a el desconocimiento del personal médico de la normatividad frente a la notificación oportuna, pertinente y con calidad de los eventos de interés en salud pública.

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3994 Avance ponderado 100,00%



Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Elaborar cronograma de seguimiento y cumplimiento del plan de mejora.:	100,00% [0%]	2025-11-24 2025-11-24	2025-12-01 2025-12-01	Liseth alejandra cortes cepeda
2. Socializar con los profesionales los tiempos de notificación establecidos por la secretaria de salud:	100,00% [0%]	2025-11-24 2025-12-25	2025-12-11 2025-12-11	MARIA FERNANDA ARDILA LIZARAZO
3. Realizar plan de mejora individual con profesional de medicina:	100,00% [0%]	2025-11-24 2025-12-27	2025-12-19 2025-12-19	Liseth alejandra cortes cepeda
4. Toma de decision de desviaciones encontradas:	100,00% [0%]	2025-11-24 2025-12-27	2025-12-19 2025-12-19	Liseth alejandra cortes cepeda

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	4	3	Media (60)

☐ 19. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3954 / Mesa primaria de Urgencias Plan de mejora Seguimiento a los servicio de Urgencias (2025-11-04) / Pers

1. Avanzar en las estrategias de monitoreo de tiempos de atención Traige II y III, con el fin de garantizar la atención oportuna en Hospital Occidente de Kennedy.

Hallazgo: 3.1.1 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN:

3.1.1.1 Clasificación de usuarios en Triage:

Se encontraron 24 pacientes clasificados como Triage III pendientes por la valoración médica inicial. La Unidad de Servicios de Salud (USS) informó que, debido a una situación de contingencia por sobreocupación, se encuentra implementando una estrategia denominada 2\*1 la cual consiste en realizar dos consultas médicas iniciales por cada revaloración médica, con el fin de poder examinar y dar inicio de tratamiento a la mayor parte de los usuarios que se encuentran en sala de espera. No obstante, esta estrategia relega la atención de pacientes que requieren seguimiento clínico, prolongando su permanencia en urgencias y comprometiendo la continuidad del proceso asistencial.

Adicionalmente, se encontraron 22 pacientes ubicados sala de espera pendientes por revaloración, manifestaron haber permanecido por largos periodos desde su ingreso, en algunos casos desde horas de la mañana, sin haber recibido atención oportuna para la revaloración médica, pese a la toma previa de exámenes y/o inicio de

tratamiento.

### 3.1.1.2 Tiempos promedios de atención Triage II:

Se evidencia incumplimiento en los tiempos establecidos para la atención de pacientes clasificados en Triage II, dado que ninguno de los diez (10) casos evaluados fue atendido dentro de los primeros 30 minutos posteriores a su ingreso al servicio de urgencias. El tiempo máximo registrado alcanzó las dos (2) horas y siete (7) minutos, lo cual excede de manera significativa el estándar definido para este nivel de prioridad.

Se observaron lapsos prolongados en el proceso de atención en urgencias:

Entre la llegada del usuario y la asignación del turno, con un máximo de cincuenta (50) minutos.

Entre la asignación del turno y la realización del proceso de clasificación (Triage), con un máximo de setenta y un (71) minutos.

Esta situación impacta de manera negativa el tiempo total de atención médica, llegando a duplicar en algunos casos el tiempo recomendado para pacientes clasificados en este nivel de prioridad.

#### Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.

Resolución 5596 de 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage

Estándar 14. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad

**Riesgo asociado:** 3. Posibilidad de afectación económica y/o reputacional (riesgo clínico) por la posibilidad de complicaciones en la salud del paciente originado por rinofaringitis sin una adecuada identificación o diagnóstico en el momento del Triage, falta de adherencia a la guía de práctica clínica y/o interpretación de resultados en el aplicativo Dinámica Gerencial, complicaciones no identificadas y la oportunidad en la prestación de los servicios.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente ESE

PAA-09-01 Indicador: Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente.

URG-3 Indicador: Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage III en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones **Tipo** 3954 **Avance ponderado** 94,75%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. Realizar recorrido por el servicio de Urgencias Kennedy, con el fin de reorganizar consultorios para atención de médicos generales, camas habilitadas y expansión, punto de gestión de riesgo en sala de espera.:	100,00% [100%]	2025-11-04 2025-11-15	2025-11-04 2025-11-26	DUARTE CELY RODOLFO
2. De acuerdo a recorrido realizar plan de trabajo donde se establezcan entregas de compromisos en recorrido.:	90,00% [90%]	2025-11-15 2025-11-29	2025-12-01	Miguel Mojica Mugno, Yuly Katherine Restrepo Vargas-Equipos Industriales
3. Realizar seguimiento a avance de plan de trabajo, socializar en mesa primaria de urgencias.:	99,00% [0%]	2025-12-01 2026-01-30	2025-12-01	Miguel Mojica Mugno, Yuly Katherine Restrepo Vargas-Equipos Industriales
4. Realizar informe donde se explique el comportamiento de Triage, como se miden los tiempos y seguimiento a tablero de control Oportuna.:	90,00% [80%]	2025-11-04 2026-01-30	2025-11-04	DUARTE CELY RODOLFO

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

☐ 20. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3957 / Mesa primaria de Urgencias Plan de mejora Seguimiento a los servicio de Urgencias (2025-11-04) / Pers

4. Fortalecer el acompañamiento de gestores al servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy a fin de lograr liberación de móviles de la Secretaria de Salud.

Hallazgo: 3.1.3 CAPACIDAD INSTALADA:

Se evidencian discrepancias en los datos de la información reportada sobre la capacidad instalada para la atención de pacientes adultos en urgencias en el reporte del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS):  
Durante la visita se identificaron las siguientes diferencias:  
Se evidencian 47 camas en el área de observación de mujeres. Reportan 20 camas (camas) menos en el REPS.  
Se evidencian 26 camas en el área de observación de hombres. Reportan 10 camas (camas) menos en el REPS.  
Como resultado de las inconsistencias en el reporte de la capacidad instalada, los valores de ocupación registrados indican una sobreocupación del 264%. No obstante, con base en la capacidad física verificada durante la visita, la sobreocupación real corresponde al 170%.

Se evidenció que en el área de pasillo del primer piso del servicio de urgencias se encontraban 17 camillas ocupadas, de las cuales:

- 14 pertenecen a la USS Kennedy
- 3 son camillas retenidas de las ambulancias pertenecientes a la Secretaría Distrital de Salud.

La retención de estas camillas afecta la disponibilidad operativa del sistema de ambulancias del Distrito, reduciendo la capacidad de respuesta ante solicitudes de traslado por parte de la ciudadanía y generando una afectación directa en la oportunidad de la atención prehospitalaria y hospitalaria.

Adicionalmente, en el pasillo del primer piso se encontraron 11 pacientes en sillas tándem.

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.

Resolución 5596 de 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage

Estándar 14. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente ESE

sede occidente de kennedy\_14 Porcentaje de ocupación del servicio de urgencias USS Occidente de Kennedy (proceso)

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3957    Avance ponderado    95,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Realizar recorrido por el servicio de Urgencias Kennedy, con el fin de reorganizar consultorios para atención de médicos generales, camas habilitadas y expansión, punto de gestión de riesgo en sala de espera.:	100,00% [100%]	2025-11-04 2025-11-15	2025-11-04 2025-11-26	DUARTE RODOLFO	CELY
2. Seguimiento frente a camillas retenidas de Atencion Pre Hospitalaria (APH), con periodicidad diaria.:	90,00% [90%]	2025-11-04 2026-01-31	2025-12-01	Angie Buitrago Colorado	Paola

[Ver historial](#)

## Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
3	3	3	Bajo (27)

☐ 21. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3956 / Mesa primaria de Urgencias Plan de mejora Seguimiento a los servicio de Urgencias (2025-11-04) / Pers

3. Avanzar en las estrategias que permitan garantizar el talento humano necesario para prestación del servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy.

#### Hallazgo: 3.1.2 DISPONIBILIDAD DE TALENTO HUMANO:

Durante la revisión se identificaron las siguientes novedades en el personal de enfermería:

Incapacidad de la auxiliar de enfermería, quien informó telefónicamente a las 18:00 horas. Según lo reportado, no se asignó personal de reemplazo.

Compensatorio asignado a la auxiliar de enfermería, también sin personal de reemplazo.

En el área de observación de mujeres se evidenció la presencia de una auxiliar de enfermería en turno, quien manifestó ser personal nuevo y no se encontraba registrada en el cuadro oficial de turnos. Esta situación constituye una inconsistencia en el control y asignación del recurso humano, lo cual afecta la trazabilidad, transparencia en la gestión del talento humano en salud es un riesgo para la seguridad de los pacientes.

#### Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

#### Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.

Resolución 5596 de 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage

Estándar 14. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad

**Riesgo asociado:** 2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no dar continuidad a la ejecución de la programación de actividades, debido a la falta de notificación oportuna y la disponibilidad de tiempos de los colaboradores del proceso.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente ESE

sede occidente de kennedy\_21 Porcentaje de Suficiencia del talento Humano USS Occidente de Kennedy (estratégico)

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3956 Avance ponderado 45,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mesa de trabajo con Director de Urgencias, líder de enfermería, líder unidad y referente de urgencias, con el fin de identificar estrategias para fortalecer servicio antes ausencias de personal de enfermería.:	15,00% [10%]	2025-11-04 2025-11-30	2025-11-04	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO
2. Realizar seguimiento a cumplimiento de compromisos de mesa de trabajo.:	75,00% [10%]	2025-11-04 2026-01-31	2025-11-04	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	3	3	3	Bajo (27)

☐ 22. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3955 / Mesa primaria de Urgencias Plan de mejora Seguimiento a los servicio de Urgencias (2025-11-04) / Pers

2. Avanzar en las estrategias de fortalecimiento de la estrategia Programa Hospitalización Domiciliaria.

**Hallazgo:** 3.1.1.4. Numero de pacientes con estancia > 4 24 horas:  
Se identificó que, de los 139 pacientes atendidos, 62 se encontraban ubicados en camas de observación con una estancia igual o superior a 24 horas, lo que representa un 45% del total de pacientes.  
Así mismo, el personal que atendió la visita nocturna no contaba en el momento con la información detallada de todos los pacientes con estancias prolongadas por tal motivo no fue posible verificar cuántos de los 66 pacientes alojados en sofás fijos, sillas tipo tándem y camillas llevaban más de 24 horas en el servicio.  
Esta falta de información precisa limita la capacidad de evaluación y seguimiento efectivo de la situación, impidiendo dimensionar el riesgo asistencial, generar alertas oportunas y establecer acciones correctivas eficaces para mejorar la gestión de la demanda en urgencias.  
La institución informó, de manera general, las siguientes causas como responsables de estas estancias prolongadas:  
Remisiones pendientes por parte de las EPS.  
Falta de disponibilidad de camas en hospitalización.

Imposibilidad de remitir pacientes afiliados a Capital Salud bajo el régimen de Pago Global Prospectivo (PGP).  
Valoraciones pendientes por parte de especialistas.

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 34. Código: (AsPL12)  
La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.

Resolución 5596 de 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage  
Estándar 14. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente ESE  
Porcentaje pacientes remitidos a PHD

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3955 Avance ponderado 99,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Fortalecer el programa de PHD en el Hospital Occidente de Kennedy, mediante capacitación.:	100,00% [100%]	2025-11-04 2025-12-31	2025-11-07 2025-11-09	DUARTE CELY RODOLFO, YULI ALEJANDRA GARZON ORJUELA
2. Realizar medición del indicador de adherencia a programa de PHD en el servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy.:	100,00% [90%]	2025-11-04 2026-01-31	2025-12-01	JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA, YULI ALEJANDRA GARZON ORJUELA
3. Realizar cronograma de rondas administrativas y asistenciales en el Servicio de Urgencias:	100,00% [100%]	2025-11-04 2025-11-30	2025-11-04 2025-11-26	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO
4. Realizar ronda administrativa y asistencial en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	97,00% [97%]	2025-11-04 2026-01-31	2025-11-04	DUARTE CELY RODOLFO

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
--------	-------	---------	--

3	4	4	Media (48)
---	---	---	------------

## ☐ 23. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3958 / Mesa primaria de Urgencias Plan de mejora Seguimiento a los servicio de Urgencias (2025-11-04) / Pers

### 5. Fortalecer la identificación de riesgo de caída en el servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy

#### Hallazgo: 3.1.4 OBSERVACIONES GENERALES:

Durante el desarrollo de la visita al servicio de urgencias de la USS Kennedy, se evidenciaron las siguientes condiciones relacionadas con la atención, infraestructura y aspectos de seguridad:

Se observaron suficientes sillas en la sala de espera (se encontraban pacientes en el suelo a pesar de disponer de sillas vacías). Se encuentran familiares sentados a lado de los pacientes en el pasillo del primer piso.

Las áreas de circulación del primer piso presentan obstrucciones, como camillas y familiares de pacientes, lo cual dificulta la movilidad del talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos.

Durante la visita, se evidenció caída de un paciente ocurrido en el pasillo del primer piso del servicio de urgencias, a las 20:40 horas. El paciente identificado, con cédula de ciudadanía No. 11.413.856, se encontraba a cargo de la especialidad de psiquiatría y contaba con rótulo de identificación de riesgo de caída. Se verifica realización del reporte a Seguridad del Paciente con el radicado 91336.

#### Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

#### Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.

Resolución 5596 de 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage

Estándar 14. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad

**Riesgo asociado:** 1. Posibilidad de afectación reputacional por identificación inadecuada de pacientes con riesgo de caída, debido a desconocimiento del mismo, falta de educación, rotación frecuente del personal y inadecuada identificación del riesgo priorizado

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente ESE

RES256 02 7 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Urgencias a Nivel Sub Red (proceso)



Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3958 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar análisis de suceso de seguridad de caída de paciente.:	100,00% [100%]	2025-11-04 2025-11-30	2025-11-07 2025-11-07	Colin Dayana Garcia Rojas
2. Realizar recorrido por el servicio de Urgencias Kennedy, con el fin de reorganizar consultorios para atención de médicos generales, camas habilitadas y expansión, punto de gestión de riesgo en sala de espera, con el fin de verificar áreas de circulación primer piso.:	100,00% [100%]	2025-11-04 2025-11-15	2025-11-04 2025-11-26	DUARTE CELY RODOLFO

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	4	Media (48)

☐ 24. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3940 / Establecimientos distribuidores minoristas y/o dispensadores medicamentos control especial (2025-10-16) / FNEST

3. Durante el recorrido por las áreas asistenciales se evidencio falta de responsabilidad del personal de enfermería en la custodia y manejo de los carros de paro.

**Hallazgo:** Fortalecer los mecanismos de asignación, custodia, control y seguimiento del manejo de los carros de paro por parte del personal de enfermería en las áreas asistenciales, garantizando la responsabilidad individual y colectiva, y asegurando la disponibilidad permanente y adecuada de los insumos y medicamentos requeridos en situaciones de emergencia.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Resolucion 1478 del 2006:Reglamenta el uso , control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado Resolucion 315 de 2020 : Por el cual se actualizan los listados de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y demás sustancias sometidas a fiscalización, de aquellas clasificadas como monopolio del Estado Resolucion 1403 DEL 2007: Reglamenta el manual de condiciones de habilitacion incluyendo gestion del servicio farmaceutico .

Resolucion 1229 del 2013 : Por la cual se establece el modelo de inspeccion , vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano incluyendo medicamentos y sustancias smetidas a fiscalicacion.

**Riesgo asociado:** Riesgo reputacional y legal Falta de insumos y medicamentos esenciales Retraso en la atención de emergencias

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Cobertura de la capacitacion en la politica de seguridad al paciente a los colaboradores asistenciales en la subred sur occidente.

Percepción del clima y cultura de seguridad al paciente por parte de los colaboradores

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3940    **Avance ponderado**    48,33%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar monitoreo riguroso de la termohigrometría de los carros de paro , así como la implementación de acciones correctivas y preventivas destinadas a fortalecer el control.:	25,00% [36%]	2025-09-26 2026-05-30	2025-10-20	MARTINEZ MOSQUERA    ANA LEONOR
2. Fortalecer la adherencia al Manual de Enfermería (07-01-MA-0003) mediante la socializacion periódica del manejo de los carros de paro por parte del equipo de enfermería:	60,00% [50%]	2025-09-26 2026-05-30	2025-10-20	MARTINEZ MOSQUERA    ANA LEONOR
3. Implementar intervenciones específicas dirigidas a la corrección de las no conformidades identificadas en la adherencia al Manual de Enfermería (07-01-MA-0003), a través del monitoreo continuo y sistemático del manejo operativo de los carros de paro por parte del personal de enfermería:	60,00% [50%]	2025-09-26 2026-05-30	2025-10-20	MARTINEZ MOSQUERA    ANA LEONOR

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	4	4	Alta (80)

☐ 25. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3938 / Establecimientos distribuidores minoristas y/o dispensadores medicamentos control especial (2025-10-16) / FNEST

1. Se encontró en almacenamiento 2 tabletas reempacadas del medicamento monopolio de estado METADONA 40 mg Tableta, Lote 240809, F.V: 30/09/2026, registro sanitario INVIMA 2019M- 0019007; las cuales fueron reempacadas en el servicio farmacéutico y no en el establecimiento certificado en BPE autorizado para tal fin.

**Hallazgo:** Suspende de manera inmediata cualquier actividad de reempaque de medicamentos de monopolio del Estado y/o control especial en el servicio farmacéutico, garantizando que dicho procedimiento se realice únicamente por el establecimiento debidamente certificado en BPE, conforme a lo establecido por el INVIMA y demás normas sanitarias aplicables.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Resolucion 1478 del 2006:Reglamenta el uso , control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado Resolucion 315 de 2020 : Por el cual se actualizan los listados de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y demás sustancias sometidas a fiscalización, de aquellas clasificadas como monopolio del Estado Resolucion 1403 DEL 2007: Reglamenta el manual de condiciones de habilitacion incluyendo gestion del servicio farmaceutico .

Resolucion 1229 del 2013 : Por la cual se establece el modelo de inspeccion , vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano incluyendo medicamentos y sustancias sometidas a fiscalicacion.

**Riesgo asociado:** Reempaque no autorizado de medicamentos de control especial

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Cobertura de la capacitacion en la politica de seguridad al paciente a los colaboradores asistenciales en la subred sur occidente.

Percepcion del clima y cultura de seguridad al paciente por parte de los colaboradores

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3938 Avance ponderado 75,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. Realizar la solicitud, conforme al cronograma establecido, de los medicamentos que requieren reempaque y reenvase, a través de la Central de Mezclas certificada en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE).:	25,00% [75%]	2025-09-26 2026-01-10	2025-10-15	Angelica Julieth Beltran Novoa
2. Socializar al talento humano de farmacia la resolucion 1478 de Mayo 10 de 2006:	100,00% [100%]	2025-09-29 2025-09-30	2025-09-30 2025-09-30	Angelica Julieth Beltran Novoa
3. Realizar control riguroso mediante la verificación exhaustiva de las condiciones de almacenamiento de los medicamentos de control especial, asegurando el cumplimiento estricto de los procedimientos establecidos. En particular, se verificará que todos los medicamentos hayan sido reempaquetados únicamente por el establecimiento debidamente certificado en BPE ,conforme a las normativas vigentes y los estándares de calidad institucional.:	100,00% [75%]	2025-09-26 2026-01-31	2025-09-26 2026-01-27	Angelica Julieth Beltran Novoa

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	3	4	Media (60)

## ☐ 26. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3939 / Establecimientos distribuidores minoristas y/o dispensadores medicamentos control especial (2025-10-16) / FNEST

2. IMPONER la medida sanitaria de seguridad consistente en DESTRUCCION del inventario de medicamentos de control especial y/o monopolio del estado en los carros de paro; en los cuales no se garantizó el cumplimiento de las condiciones ambientales indicadas para su almacenamiento. Se describe el siguiente inventario

**Hallazgo:** Gestionar la destrucción de los medicamentos de control especial ubicados en los carros de paro, afectados por la ausencia de calibración adecuada de los termohigrómetros, lo cual compromete su estabilidad físico-química y microbiológica.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Resolucion 1478 del 2006:Reglamenta el uso , control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado Resolución 315 de 2020 : Por el cual se actualizan los listados de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y demás sustancias sometidas a fiscalización, de aquellas clasificadas como monopolio del Estado Resolución 1403 DEL 2007: Reglamenta el manual de

condiciones de habilitación incluyendo gestion del servicio farmaceutico .  
Resolución 1229 del 2013 : Por la cual se establece el modelo de inspecc

**Riesgo asociado:** Riesgo legal y regulatorio, dado que el incumplimiento de las normativas sanitarias puede derivar en sanciones administrativas y pérdida de certificaciones.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Cobertura de la capacitación en la politice de seguridad al paciente a los colaboradores asistenciales en la subred sur occidente.

Percepción del clima y cultura de seguridad al paciente por parte de los colaboradores

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3939    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Realizar la solicitud de destruccion de los medicamentos involucrados en el hallazgo por la ausencia de calibración adecuada de los termohigrómetros:	100,00% [100%]	2025-09-29 2025-10-30	2025-09-29 2025-10-16	Angelica Beltran	Julieth Novoa
2. Almacenar en área de cuarentena y/o producto no conforme los medicamentos involucrados en el hallazgo por la ausencia de calibración adecuada de los termohigrómetros:	100,00% [100%]	2025-09-29 2025-09-29	2025-09-29 2025-09-29	Angelica Beltran	Julieth Novoa
3. Realizar destrucción de medicamentos de control especial involucrados en el hallazgo por la ausencia de calibración adecuada de los termohigrómetros:	100,00% [100%]	2025-09-29 2025-10-30	2025-10-30 2025-10-30	Angelica Beltran	Julieth Novoa

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	2	5	Media (50)

☐ 27. Gestión Financiera

✓ ID: 3877 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

6. 3.2.2.1 Hallazgo Administrativo por la falta de depuración de saldos en la vigencia 2024 de las cuentas por pagar con corte a 31/12/2023, observando en la auditoria debilidad en el seguimiento y control administrativo a la ejecución de los saldos pendientes de obligaciones y en especial a algunos (cruces de giros o

prestación de servicios con las otras Subredes del Sector Salud).

**Hallazgo:** 3.2.2.1 Hallazgo Administrativo por la falta de depuración de saldos en la vigencia 2024 de las cuentas por pagar con corte a 31/12/2023, observando en la auditoria debilidad en el seguimiento y control administrativo a la ejecución de los saldos pendientes de obligaciones y en especial a algunos (cruces de giros o prestación de servicios con las otras Subredes del Sector Salud).

**Proceso:** Gestión Financiera

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Registros de liberación de saldos

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3877    **Avance ponderado**    50,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Enviar base de datos consolidada con el detalle de los compromisos con saldos pendientes por ejecutar a la Dirección de Contratación para su análisis y trámite de liberación de saldos:	50,00% [50%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-05-31	Ana Lucia Quintero Mojica

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 28. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3895 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

11. 3.2.4.1 Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por publicar en Secop II las historias clínicas de los pacientes atendidos en el contrato 2864 de 2024, incumpliendo el protocolo de confidencialidad.

**Hallazgo:** 3.2.4.1 Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por publicar en Secop II las historias clínicas de los pacientes atendidos en el contrato 2864 de 2024, incumpliendo el protocolo de confidencialidad.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Soportes ajustados

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3895 Avance ponderado 20,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar y corregir los soportes publicados en la plataforma SECOP II correspondientes a la ejecución del contrato 2864-2024, en el formato adoptado para el efecto, cumpliendo protocolo de confidencialidad.:	20,00% [20%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-09-17	Alexandra Porras Ramírez

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 29. Gestión Financiera

✓ ID: 3874 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

3. 3.1.1.3 Hallazgo administrativo por la no depuración contable de saldos de otras cuentas por pagar mayores a 360 días al 31 de diciembre de 2024, de acuerdo a lo estipulado en el numeral 3.2.15 del procedimiento para la evaluación del control interno contable expedido por la Contaduría General de la Nación del anexo de la Resolución 193 del 2016.

Hallazgo: 3.1.1.3 Hallazgo administrativo por la no depuración contable de saldos de otras cuentas por pagar mayores a 360 días al 31 de diciembre de 2024, de acuerdo a lo estipulado en el numeral 3.2.15 del procedimiento para la evaluación del control interno contable expedido por la Contaduría General de la Nación del anexo de la Resolución 193 del 2016.

Proceso: Gestión Financiera

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Depuración administrativa de cuentas por pagar mayores a 360 días diciembre 2024

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3874 Avance ponderado 70,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. Aplicar el instructivo de depuración de cuentas por pagar con vigencia mayor a 360 días, formulado en el mes de junio de 2025:	70,00% [50%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-06-16	EIBER HERNAN QUIROGA GARCIA
---	--------------	--------------------------	------------	--------------------------------

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 30. Gestión Financiera

✓ ID: 3872 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

1. 3.1.1.1 Hallazgo administrativo por falta de gestión en la depuración de la cartera mayor a 360 das a 31/12/2024, concuerde con las disposiciones contenidas en el anexo de la Resolución 193 del 2016 Por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el Procedimiento para la evaluación del control interno contable emitida por la Contaduría general de la Nación, numeral 3.2.15 (pág.. 22).

**Hallazgo:** 3.1.1.1 Hallazgo administrativo por falta de gestión en la depuración de la cartera mayor a 360 das a 31/12/2024, concuerde con las disposiciones contenidas en el anexo de la Resolución 193 del 2016 Por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el Procedimiento para la evaluación del control interno contable emitida por la Contaduría general de la Nación, numeral 3.2.15 (pág.. 22).

**Proceso:** Gestión Financiera

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Depuración administrativa de cuentas por cobrar mayores a 360 días, a 31 de diciembre 2024

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3872 Avance ponderado 77,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Depurar las cuentas por cobrar que ya están plenamente identificadas (Convenios docentes asistenciales, saldos para depuración extraordinaria y saldos PIC) correspondientes a cartera mayor a 360 días con corte a diciembre 31 de 2024:	77,00% [70%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-05-31	María Isabel Martínez Umoa

Ver historial



Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 31. Gestión jurídica

✓ ID: 3888 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

4. 3.1.1.4 Subestimación en el saldo de las cuentas 2701 y 2460 Créditos Judiciales, por seguimiento y control a las sentencias ejecutoriadas y aplicación del procedimiento contable determinado por la Contaduría General de la Nación CGN, para las 334 sentencias pendientes de pago, consistente en realizar cada una de las liquidaciones, cotejar su valor contra lo provisionado y efectuar los respectivos ajustes por reconocimiento de hechos económicos en el momento en que suceden

**Hallazgo:** 3.1.1.4 Subestimación en el saldo de las cuentas 2701 y 2460 Créditos Judiciales, por seguimiento y control a las sentencias ejecutoriadas y aplicación del procedimiento contable determinado por la Contaduría General de la Nación CGN, para las 334 sentencias pendientes de pago, consistente en realizar cada una de las liquidaciones, cotejar su valor contra lo provisionado y efectuar los respectivos ajustes por reconocimiento de hechos económicos en el momento en que suceden

**Proceso:** Gestión Jurídica

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Sentencias liquidadas

Sistema

Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones

Tipo

3888

Avance ponderado

25,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar la liquidación y registro contablemente el valor de las sentencias ejecutoriadas de conformidad con el procedimientos dispuesto para ello.:	25,00% [25%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-10-01	JULIO ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 32. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3893 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

9. 3.2.3.3 Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por la falta de gestión para legalizar la titularidad del predio de espacio Público del Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS Pablo VI del Convenio 1147-2017.

**Hallazgo:** 3.2.3.3 Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por la falta de gestión para legalizar la titularidad del predio de espacio Público del Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS Pablo VI del Convenio 1147-2017.

**Proceso:** Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Plano modificadificado de la Urbanización Nueva Granada Pablo VI Bosa 4  
Oficio de radicación

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3893    **Avance ponderado**    66,67%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar el levantamiento del plano modificado de la Urbanización Nueva Granada Pablo VI Bosa 4:	100,00% [0%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-10-09 2025-10-09	DAVID ARMANDO CELY QUIÑONES, Leidy Gisela Silva Merchan
2. Realizar radicación de actualización de plano urbanístico ante la Curaduría Urbana para su aprobación:	100,00% [0%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-11-19 2025-11-19	DAVID ARMANDO CELY QUIÑONES, Leidy Gisela Silva Merchan
3. Remitir copia del plano aprobado a la Secretaria Distrital de Planeación y al DADEP:	0,00% [0%]	2025-07-15 2026-06-15		DAVID ARMANDO CELY QUIÑONES, Leidy Gisela Silva Merchan

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 33. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3887 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

2. 3.1.1.2 Hallazgo administrativo por diferencias entre los valores registrados en el estado de situación financiera y las notas a los estados financieros de la cuenta Construcciones en Curso. concorde a las disposiciones contenidas en el anexo de la Resolución 193 del 2016 Por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el Procedimiento para la evaluación del control interno contable emitida por la Contaduría General de la Nación. (pág.. 27).

**Hallazgo:** 3.1.1.2 Hallazgo administrativo por diferencias entre los valores registrados en el estado de situación financiera y las notas a los estados financieros de la cuenta Construcciones en Curso. concorde a las disposiciones contenidas en el anexo de la Resolución 193 del 2016 Por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el Procedimiento para la evaluación del control interno contable emitida por la Contaduría General de la Nación. (pág.. 27).

**Proceso:** Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Reconocimiento Cuenta Contable Construcción en Curso

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3887 Avance ponderado 20,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Emitir informe sobre las construcciones finalizadas para el registro contable en la cuenta EDIFICACIONES de los valores que se encuentran reconocidos en la cuenta contable CONSTRUCCIONES EN CURSO.:	20,00% [20%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-11-06	CARLOS ALBERTO ROJAS BERINCUA, Gilberto Sierra Ordoñez, Kevin Fabian Ocampo Mendez, LIZETH JOHANNA ACEVEDO FORIGUA

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 34. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3890 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

7. 3.2.3.1 Hallazgo administrativo por el incumplimiento de metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2020-2024 y en el Plan de Acción Anual Institucional 2024, teniendo en cuenta que no se disminuya en el 0,3 el promedio de la estancia hospitalaria ni se cumplía el 100% de las acciones establecidas para la ejecución de los proyectos de inversión

**Hallazgo:** 3.2.3.1 Hallazgo administrativo por el incumplimiento de metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2020-2024 y en el Plan de Acción Anual Institucional 2024, teniendo en cuenta que no se disminuya en el 0,3 el promedio de la estancia hospitalaria ni se cumplía el 100% de las acciones establecidas para la ejecución de los proyectos de inversión

**Proceso:** Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de actualización de documentos de planeación institucional  
Porcentaje de estancia hospitalaria  
Monitoreo a la ejecución de los proyectos de inversión de la vigencia

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3890    **Avance ponderado**    6,67%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar la política de planeación institucional codigo 01-01-OD-0025 y guÃa de planeación codigo 01-01-GI-0001 fortaleciendo las acciones de seguimiento y control:	0,00% [0%]	2025-07-15 2026-06-15		Gilberto Sierra Ordoñez, Leidy Gisela Silva Merchan
2. Revisar y ajustar del indicador de estancia hospitalaria con criterios epidemiolgicos y de complejidad institucional.:	20,00% [0%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-09-17	Alexandra Porras Ramírez, Leidy Gisela Silva Merchan
3. Definir cada mes las actividades competencia de la Subred, y fortalecer el seguimiento y control en la ejecución de los proyectos.:	0,00% [0%]	2025-07-15 2026-06-15		DAVID ARMANDO CELY QUIÑONES, Leidy Gisela Silva Merchan

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 35. Gestión del Ambiente Físico

✔ ID: 3881 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

8. 3.2.3.2 Hallazgo administrativo por inconsistencias en la información relacionada con el Plan de Mantenimiento, Inventarios y Registros en hojas de vida de los equipos de la Subred Sur Occidente E.S.E.

**Hallazgo:** 3.2.3.2 Hallazgo administrativo por inconsistencias en la información relacionada con el Plan de Mantenimiento, Inventarios y Registros en hojas de vida de los equipos de la Subred Sur Occidente E.S.E.

**Proceso:** Gestión Administrativa

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia a los puntos de control del procedimiento

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3881    **Avance ponderado**    70,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar e incluir los puntos de control en el procedimiento de mantenimiento de equipos biomédicos código 14-02-PR-0002, a través de los cuales: 1. Se realice el cruce del inventario de los equipos del sistema dinámica gerencial con respecto a la información del plan de mantenimiento anual para garantizar la coherencia. 2. Validar el cargue de los registros y soportes de mantenimiento y calibración en las hojas de vida en el Modulo de mantenimiento de equipos biomédicos de Almera:	70,00% [70%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-07-15	Julieth Andrea Castaño López, Tatiana Eugenia Marín Salazar - Dirección Administrativa

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 36. Participación comunitaria y servicio al ciudadano

✓ ID: 3894 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

10. 3.2.3.4 Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por el incumplimiento de los términos de respuesta a las PQRS, observándose por parte de la auditoria falta seguimiento y control a la respuesta a los requerimientos de los peticionarios, conforme a la normatividad vigente, ocasionando que las estrategias implementadas por la entidad no garanticen resultados oportunos y confiables.

**Hallazgo:** 3.2.3.4 Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por el incumplimiento de los términos de respuesta a las PQRS, observándose por parte de la auditoria falta seguimiento y control a la respuesta a los requerimientos de los peticionarios, conforme a la normatividad vigente, ocasionando que las estrategias implementadas por la entidad no garanticen resultados oportunos y confiables.

**Proceso:** Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Matriz de Requerimientos revisada

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3894    **Avance ponderado**    45,87%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar las tipologías marcadas como consulta para analizar contenido y confirmar tipología de manera quincenal:	45,87% [37%]	2025-07-15 2026-06-15	2025-07-31	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 37. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

✓ ID: 3889 / Plan de Mejoramiento PAD 2025 No.143 (2025-08-28) / CONTR

5. 3.1.1.5.1 Hallazgo administrativo por no reportar el dictamen del revisor fiscal en el documento electrónico CBN-1020, con posible ausencia de control de los registros que soportan la gestión financiera adelantada por la entidad y la cuenta reportada a la Controlaría de Bogotá D.C., para el cumplimiento de la función de vigilancia y control de la gestión fiscal.

**Hallazgo:** 3.1.1.5.1 Hallazgo administrativo por no reportar el dictamen del revisor fiscal en el documento electrónico CBN-1020, con posible ausencia de control de los registros que soportan la gestión financiera adelantada por la entidad y la cuenta reportada a la Controlaría de Bogotá D.C., para el cumplimiento de la función de vigilancia y control de la gestión fiscal.

**Proceso:** Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Realizar la lista de chequeo de reportes

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3889 Avance ponderado 0%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Emitir nota interna semestral para el reporte de información a entes de control con alertas como puntos de control a las Áreas responsables:	0,00% [1%]	2025-07-15 2026-06-15		Gilberto Sierra Ordoñez, Kevin Fabian Ocampo Mendez

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 38. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3828 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

5. El Hospital de Salud Mental Floralia no garantizo la detección, análisis y gestión de los eventos adversos.

Hallazgo: El Hospital de Salud Mental Floralia no garantizo la detección, análisis y gestión de los eventos adversos.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3828 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar socialización de la Guía Detectar, Analizar y Gestionar eventos adversos V3 02-02-GI-0026, al talento humano asistencial del Hospital de Salud Mnetal Floralia:	100,00% [100%]	2025-08-04 2025-10-30	2025-07-18 2025-10-20	Diana Marcela Zamora Rojas, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO, Victoria Baez
2. Realizar mensualmente los análisis de los eventos adversos que se presenten en El Hospital de Salud Mental Floralia:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-12-30	2025-07-18 2026-01-26	Diana Marcela Zamora Rojas, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO, Victoria Baez

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 39. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3835 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

12. El Hospital de Salud Mental Floralia, no relaciona procesos de análisis y respuesta a las PQR.

Hallazgo: El Hospital de Salud Mental Floralia, no relaciona procesos de análisis y respuesta a las PQR.

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3835 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar el informe PQRS a líder de la Unidad de Floralia, con el fin de verificar causas e implementar acciones de mejor que conlleven a la disminución de PQRS:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-12-30	2025-08-27 2025-12-26	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
2. Realizar mesa de humanización para identificar quejas en relación a trato deshumanizado y toma de decisiones:	100,00% [100%]	2025-07-21 2026-01-30	2025-08-05 2026-01-27	LEYDI MARTINEZ CONTRERAS
3. Realizar seguimiento a la gestión y respuesta de PQRS por parte del líder con los atributos de calidad, coherencia, pertinencia y calidez a las PQRS:	100,00% [75%]	2025-07-21 2025-12-30	2025-07-22	Diana Lucero Pardo Camacho, ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

[Ver historial](#)



Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 40. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3826 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

3. El Hospital de Salud Mental Floralia, para la fecha de la auditoría no contaba con todo su personal de salud inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - ReTHUS.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, para la fecha de la auditoría no contaba con todo su personal de salud inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - ReTHUS.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema**    Fuente externa: [Seguimientos y evaluaciones](#)    **Tipo**    3826    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Revisar los documentos exigidos por la resolución 3100 de 2019, del talento humano del Hospital de Salud Mental Floralia.:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-08-15	2025-07-15	Dolores Bolaños Posso, Yohanna Esperanza Carvajal Silva
2. Gestionar la totalidad de los documentos requeridos en los expedientes laborales talento humano del Hospital de Salud Mental Floralia.:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-11-01	2025-07-22	Diana Lucero Pardo Camacho

Seguimientos

Acción 1.

Se evidencia los productos entregables que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

- . Inscripción en el registro único nacional del talento Humano en Salud ReTHUS del hospital de Salud mental Floralia .

seguimiento efectuado con corte 30 septiembre de 2025 .

Porcentaje: 100 %

Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:56 AM

Fecha de seguimiento: 26-10-2025

Porcentaje Acción de Mejora N.2

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado: 30%

Fecha inicial de la acción de mejora 21-07-2025 fecha de terminación 11-11-2025

Soporte o evidencia del avance de la acción de mejora: No se evidencia el producto entregable que de razón a la acción de mejoramiento, no se observa la incorporación de los documentos requeridos en los expedientes laborales en el Hospital de Salud Mental Floralia., de acuerdo a Listado de fecha 20 -08-2025.

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar los entregables estos no dan cuenta de la acción propuesta., el estado de la acción de mejora se encuentra en ejecución de acuerdo con los soportes cargados a la oportunidad de mejora.

Estado: ABIERTA

Porcentaje: 30 %

Estado: **Critico (0% y 69%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 03:32 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 41. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3832 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

9. El Hospital de Salud Mental Floralia, NO garantiza el adecuado registro de las Historias Clínicas, toda vez que: i) no registro de signos vitales, ii) deficiente calidad en registros clínicos, iii) algunos registros de la prestación de los servicios en salud no son concordantes; sugiriendo inconsistencia en el registro.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, NO garantiza el adecuado registro de las Historias Clínicas, toda vez que: i) no registro de signos vitales, ii) deficiente calidad en registros clínicos, iii) algunos registros de la prestación de los servicios en salud no son concordantes; sugiriendo inconsistencia en el registro.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3832 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar auditoría de paciente trazador centrada en la calidad del registro de la historia clínica en los servicios de hospitalización y consulta externa del Hospital de Salud Mental Floralia:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-12-30	2025-08-12	Sandra Patricia Giraldo Cosma
2. Socializar los resultados de la auditoria de paciente trazador al lider gerencial del Hospital de Salud Mental de Floralia, para que este a su vez socilice al Talento Humano.:	100,00% [100%]	2025-08-15 2025-12-30	2025-08-18	Sandra Patricia Giraldo Cosma

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 42. Gestión Clínica Hospitalaria

★ ID: 3834 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

11. El Hospital de Salud Mental Floralia, no garantizó el acceso oportuno a los servicios de salud, debido a que se identificó paciente adulta identificada con cedula de ciudadanía nro. 24605858, quien presento tiempo de espera de aproximadamente doce (12) meses para acceder a cita médica con especialidad de psiquiatría.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, no garantizó el acceso oportuno a los servicios de salud, debido a que se identificó paciente adulta identificada con cedula de ciudadanía nro. 24605858, quien presento tiempo de espera de aproximadamente doce (12) meses para acceder a cita médica con especialidad de psiquiatría.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3834    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables		
1. Contratar auxiliar servicio al ciudadano para implementar la estrategia de citas en trámite:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-07-31	2025-07-31 2025-07-31	Diana Camacho	Lucero	Pardo
2. Contratar un psiquiatra adicional para dar cumplimiento a la oportunidad en la asignación de citas:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-07-31	2025-07-31 2025-07-31	Diana Camacho	Lucero	Pardo

Seguimientos

ACCION 1 . Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

- . Contratación del auxiliar servicio al ciudadano para implementar la estrategia de citas en trámite contrato N-879-2025 prorroga y adición al contrato de prestación de servicios y/o apoyo a la Gestión <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=dcad663248a164a40bfe13c516584d8d884084182a8c152b9cf3e34190f829ea&archivoid=389105> seguimiento efectuado con corte a 30 de septiembre de 2025.

Porcentaje: 100 %    Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:45 AM

Accion :02  
Estado: cumpida  
Fecha de vencimiento: 31-07-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia los productos entregables que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es :

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

Contratación de la Psiquiatra Paola Morales ultima adición número M-4496-2025 consulta externa Hospital mental Floralia .

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:48 AM

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 43. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3833 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

10. El Hospital de Salud Mental Floralia, en el servicio farmacéutico, no cumple los requerimientos y exigencias para su funcionamiento, toda vez que los Comités de farmacia y terapéutica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia no se reúnen con la periodicidad requerida

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, en el servicio farmacéutico, no cumple los requerimientos y exigencias para su funcionamiento, toda vez que los Comités de farmacia y terapéutica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia no se reúnen con la periodicidad requerida

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3833    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Realizar la auditoria de comités semestral, evaluando la guía de creación y operatividad a Comites Institucionales.:	100,00% [100%]	2025-07-21 2026-01-30	2025-07-24 2026-01-23	Jaime Rodriguez	Charari

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 44. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3830 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

7. El Hospital de Salud Mental Floralia, no garantizó una comunicación efectiva de doble vía entre el personal administrativo - asistencial y las personas con discapacidades motoras, sensoriales o neurológicas, toda vez que no cuenta con estrategias definidas para esta población, lo que impide la comunicación.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, no garantizó una comunicación efectiva de doble vía entre el personal administrativo - asistencial y las personas con discapacidades motoras, sensoriales o neurológicas, toda vez que no cuenta con estrategias definidas para esta población, lo que impide la comunicación.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3830 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables		
1. Actualizar el Manual de Información y Servicio al Ciudadano incluyendo las estrategias de comunicación efectiva de doble vía entre el personal administrativo y asistencial y las personas con discapacidades motoras, sensoriales o neurológicas.:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-10-31	2025-09-22 2025-09-24	Claudia Carrillo,	Marcela ROSA	Gonzalez VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
2. Socializar las estrategias implementadas al talento humano asistencial y administrativo del Hospital de Salud Mental Floralia:	100,00% [30%]	2025-11-18 2025-12-18	2025-12-18 2025-12-18	Claudia Carrillo,	Marcela Diana Lucero	Gonzalez Pardo Camacho

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 45. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3829 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

6. El Hospital de Salud Mental Floralia, NO garantiza la presentación y mantenimiento de la infraestructura en los servicios habilitados para la atención de los usuarios, toda vez que, i) no cuenta con lavamanos en los 7 consultorios donde se realiza entrevista para la atención de pacientes, ii) no cuenta con unidad sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida con las dimensiones que permita el desplazamiento del paciente y maniobra en su interior, accesorios que faciliten la accesibilidad, movilidad y seguridad del usuario, alarma o sistema de llamado, iii) no garantiza el espacio mínimo de 8m2 del ambiente para sala de procedimientos o curaciones y no cuenta con mesón de trabajo; iv) no cuenta con, el ambiente o área de trabajo limpio y ambiente de trabajo sucio en la estación de enfermería, v) no cuenta con ascensor o rampa para ingresar al segundo nivel de la edificación donde funciona el servicio de hospitalización en salud mental, vi) no garantizó las áreas y ambientes necesarios para la atención de la población a su cargo ya que las habitaciones múltiples para pacientes adultos superan la capacidad máxima de cuatro (4) camas, vii) no cumple con el área libre mínima de 7m2 por cama, todas las habitaciones; viii) no cuentan con lavamanos, sanitario, ducha, área de guardarropa y sistema de llamado por cama, la habitación individual; xi) no cuenta con el área mínima de 16 m2

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, NO garantiza la presentación y mantenimiento de la infraestructura en los servicios habilitados para la atención de los usuarios, toda vez que, i) no cuenta con lavamanos en los 7 consultorios donde se realiza entrevista para la atención de pacientes, ii) no cuenta con unidad sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida con las dimensiones que permita el desplazamiento del paciente y maniobra en su interior, accesorios que faciliten la accesibilidad, movilidad y seguridad del usuario, alarma o sistema de llamado, iii) no garantiza el espacio mínimo de 8m2 del ambiente para sala de procedimientos o curaciones y no cuenta con mesón de trabajo; iv) no cuenta con, el ambiente o área de trabajo limpio y ambiente de trabajo sucio en la estación de enfermería, v) no cuenta con ascensor o rampa para ingresar al segundo nivel de la edificación donde funciona el servicio de hospitalización en salud mental, vi) no garantizó las áreas y ambientes necesarios para la atención de la población a su cargo ya que las habitaciones múltiples para pacientes adultos superan la capacidad máxima de cuatro (4) camas, vii) no cumple con el área libre mínima de 7m2 por cama, todas las habitaciones; viii) no cuentan con lavamanos, sanitario, ducha, área de guardarropa y sistema de llamado por cama, la habitación individual; xi) no cuenta con el área mínima de 16 m2

Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3829 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. Realizar seguimiento a la ejecución del Convenio No. 4342258 -2023 aunar esfuerzo, recursos administrativos, económicos, y tcnicos que permitan efectuar las acciones necesaria para el desarrollo del proyecto ampliación, reordenamiento y dotación de la Unidad medico hospitalaria especializada mental Floralia.:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-12-30	2025-07-21 2025-12-15	DAVID ARMANDO CELY QUIÑONES
2. Verificar el cumplimiento a la ejecucion del plan de mantenimiento del Hospital de Salud Mental Floralia:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-12-30	2025-08-11 2026-01-13	Ivonne Slendy Garcia Peña

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 46. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3831 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

8. El Hospital de Salud Mental Floralia no garantizó la dotación en seguridad necesaria para la atención de los pacientes toda vez que, no soporta mantenimiento preventivo y la calibración según recomendaciones del fabricante de los equipos biomédicos.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia no garantizó la dotación en seguridad necesaria para la atención de los pacientes toda vez que, no soporta mantenimiento preventivo y la calibración según recomendaciones del fabricante de los equipos biomédicos.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 3831      **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Ejecutar el cronograma de mantenimiento y calibraciones, y registrarlo en la hoja de vida de los equipos biomédicos del Hospital de Salud Mental Floralia:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-09-09	2025-07-13 2025-12-03	Julieth Andrea Castaño López, Nasly Ximena Jordan Murillo

Seguimientos



Accion :01

Estado: cumpida

Fecha de vencimiento: 09-09-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia los productos entregables que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es :

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

-. Cronograma de mantenimiento y calibraciones que se encuentren asociadas a los equipos del Hospital Salud Mental Floralia 14-02-FO-0021 Cronograma de ma  
[https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?](https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=5ba734b21d95813c434f4c32a2e4e87503539d1e98598819a0f0cce19c3042bd&archivoid=365915ntenimiento)

[token=5ba734b21d95813c434f4c32a2e4e87503539d1e98598819a0f0cce19c3042bd&archivoid=365915ntenimiento](https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=5ba734b21d95813c434f4c32a2e4e87503539d1e98598819a0f0cce19c3042bd&archivoid=365915ntenimiento) preventivo de equipos biomédicos 2025.xlsx -  
 Descargar - Almera

-. Informe de mantenimiento y calibraciones de Gestión de la tecnología biomédica de la unidad de salud mental Floralia código 02-03-0055 de fecha 10-06-205 v1.  
<https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=18f7737ed9fb4123045d3460a4a17ce7969cf086bcca2bac0abb58db7c28c64&archivoid=396997>.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 10:13 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

## ☐ 47. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3836 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

13. El Hospital de Salud Mental Floralia, incumple sus obligaciones de reporte de información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia, toda vez que: i) los datos evidencian diferencias en el volumen de notificaciones, ii) no se reportaron casos asociados al evento 356 (Intento de suicido) para la vigencia 2024; iii) suministro de información inconsistente.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, incumple sus obligaciones de reporte de información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia, toda vez que: i) los datos evidencian diferencias en el volumen de notificaciones, ii) no se reportaron casos asociados al evento 356 (Intento de suicido) para la vigencia 2024; iii) suministro de información inconsistente.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3836    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar la BAI semalmente con el fin de identificar si algún evento de interes en salud pública no fue notificado.:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-12-30	2025-07-21 2026-01-25	Diana   Lucero   Pardo Camacho

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 48. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3825 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

2. El Hospital de Salud Mental Floralia, en su calidad de contratista, no garantizó que los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con Capital Salud EPS-S SAS, cumplan en su totalidad con el contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud, establecido en el artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, en su calidad de contratista, no garantizó que los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con Capital Salud EPS-S SAS, cumplan en su totalidad con el contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud, establecido en el artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3825    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Definir puntos de control para contar con la totalidad del el contenido mínimo de los acuerdos de voluntades (Capital Salud EPS-S SAS) para la prestación de servicios y tecnologías en salud:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-08-10	2025-08-08 2025-08-08	Denny Astrid Giraldo Vera
2. Ubicar en ALMERA un acceso rápido y completo a los documentos que hacen parte integral del acuerdo de voluntades (Capital Salud EPS-S SAS) y aplicar la lista de chequeo previamente establecida.:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-08-01	2025-07-22 2025-07-28	Denny Astrid Giraldo Vera
3. Realizar verificación al cumplimiento del contenido de las carpetas ubicadas en ALMERA de acuerdo a a la lista de chequeo aplicada con reporte a las áreas responsables.:	100,00% [100%]	2025-08-15 2025-12-30	2025-08-28 2025-12-18	Denny Astrid Giraldo Vera
4. Gestionar los documentos faltantes para completar las carpetas de los acuerdos de voluntades de (Capital Salud EPS-S SAS):	100,00% [100%]	2025-10-02 2025-12-31	2025-08-28 2025-12-18	Denny Astrid Giraldo Vera

Seguimientos

Accion :03  
Estado: cumpida  
Fecha de vencimiento: 2025-08-01

Seguimiento OCI:

Se evidencia los productos entregables que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es :

-. Acta seguimiento de acceso a contratos Habilitación de carpeta Almera de fecha 30-07-2025.

- . Acta de seguimiento de acceso a contratos de fecha 30-07-2025.
- . Pantallazo cargue de contrato carpeta Almera acuerdo de voluntades de fecha 30-07-2025
- .

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:52 AM

Fecha de seguimiento: 26-10-2025

Porcentaje Acción de Mejora N.4

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado: 50 %

Fecha inicial de la acción de mejora 02-10-2025 fecha de terminación 31-12-2025

Soporte o evidencia del avance de la acción de mejora: No se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

\*. El correo de notificación de realización de la prueba piloto a mercadeo se debe realizar la verificación de las carpetas bimestralmente en este caso la fecha inicial es a partir del 02-10-2025 y termina 31-12-2025 encontrándose en ejecución.

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar los entregables estos dan cuenta de la acción propuesta parcialmente por encontrarse en ejecución., de acuerdo a los soportes cargados a la oportunidad de mejora.

Estado: ABIERTA

Porcentaje: 50 %      Estado: Critico (0% y 69%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 03:24 PM

Accion :02

Estado: cumpida

Fecha de vencimiento: 2025-08-01

Seguimiento OCI:

Se evidencia los productos entregables que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es :

- . Acta seguimiento de acceso a contratos Habilitación de carpeta Almera de fecha 30-07-2025.

- . Acta de seguimiento de acceso a contratos de fecha 30-07-2025.

- . Pantallazo cargue de contrato carpeta Almera acuerdo de voluntades de fecha 30-07-2025

.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 04:02 PM

Accion :01

Estado: cumpida

Fecha de vencimiento: 2025-08-10

Seguimiento OCI:

Se evidencia en el producto entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es elaborar una lista de chequeo del contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud como se evidencia en el formato identificado con código 02-03-FO-0056 de fecha 8/08/2025.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 04:06 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 49. Gestión Clínica Hospitalaria

★ ID: 3824 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

1. El Hospital de Salud Mental Floralia NO garantiza el cumplimiento de los estándares de habilitación del servicio de toma de muestras de laboratorio toda vez que; esta actividad se realiza en el área para procedimientos; incurriendo en el incumplimiento del estándar de infraestructura del numeral 11.3.11 Servicio de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 del 2019.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia NO garantiza el cumplimiento de los estándares de habilitación del servicio de toma de muestras de laboratorio toda vez que; esta actividad se realiza en el área para procedimientos; incurriendo en el incumplimiento del estándar de infraestructura del numeral 11.3.11 Servicio de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud adoptado por la Resolución 3100 del 2019.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3824    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el INSTRUCTIVO DEINTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL Y HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL Cód. 07-01-IN-0030:	100,00% [100%]	2025-07-23 2025-09-15	2025-07-22 2025-09-10	Diana Lucero Pardo Camacho

Seguimientos

acción 1 . Fecha de seguimiento: 25-10-2025

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado: 100%

Fecha inicial de la acción de mejora 23-07-2025 fecha de terminación 15-09-2025

Soporte o evidencia del avance de la acción de mejora: Se evidencia los productos entregables que de razón a la acción de mejoramiento:

\*. Instructivo de Internación Parcial en Hospital y Hospitalización en Unidad de Salud Mental V3.pdf identificado con el código 07-01-IN-0030.

NO<https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=383219&ver=true>MBRE DEL MANUAL

- \*. acta de capacitación en actualización instructivo internación toma laboratorios 2025 salud mental.doc
  - \*. Listado de asistencia Actualización instructivo toma de Muestras de laboratorio OM 3824.pdf
- [.https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=388010&ver=true](https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=388010&ver=true)

Al verificar los entregables estos dan cuenta de la acción propuesta., dando cumplimiento a los soportes cargados a la oportunidad de mejora.

Estado: cumplida

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 04:29 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 50. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3827 / AUDITORIA SEDE HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA (2025-07-10) / Super

4. El Hospital de Salud Mental Floralia, no garantizó el fortalecimiento técnico del talento humano en salud para el manejo integral a pacientes con enfermedades en salud mental y de consumo de sustancias psicoactiva.

**Hallazgo:** El Hospital de Salud Mental Floralia, no garantizó el fortalecimiento técnico del talento humano en salud para el manejo integral a pacientes con enfermedades en salud mental y de consumo de sustancias psicoactiva.

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo**    3827      **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. Realizar cronograma de capacitación dirigido al talento humano asistencial, enfocado en las guías de práctica clínica pertinentes a las tres principales causas del perfil de morbilidad en salud mental del Hospital de Salud Mental Floralia:	100,00% [100%]	2025-07-21 2025-07-31	2025-07-28 2025-07-28	Denny Astrid Giraldo Vera, Diana Lucero Pardo Camacho, ROSSANA CALDERON FORERO
2. Ejecutar cronograma de capacitación dirigido al talento humano asistencial, enfocado en las guías de práctica clínica pertinentes a las tres principales causas del perfil de morbilidad en salud mental del Hospital de Salud Mental Floralia:	100,00% [100%]	2025-08-04 2025-12-30	2025-08-22 2026-01-27	Denny Astrid Giraldo Vera, Diana Lucero Pardo Camacho, ROSSANA CALDERON FORERO

Seguimientos

Accion :01

Estado: cumpida

Fecha de vencimiento: 31-07-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia los productos entregables que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es :

Cronograma de capacitación de guías de PCHSm Floralia , Cronograma capacitación [dhttps://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=396966&token=b100b524ec61814f609cf3fc9b53acfce65ff1b32acb05c50ce4632cec72a467&descargar=false](https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=396966&token=b100b524ec61814f609cf3fc9b53acfce65ff1b32acb05c50ce4632cec72a467&descargar=false) Guías de PC HSM Floralia.xlsx - Descargar - Almera.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:40 AM

[Ver historial](#)



Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 51. Gestión Clínica Ambulatoria

✓ ID: 3782 / VISITAS ADMINISTRATIVAS A LA RED HOSPITALARIA DEL DISTRITO MAYO 2025 (2025-06-06) / Pers

4. Dificultad para acceder oportunamente a los servicios ambulatorios especializados

Hallazgo: Revisar la oferta de servicios ambulatorios que sea posible ampliar.

Proceso: Gestión Clínica Ambulatoria

Riesgo Asociado: Posibilidad de afectación económica y reputacional (vulneración de derechos humanos) por deterioro del estado de salud del usuario en la inoportunidad de la asignación de la cita.

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente

Sistema Auditoria Interna - Autocontrol Tipo 3782 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Analizar la oferta y proyectar acciones tendientes a mejorar la oportunidad en los servicios especializados trazadores según capacidad instalada:	100,00% [100%]	2025-05-28 2025-08-29	2025-09-03 2025-09-03	DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ
2. Enviar mensajes de texto a los usuarios, solicitando la confirmacion o cancelacion de la cita de manejo ambulatorio:	100,00% [100%]	2025-05-28 2025-08-29	2025-09-02 2025-09-02	DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ
3. Monitorear mensualmente la oferta de consultas ambulatorias especializadas.:	100,00% [100%]	2025-05-28 2025-08-29	2025-09-03 2025-09-03	DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ
4. Tomar de decisiones conforme a las desviaciones encontradas en el monitoreo de la consulta especializada trazadora.:	100,00% [100%]	2025-05-28 2025-08-29	2025-11-10 2025-11-10	DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ

Seguimientos

Accion :01

Estado: cumplida

Fecha de vencimiento: 29-08-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

-. Análisis de oferta de requerimientos acciones tendientes a mejorar la oportunidad en los servicios especializados trazadores según capacidad instalada.

Requhttps://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?

token=0a2097fb5da5a7b2ebd388145f25f0f06ec83001637118c2953f1d7ebffa1a53&archivoid=385737erimientos 2025.xlsx - Descargar - Almera

-. Tablero medicina a julio de 2025

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:59 AM

Accion :02

Estado: cumplida

Fecha de vencimiento: 2025-08-29

Seguimiento OCI:

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

Informes de recordación de citas de los meses de mayo, junio , julio de 2025 ., como se pueden evidenciar en los siguientes links :

7.3 Informe Recordacion de Citas Julio 2025 OM3782.xlsb - Descargar - Almera

7.3 Informe Recordacion de Citas Junio 2025.xlsx - Descargar - Almera

7.3 Informe Recordacion de Citas Mayo 2025.xlsx - Descargar - Almera

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 10:00 AM

Accion :03  
Estado: cumplida  
Fecha de vencimiento: 2025-08-29  
Seguimiento OCI:

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

-Se evidencio tablero de medicina especializada a julio de 2025 im.com/sgi/secciones/sigspa/mod\_formulacion/cronogramas/form\_seguimientoactividad.php actividades=42825

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 10:02 AM

ACCION 4. No se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es el acta de análisis de monitoreo.

Seguimiento efectuado por la OCI con corte de 30-septiembre de 2025.

Porcentaje: 0 % Estado: Critico (0% y 69%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 10:05 AM

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	4	4	Media (64)

## ☐ 52. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3780 / VISITAS ADMINISTRATIVAS A LA RED HOSPITALARIA DEL DISTRITO MAYO 2025 (2025-06-06) / Pers

2. Gestionar mecanismos de control para garantizar la disponibilidad oportuna de medicamentos esenciales, con especial afectación en la existencia por el desabastecimiento mediante la implementación de alternativas terapéuticas priorizando aquellos con mayor impacto en la atención de los servicios de hospitalización y urgencias.

**Hallazgo:** Durante las visitas administrativas realizadas al servicio farmacéutico de los 10 hospitales de la red pública hospitalaria, se verificaron los siguientes aspectos:

- Disponibilidad de medicamentos Con relación a los medicamentos que presentan dificultades en la cantidad de existencias por falta de disponibilidad por agotamiento o desabastecimiento se encontró a la fecha de la visita, un total de 21 medicamentos distribuidos en las USS, donde las que presentan mayor número de medicamentos reportados fueron entre estas USS Hospital Kennedy, Hospital Nuevo Bosa, cada una con tres medicamentos.

La muestra aleatoria evidencia que como primer lugar se reporta el Fentanilo y la Insulina Cristalina fueron los medicamentos más reportados, con ausencia en 3 de las USS visitadas.

El primero en las USS Kennedy, Nuevo Bosa y Insulina cristalina en Nuevo Bosa

Se encuentra que la Atropina fue reportada como no disponible en (Kennedy lo que también es preocupante, dada su utilidad en emergencias médicas y procedimientos quirúrgicos.

Los restantes 15 medicamentos aparecen como no disponibles en 1 USS cada uno, pero representan una variedad de categorías terapéuticas: antihipertensivos (enatapril, metoprolol, nifedipino), anticonvulsivantes (clobazam), diuréticos(furosemida), anestésicos y bloqueadores neuromusculares (midazolam, rocuronio, succinilcolina, vecuronio), analgésicos y antipiréticos (dipirona), entre otros.

Como parte de la verificación en el aspecto de disponibilidad de medicamentos, se tomaron 5 medicamentos específicos para verificar la existencia de estos en las 10 USS visitadas. Dichos medicamentos son:

- Salbutamol (solución para nebulizar) no disponible en Kennedy ni en Hospital de Bosa
- Insulina (solución inyectable) con carta de desabastecimiento
- Clobazam (tableta 20 mg) no incluido en la contratación en Nuevo Bosa.
- Propofol (emulsión inyectable 10 mg/ml (1%)) no se evidencia problemas con la disponibilidad
- Amoxicilina (Polvo para suspensión oral 250 mg/5m1) se manejan en sedes pediátricas en Kennedy

Durante las visitas realizadas a las diez USS de la red pública distrital se

evidenciaron dificultades en la disponibilidad de varios medicamentos esenciales, con especial afectación en la existencia de Salbutamol, Insulina, Clobazam y Amoxicilina, los cuales presentaron ausencia en tres o más USS. Las causas identificadas fueron diversas, incluyendo desabastecimiento general confirmado por el INVIMA, decisiones institucionales de no manejo del medicamento, baja rotación, ausencia de entrega por parte del proveedor y exclusión en los contratos vigentes.

Los hallazgos reflejan dificultades en la gestión del medicamento lo que podría comprometer la garantía del acceso oportuno a medicamentos por parte de la población usuaria

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 34. Código: (AsPL12)

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y

asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:

**Riesgo Asociado:** . Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no disponibilidad del medicamento en el servicio, a causa de fallas del proveedor por la entrega incompleta o inoportuna, incumplimiento de requisitos técnicos en la entrega, Dificultades en la ejecución de los contratos.

**Sistema**    Auditoria Interna - Autocontrol                      **Tipo**    3780                      **Avance ponderado**    96,33%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Socializar los desabastecimientos reportados por el INVIMA con sus causas en el Comité de Farmacia:	95,00% [75%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-06-15	Luz Dary Teran Mercado
2. Presentar las posibles alternativas farmacologicas de los desabastecimientos y reportar a las Dirrecciones Hospitalaria , Urgencias:	95,00% [50%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-06-15	LUPE ADELAIDA PINILLA ORTEGA, Luz Dary Teran Mercado
3. Realizar mesas de trabajo Gobierno Clinco para revisar las alternativas farmacologicas sugeridas por los desabastecimientos reportados por INVIMA a nivel Nacional:	99,00% [50%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-12-02	LUPE ADELAIDA PINILLA ORTEGA, Luz Dary Teran Mercado

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	5	Alta (80)

☐ 53. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3781 / VISITAS ADMINISTRATIVAS A LA RED HOSPITALARIA DEL DISTRITO MAYO 2025 (2025-06-06) / Pers

3. Fortalecer la atención en el servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, garantizando una atención segura y humanizada, frente a la alta demanda de usuarios.

**Hallazgo:** Obervacion del servicio de Urgencias: Se presentan las observaciones generadas durante las visitas realizadas a las 10 USS. Las observaciones incluyen deficiencias en infraestructura, condiciones de atención, recursos disponibles y otros aspectos relevantes que afectan la calidad del servicio de urgencias en cada unidad: en espacial para el Hospital Occidente de Kennedy  
Pacientes en pasillo: 35.

- Poltronas: 13.
  - Sillas: 4.
  - Reanimación: 5.
- USS Kennedy • Capacidad instalada total adultos: 43., • Ocupación: 288% en adultos,  
Capacidad instalada pediátrica: 12. con una ocupacion de 117% en pediátricos.
- Se recomienda ampliar el espacio, mejorar el mobiliario, la ventilación y la forma de priorización y los tiempos de atención en el área de pacientes de triage dos.

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado: Resolución 5596 de 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage

Riesgo Asociado: Posibilidad de afectación reputacional por no identificación adecuada del riesgo clinico por sobreocupacion en los servicios de Urgencias

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente ESE

Código sede\_occidente de kennedy\_14: Porcentaje de ocupación del servicio de urgencias USS Occidente de Kennedy.

Código sede\_occidente de kennedy\_5: Porcentaje de satisfacción general USS Occidente de Kennedy.

Código SPAC6: Eventos Adversos Prevenibles Hospital Occidente de Kennedy

Sistema Auditoria Interna - Autocontrol Tipo 3781 Avance ponderado 97,60%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar recorrido a servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, identfcando areas para ubicación de pacientes.:	100,00% [100%]	2025-05-22 2025-06-30	2025-06-16 2025-06-17	Juan Manuel Mendieta Novoa
2. Realizar plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos identificados en el recorrido.:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-12-31	2025-07-21 2025-09-09	FABIO NELSON APONTE MELO, Ivonne Slendy Garcia Peña, Yuly Katherine Restrepo Vargas-Equipos Industriales
3. Fortalecer el programa de PHD en el Hospital Occidente de Kennedy, mediante capacitación.:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-08-31	2025-08-01 2025-10-03	YULI ALEJANDRA GARZON ORJUELA

4. Realizar medición del indicador de adherencia a programa de PHD en el servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy.:	90,00% [90%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-08-01	YULI ALEJANDRA GARZON ORJUELA
5. Monitoreo en tiempo real de los tiempos de atención de pacientes clasificados como Triage II, por medio aplicativo OPORTUNA.:	98,00% [100%]	2025-06-01 2025-12-31	2025-07-17	DUARTE CELY RODOLFO

### Seguimientos

Fecha de seguimiento: 25/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

Total, OM\_:83 -(Abierta-) Aceptable

- Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con identificación 1 ID 42818 de la actividad con Fecha de Terminación Planeada 2025-06-30

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

acción de mejora planteadas en el Excel con nombre "PLAN MEJORA VISITA ADTVA RED HOSPITALARIA MAYO 2025" para el periodo evaluado:

"1 Realizar recorrido a servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, identificando áreas para ubicación de pacientes.

2 Realizar plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos identificados en el recorrido.

3 Fortalecer el programa de PHD en el Hospital Occidente de Kennedy, mediante capacitación.

4 Realizar medición del indicador de adherencia a programa de PHD en el servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy.

5 Monitoreo en tiempo real de los tiempos de atención de pacientes clasificados como Triage II, por medio aplicativo OPORTUNA.

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Acciones de mejoramiento propuestas (5) en almera

1. Realizar recorrido a servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, identificando áreas para ubicación de pacientes Peso 20%

2. Realizar plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos identificados en el recorrido. Peso 20% En ejecución

3. Fortalecer el programa de PHD en el Hospital Occidente de Kennedy, mediante capacitación. Peso 20%

4. Realizar medición del indicador de adherencia a programa de PHD en el servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso 20% En ejecución

5. Monitoreo en tiempo real de los tiempos de atención de pacientes clasificados como Triage II, por medio aplicativo OPORTUNA. Peso 20% En ejecución

Para el presente seguimiento se reviso:

1. "Realizar recorrido a servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, identificando áreas para ubicación de pacientes Peso 20%"

Recomendación: Al hacer la revisión conviene soportar adecuadamente el alcance del entregable vs la descripción de la acción 2 en los términos descrita" 2.

Realizar plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos identificados en el recorrido. Peso 20%"

- Estado: Cumplida,
- Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:  
Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:” Acta con registro fotografico y listado de asisitencia.”
- Seguimiento OCI:

De acuerdo a los avances reportados, esta Oficina de Control Interno evidencia que el proceso reportó como entregable el documento:

17.06.25 Recorrido urgencias kenendy.pdf al verificar el documento acta de fecha 17/06/2025 incluye registro fotográfico. (100)

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento, acta con:” registro fotografico (50)y listado de asisitencia.(50)”

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 10:14 AM

Fecha de seguimiento: 25/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

Total, OM\_:83-(Abierta-) Aceptable

- Se asigna un porcentaje del 66% para la acción de mejoramiento con identificación 3 ID 42820 de la actividad con Fecha de Terminación Planeada 2025-08-31

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

acción de mejora planteadas en el Excel con nombre “PLAN MEJORA VISITA ADTVA RED HOSPITALARIA MAYO 2025” para el periodo evaluado:

- 1 Realizar recorrido a servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, identifcando areas para ubicación de pacientes.
- 2 Realizar plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos identificados en el recorrido.
- 3 Fortalecer el programa de PHD en el Hospital Occidente de Kennedy, mediante capacitación.
- 4 Realizar medición del indicador de adherencia a programa de PHD en el servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy.
- 5 Monitoreo en tiempo real de los tiempos de atencion de pacientes clasificados como Triage II, por medio aplicativo OPORTUNA.

Porcentaje Acción de Mejora evaluada”

Acciones de mejoramiento propuestas (5) en almera

- “1. Realizar recorrido a servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, identifcando areas para ubicación de pacientes Peso 20%
2. Realizar plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos identificados en el recorrido. Peso 20% En ejecución
3. Fortalecer el programa de PHD en el Hospital Occidente de Kennedy, mediante capacitación. Peso 20%
4. Realizar medición del indicador de adherencia a programa de PHD en el servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso 20% En ejecución



5. Monitoreo en tiempo real de los tiempos de atención de pacientes clasificados como Triage II, por medio aplicativo OPORTUNA. Peso 20% En ejecución

Para el presente seguimiento se reviso:

3. “Fortalecer el programa de PHD en el Hospital Occidente de Kennedy, mediante capacitación. Peso 20%”

Recomendación: Al hacer la revisión conviene soportar adecuadamente el alcance del entregable vs la descripción de la acción 2 en los términos descrita” 2. Realizar plan de trabajo de acuerdo a los hallazgos identificados en el recorrido. Peso 20%”

- Estado: vencida

- Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:” Acta con presentación , análisis pre y postest, con listados de asistencia.”

- Seguimiento OCI:

El proceso reportó como soporte y se revisó la siguiente evidencia:

- ACTA socialización del programa PHD Urgencias.pdf: con fecha:” FECHA: 30/09/2025” posterior a la fecha de terminación planeada para la actividad

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=396585&ver=true&token=69b74d69ab407daece1b189568f0c33bc2385d472c1dec17344a916333056da3>

De acuerdo a los avances reportados, esta Oficina de Control Interno evidencia que el proceso documento:

“con presentación” conforme dentro del documento.(33)

“análisis pre y postest” el documento registra únicamente análisis postest con ruta.” POSTEST <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdjl1LQFFdYPoWODLtKf4gEzfdF6IMvvlqu3RIbL0J3ESuJ0g/viewform?usp=header&rdquo>; sin evidencia de análisis pretest.(16.5)

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento, sin embargo, están incompletas.

“con listados de asistencia”: Con un listado que incluye identificación sin suscripción de firmas el documento reporta: “presentación de manera virtual el di 30 de septiembre”. Posterior a la fecha de terminación de la actividad. Al hacer la revisión de las propiedades del documento registra creado 3/10/25 14: 44;. (16.5)

Fuente de la evidencia:

Al hacer la revisión de las propiedades del documento registra creado 3/10/25 14: 44:

URI revisada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=396585&ver=true&token=69b74d69ab407daece1b189568f0c33bc2385d472c1dec17344a916333056da3>

Con fecha de cargue 3/10/2025:

URI revisada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=69b74d69ab407daece1b189568f0c33bc2385d472c1dec17344a916333056da3&archivoid=396585>

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:  
Carmen Mireya Reyes Moreno  
Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 66 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 10:18 AM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

☐ 54. Gestión de Servicios Complementarios

✓ ID: 3779 / VISITAS ADMINISTRATIVAS A LA RED HOSPITALARIA DEL DISTRITO MAYO 2025 (2025-06-06) / Pers

1. Garantizar el control de vencimiento de insumos y medicamentos en las farmacias del Hospital Occidente de Kenendy y Hospital Bosa.

**Hallazgo:** Se verificó si las farmacias de las 10 USS visitadas cuentan con un área debidamente señalizada para la disposición de medicamentos vencidos, encontrando los siguientes resultados:  
Durante las visitas administrativas se evidenció que, en términos generales, el 70% de las USS cuentan con un área señalizada para realizar la disposición de medicamentos vencidos, es decir que siete las diez USS ( Nuevo Bosa,l) cuentan con un área específica o mecanismo para la disposición de estos medicamentos, como estanterías,envases marcados o zonas de cuarentena señalizadas. En contraste 3, tres USS ( Kennedy) indicaron no contar con un área específica para su disposición dentro de la sede hospitalaria.r. En la USS Kennedy, a pesar de informar que no cuentan con área para medicamentos vencidos, se encontraron 1800 unidades de Lancetas vencidas

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 34. Código: (AsPL12)  
La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:

**Riesgo Asociado:** . Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no disponibilidad del medicamento en el servicio, a causa de fallas del proveedor por la entrega incompleta o inoportuna, incumplimiento de requisitos técnicos en la entrega, Dificultades en la ejecución de los contratos.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de adherencia al Procedimiento de control de fechas de vencimiento, solicitud de cambio a proveedores y/o baja de medicamentos y dispositivos médicos. 08-04-PR-0013

**Sistema**    Auditoria Interna - Autocontrol                      **Tipo**    3779                      **Avance ponderado**    99,25%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar resocialización al talento Humano de la farmacia de la sede Hospital Occidente de Kennedy del Procedimiento de control de fechas de vencimiento, solicitud de cambio a proveedores y/o baja de medicamentos y dispositivos médicos. 08-04-PR-0013:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-06-30	2025-07-31 2025-07-31	LUPE    ADELAIDA PINILLA ORTEGA
2. Realizar medición de la apropiacion del conocimiento sobre el Procedimiento de control de fechas de vencimiento, solicitud de cambio a proveedores y/o baja de medicamentos y dispositivos médicos. 08-04-PR-0013:	99,00% [90%]	2025-06-01 2025-06-30	2025-07-31	LUPE    ADELAIDA PINILLA ORTEGA
3. Medir adherencia del talento humano de la sede Hospital Occidente de Kennedy al Procedimiento de control de fechas de vencimiento, solicitud de cambio a proveedores y/o baja de medicamentos y dispositivos médicos. 08-04-PR-0013:	99,00% [90%]	2025-07-01 2025-08-31	2025-08-22	LUPE    ADELAIDA PINILLA ORTEGA
4. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas en la adherencia al procedimiento. 08-04-PR-0013:	99,00% [10%]	2025-09-01 2025-09-30	2025-09-18	LUPE    ADELAIDA PINILLA ORTEGA

Seguimientos

Accion :01

Estado: cumplida

Fecha de vencimiento: 30-06-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia el producto entregable correspondiente al acta de fecha 24-07-2025 tema socializar al talento Humano de la farmacia de la sede Hospital Occidente de Kennedy el Procedimiento de control de fechas de vencimiento, solicitud de cambio a proveedores y/o baja de medicamentos y dispositivos médicos. 08-04-PR-0013., firmas de asistencia de la reunión de socialización del procedimiento. .

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:29 AM

Accion :02

Estado: cumplida extemporanea

Fecha de vencimiento: 30-06-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia el producto entregable correspondiente la apropiación del conocimiento sobre el Procedimiento de control de fechas de vencimiento, solicitud de cambio a proveedores y/o baja de medicamentos y dispositivos médicos. 08-04-PR-0013, para tal efecto se observo la encuesta de apropiación del procedimiento fechas de vencimiento y la tabulación de la adherencia del procedimiento de fecha 1-08-2025.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:31 AM

Accion :03

Estado: cumplida

Fecha de vencimiento:30-06-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia el producto correspondiente al diligenciamiento de los formatos:08-04-FO-0054 Formato control fechas de vencimiento - servicio farmacéutico y 14-03-FO-0004 donde se registran los medicamentos y dispositivos médicos correctamente diligenciados como punto de control y registro., de fechas 12-06-2025,14-05-2025,23-07-2025,13-05-2025,4-05-2025,11-06-2025.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 10:09 AM

ACCION 4 . No se evidencia el producto entregable correspondiente al informe de las acciones tomadas frente a las desviaciones encontradas en la adherencia al procedimiento. 08-04-PR-0013.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, no se dio por cumplida la acción con un porcentaje de 0%.

Seguimiento efectuado con corte a 30 de septiembre de 2025.

Porcentaje: 0 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 10:23 AM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	4	4	Media (64)

☐ 55. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3763 / Asistencia técnica y seguimiento al Plan Institucional de Tecnovigilancia (2025-05-14) / SDS

3. Durante la asistencia técnica se evidencia que se presenta un subregistro de casos asociados a tecnovigilancia en recepción técnica y devoluciones en los casos que se presentas fallas evidentes de calidad. Se recomienda implementar acciones tendientes a reducir el subregistro de casos en los procesos farmacéuticos de recepción y/o devoluciones

**Hallazgo:** Socializar de manera permanente las alertas sanitarias de dispositivos médicos a las instancias involucradas con la recepción técnica, para realizar la gestión opotuna de las mismas e impedir el ingreso de dispositivos médicos motivo de alerta

**Proceso:** Gestión Administrativa

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 134

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de incidente y eventos adversos no serios relacionados con tecnología biomedica gestionados a nivel Sub Red

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3763    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. En el momento que se cuente con alertas sanitarias y/o informes de seguridad, se realizará socialización a través correo de correo electrónico y recorrido en las diferentes sedes y bodegas con el fin de socializarlos:	100,00% [50%]	2025-05-01 2025-12-31	2025-05-15 2025-12-03	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO
2. Cuantificar la socialización de alertas sanitarias y/o informes de seguridad aplicables a la subred:	100,00% [32%]	2025-05-01 2025-11-30	2025-05-15 2025-12-03	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO
3. De acuerdo a los resultados de verificación implementar la mejora:	100,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-20	2025-12-02 2025-12-02	INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	4	Media (48)

☐ 56. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3762 / Asistencia técnica y seguimiento al Plan Institucional de Tecnovigilancia (2025-05-14) / SDS

2. Durante la asistencia técnica se evidencia que se presenta un subregistro de casos asociados a tecnovigilancia en recepción técnica y devoluciones en los casos que se presentas fallas evidentes de calidad. Se recomienda implementar acciones tendientes a reducir el subregistro de casos en los procesos farmacéuticos de recepción y/o devoluciones

**Hallazgo:** Asegurar que no se genere subregistro de casos de tecnovigilancia cuando se verifique fallas evidentes de calidad durante los procesos de recepción técnica, devoluciones y almacenamiento, así como asegurar que se carguen internamente los reportes para análisis por parte del programa institucional de tecnovigilancia por las rutas asignadas para este fin.

**Proceso:** Gestión Administrativa

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 134

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de incidente y eventos adversos no serios relacionados con tecnología biomedica gestionados a nivel Sub Red

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 3762      **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Programar capacitación a personal que realiza recepción técnica sobre el reporte a través de suceso de seguridad de fallas relacionadas con calidad de dispositivos médicos:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-06-30	2025-06-25 2025-07-31	NATALIA BELTRAN	HOYOS
2. Ejecutar capacitación a personal que realiza recepción técnica sobre el reporte a través de suceso de seguridad de fallas relacionadas con calidad de dispositivos médicos:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-07-31	2025-07-11 2025-07-31	NATALIA BELTRAN	HOYOS
3. Verificar y cuantificar en la base de datos los reportes de sucesos de seguridad relacionados con fallas de calidad notificados por los servicios en donde se realiza recepción técnica de dispositivos médicos:	100,00% [0%]	2025-08-01 2025-11-30	2025-07-31 2025-12-17	INGRID GONZALEZ	MAYERLY FORERO
4. De acuerdo a los resultados de verificación implementar la mejora:	100,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-20	2025-12-16 2025-12-16	INGRID GONZALEZ	MAYERLY FORERO

Seguimientos

Accion :01

Estado: cumplida

Fecha de vencimiento:30-06-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia el producto entregable correspondiente actas de capacitación y tecnovigilancia de fechas 1-06-2025 y 29 ,30 de julio de 2025., dirigidos a funcionarios de almacén General, laboratorio que tengan relacionado actividades de recepción técnica .

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:34 AM

Accion :02

Estado: cumplida

Fecha de vencimiento:30-06-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia el producto entregable correspondiente actas de capacitación y tecnovigilancia de fechas 1-06-2025 y 29 ,30 de julio de 2025., dirigidos a funcionarios de almacén General, laboratorio que tengan relacionado actividades de recepción técnica,sobre el reporte a través de suceso de seguridad de fallas relacionadas con calidad de dispositivos médicos .

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:50 AM

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
4	3	4	Media (48)

☐ 57. Gestión del Ambiente Físico

✓ ID: 3761 / Asistencia técnica y seguimiento al Plan Institucional de Tecnovigilancia (2025-05-14) / SDS

1. Durante la AT se verifica que la institución ha implementado parcialmente los procesos y/o procedimientos relativos a poseer los mecanismos para identificar la trazabilidad de DM partiendo desde lote o referencia y llegando a los datos de paciente de manera fácil y oportuna y así realizar la gestión de los posibles informes de seguridad y/o alertas sanitarias que puedan generarse acerca de DM. Se recomienda continuar con la implementación de los mecanismos institucionales para identificar la trazabilidad de manera fácil y oportuna, así como implementar la ficha de implantables institucional de acuerdo a resolución 4816 de 2008 y decreto 4725 de 2005.

**Hallazgo:** Continuar con la implementación de los mecanismos institucionales para identificar la trazabilidad de manera fácil y oportuna, así como implementar la ficha de implantables institucional de acuerdo a resolución 4816 de 2008 y decreto 4725 de 2005

**Proceso:** Gestión Administrativa

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 134

Sistema      Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      Tipo      3761      Avance ponderado      100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------



1. Actualizar el programa de tecnovigilancia incluyendo la aplicabilidad de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-05-31	2025-05-13 2025-06-10	BEATRIZ ELENA VERDUGO SINNING, GONZALEZ ROA ZULMA YADIRA, NATALIA HOYOS BELTRAN
2. Socializar a los profesionales la implementación de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables:	100,00% [100%]	2025-06-01 2025-07-31	2025-06-19 2025-06-19	BEATRIZ ELENA VERDUGO SINNING, GONZALEZ ROA ZULMA YADIRA, NATALIA HOYOS BELTRAN
3. Verificar el resgitro de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables:	100,00% [0%]	2025-08-01 2025-11-30	2025-08-13 2025-08-24	BEATRIZ ELENA VERDUGO SINNING, GONZALEZ ROA ZULMA YADIRA, NATALIA HOYOS BELTRAN
4. De acuerdo a los resultados de verificación implementar la mejora:	100,00% [0%]	2025-12-01 2025-12-20	2025-12-17 2025-12-17	BEATRIZ ELENA VERDUGO SINNING, GONZALEZ ROA ZULMA YADIRA, INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO

### Seguimientos

Fecha de seguimiento: 25/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado: Avance ponderado: 75,00% [50,00%]
- No se han registrado seguimientos por la OCI

Total, OM\_:95% -(Abierta-) satisfactorio

Porcentaje Acción de Mejora 1: 100%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

- “1. Actualizar el programa de tecnovigilancia incluyendo la aplicabilidad de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%
2. Socializar a los profesionales la implementación de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%
3. Verificar el resgitro de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%
4. De acuerdo a los resultados de verificación implementar la mejora Peso 25%”

Para el actual seguimiento se verifica únicamente:

- “1. Actualizar el programa de tecnovigilancia incluyendo la aplicabilidad de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%
2. Socializar a los profesionales la implementación de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%”

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con identificación 1 ID 42277 de la actividad con Fecha de Terminación Planeada 31/05/2025

- Estado: Cumplida,

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Programa de tecnovigilancia normalizado en Almera

Como entregable se evidenció:

Programa actualizado V14.png reporta el pantallazo de la actividad propuesta en v14 fecha 2025-05-29. Con fecha de cargue 14/05/2025 url verificada <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=353702&ver=true>

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento.

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 10:09 AM

Fecha de seguimiento: 25/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado: Avance ponderado: 75,00% [50,00%]
- No se han registrado seguimientos por la OCI

Total, OM\_:95% -(Abierta-)

Porcentaje Acción de Mejora 2: 90% Satisfactorio

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

- “1. Actualizar el programa de tecnovigilancia incluyendo la aplicabilidad de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%
2. Socializar a los profesionales la implementación de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%” En ejecución
- “3. Verificar el resgitro de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%
4. De acuerdo a los resultados de verificación implementar la mejora Peso 25%” En ejecución

Para el actual seguimiento se verifica únicamente:

- “1. Actualizar el programa de tecnovigilancia incluyendo la aplicabilidad de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%
2. Socializar a los profesionales la implementación de la ficha y trazabilidad de los dispositivos implantables Peso 25%”:

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 90% para la acción de mejoramiento con identificación 2 ID de la actividad 42278 con Fecha de Terminación Planeada 31/07/2025

- Estado: Cumplida pendiente efectividad

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Actas de socialización

Se identificó los entregables:

- JUNIO 2025 ACTUALIZACION 07-02-FO-0022 INSTRUMENTACION.pptx
- SOCIALIZACION TARJETA DE OSTEOSINTESIS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES TERAPIA DE PRESION NEGATIVA.pdf Al verificar el documento ACTA cantidad 1, registra fecha 16 de junio del 2025 total 27 firmas, incluye el tema objeto de la actividad en seguimiento.

Recomendación: conviene revisar en términos de cobertura si el dato registrado de firmas en el acta cargada es el predeterminado para lo documentado en el volumen en la priorización en el plan de mejoramiento cargado en almera.” La ejecución del mejoramiento tendrá una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos e el impacto es entre 46% a 56%”

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento.

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 90 % Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 10:10 AM

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	4	3	4	Media (48)

## ☐ 58. Gestión Clínica Hospitalaria

★ ID: 3645 / AUDITORIA AL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE A LA IPS GENERADORA (2025-01-01) / SDS

### 4. Construir fichas técnicas de los indicadores para evaluación del proceso de donación

**Hallazgo:** Implementar los indicadores de:

- Porcentaje de rescates =rescates efectivos en ME y PCR / Notificaciones realizadas anuales y -Reporte de Alertas en PCR

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

**Criterios:**

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Ley 1805 de 2016 - decreto 780/2016; resolución 2003/2014, decreto 2493 de 2004; resolución 2460 de 2005 , resolución 2279 de 2008 y acuerdo 419 de 2009, acuerdo 140/2005, acuerdo 369/2009 , acuerdo 363 de 2009; acuerdo 530 de 2013; circular 069 de 2012, circular 0038 de 2006

Origen de la Oportunidad de mejora: Interno

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3645 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Documentar las fichas técnicas de los indicadores Porcentaje de rescates efectivos= Rescates efectivos en ME y PCR / Notificaciones realizadas anuales en ME Y PCR.Rescates efectivos en muerte encefálica +PCR / Notificaciones realizadas anuales en Muerte encefálica + PCR .:	100,00% [100%]	2025-01-15 2025-02-15	2024-12-30 2025-01-15	Gilberto Sierra Ordoñez, Juan Alberto Fajardo Cortés
2. Socializar los indicadores de Porcentaje de rescates =rescates efectivos en ME y PCR / Notificaciones realizadas anuales y Reporte de Alertas en PCR en el comité de donación de órganos y tejidos y colaboradores que participan en el proceso:	100,00% [100%]	2025-03-03 2025-03-30	2025-02-27 2025-03-14	Juan Alberto Fajardo Cortés
3. Realizar seguimiento a los indicadores en el comité de donación de organos y tejidos:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-05-02 2025-05-02	Juan Alberto Fajardo Cortés

Seguimientos

Se cierra OM 3645 teniendo en cuenta que se cumple con la ejecución de las acciones definidas en un 100%

1. Documentar las fichas técnicas de los indicadores Porcentaje de rescates efectivos= Rescates efectivos en ME y PCR / Notificaciones realizadas anuales en ME Y PCR. Rescates efectivos en muerte encefálica +PCR / Notificaciones realizadas anuales en Muerte encefálica + PCR . 100,00%.

2. Socializar los indicadores de Porcentaje de rescates =rescates efectivos en ME y PCR / Notificaciones realizadas anuales y Reporte de Alertas en PCR en el comité de donación de órganos y tejidos y colaboradores que participan en el proceso 100,00%

3. Realizar seguimiento a los indicadores en el comité de donación de órganos y tejidos 100,00%

Porcentaje: 100 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Sandra Patricia Giraldo Cosma 2025-05-13 08:23 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
1	1	1	Bajo (1)

☐ 59. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3725 / Plan de mejora urgencias de Bosa (2025-03-20) / Super

2. Verifique la efectividad del plan de contingencia implementado por la Subred ante situaciones de sobreocupación en los servicios de urgencias, incluido el trato humanizado del servicio

**Hallazgo:** Verifique la efectividad del plan de contingencia implementado por la Subred ante situaciones de sobreocupación en los servicios de urgencias, incluido el trato humanizado del servicio

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3725    **Avance ponderado**    50,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Capacitar en el plan de contingencia actualizado a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Bosa con código: 09-03-PL-0002:	50,00% [50%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-04-30	JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA, LUZ DARY CASTRO HERRÁN

Seguimientos

Fecha de seguimiento: 21/10/2025  
Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:  
Total, OM\_:25% -(Abierta-)  
Porcentaje Acción de Mejora 25% Estado: Critico (0% y 69%)  
Nivel de cumplimiento de la acción de mejora con identificación: 1 con ID de la actiidad: 41028 y Peso 100%  
Porcentaje Acción de Mejora evaluada  
Se asigna un porcentaje del 25% para la acción de mejoramiento Estado: vencida  
Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:  
- Seguimiento OCI:

No se han registrado seguimientos por la Oficina de Control interno. El proceso reportó Avance ponderado: 50,00% [50,00%] .

Soportes o Evidencias de Avance verificadas:

Como soporte se revisó las siguientes evidencias:

Entregable revisado: -Archivo con nombre ACTA DE CAPACITACION 09-03-PL-0002 URGENCIAS (fecha de cargue en almera Institucional 25/08/2025 posterior a la fecha de terminación planeada: 2025-04-30). Con tema:” “Socialización plan de contingencia actualizado a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Bosa con código: 09-03-PL-0002 versión: 9 actualizado: 15/03/2025”

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=57f5ca058a4558b914ad47aaab42d2cd94c75ec3da3fce9a63a311316250c266&archivoid=381516>

Esta Oficina de Control Interno evidencia que el proceso reportó en los registros de la ficha técnica PARA SUSCRIPCIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (El plan de mejora) cargado en el ID como soportes o evidencias de avance, los siguientes ítems:

- “Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, resultado de apropiación.” Sin evidencia en el entregable del ID.(0)
- “Adicionalmente incluir como soporte la presentación realizada y la lista de asistencia.” Al verificar la presentación realizada en el documento el entregable, este contiene un flujograma sin documento fuente u origen del mismo. Al verificar las firmas se evidencia que están adjuntas al acta y no concuerda el número de página de la imagen anexa con la numeración de la misma acta, que se encuentra cargada en archivo editable(word). (25)

Se adjuntaron documentos que reflejan los resultados de una de las evidencias de avance.

Se identifica que las evidencias presentadas son insuficientes al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Recomendación:

Referenciar la imagen de contenidos y registro de firmas que concuerde con el acta en mención y adicionalmente incluir evidencias en archivos no editables en los entregables, mejorar la suscripción de las actas, acorde a los requisitos y avals de la Institución para las mismas en el diligenciamiento del formato Institucional y uso de las herramientas Institucionales para temas de apropiación que de cuenta del avance.

Nombre y apellidos del Auditor que realizó el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 25 % Estado: **Critico (0% y 69%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 07:51 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

60. Gestión Clínica de Urgencias

★ ID: 3734 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

9. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que: i) no se garantiza la correcta identificación del paciente en el Servicio de Urgencias

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que: i) no se garantiza la correcta identificación del paciente en el Servicio de Urgencias

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3734 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Capacitar al personal del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, en la guía buena práctica asegurar la correcta identificación de los pacientes código 02-02-GI-0002:	100,00% [100%]	2025-04-25 2025-06-25	2025-05-12 2025-07-08	Haydi Fernanda Mosquera Mena, YEIMY ROBAYO ACERO
2. Aplicar listas de chequeo de la guía buena práctica asegurar la correcta identificación del los pacientes código 02-02-GI-0002, en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-12-30	2025-06-05 2025-12-29	Colin Dayana Garcia Rojas, Haydi Fernanda Mosquera Mena, YEIMY ROBAYO ACERO

Seguimientos

Fecha de seguimiento: 24/10/2025  
Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:  
• Avance ponderado al momento del presente seguimiento: Avance ponderado: 90,00% [90,00%]  
Total, OM\_:50 -(Abierta)  
Porcentaje Acción de Mejora 100% satisfactorio  
Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:  
Acciones de mejoramiento propuestas (2)  
1. Capacitar al personal del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, en la guía buena práctica asegurar la correcta identificación de los pacientes código 02-02-GI-0002 peso: 50%  
2. Aplicar listas de chequeo de la guía buena práctica asegurar la correcta identificación del los pacientes código 02-02-GI-0002, en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy peso:50% En ejecución.  
  
- Porcentaje Acción de Mejora evaluada



Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con identificación 1 con ID de la actividad 41053 y Fecha de Terminación Planeada: 2025-06-25

- Estado: Cumplida,

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Sin seguimientos previos por la OCI.

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:

-Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, resultado de apropiación.

Se evidenció el documento con nombre "Informe final capacitacion bp identificacion 1"al abrirlo registra:" Informe Seguimiento Plan de mejora 3734 Hospital Occidente de Kennedy, Dirección servicios de Urgencias Capacitación: Guía de Buena Practica - Asegurar la correcta identificación de los pacientes en los procesos asistenciales, incluye el documento la cobertura y resultados de pre test y post test por turnos. (50)

- Adicionalmente incluir como soporte la presentación realizada y la lista de asistencia:

Al verificar las firmas se evidencia que están adjuntas al informe(fecha 26 y27 de mayo del 2025) y no concuerda el número de página de la imagen existen datos de página repetida. evidencia de la presentación realizada en el documento revisado(Informe final capacitacion bp identificacion 1).(50)

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental en cuanto a referenciar los contenidos de imagen.

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=353444&ver=true>

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %

Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:50 AM

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 61. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3736 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

11. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que no garantiza la detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud, En el área de expansión (pasillos), se evidencia falta de espacio entre camilla y camilla, pacientes en el área de expansión (sillas) sin espacio entre uno y otros, con diferentes patologías de origen infeccioso en observación, con pacientes sin diagnóstico de infecciones, que aumentan la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud. Se identificó un baño mixto para más de 20 pacientes, favoreciendo la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud.

Se identificaron venoclisis con sangre, buretroles sin marcar que permitan identificar su fecha de cambio, para evitar posibles infecciones

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que no garantiza la detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud, En el área de expansión (pasillos), se evidencia falta de espacio entre camilla y camilla, pacientes en el área de expansión (sillas) sin espacio entre uno y otros, con diferentes patologías de origen infeccioso en observación, con pacientes sin diagnóstico de infecciones, que aumentan la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud. Se identificó un baño mixto para más de 20 pacientes, favoreciendo la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud.

Se identificaron venoclisis con sangre, buretroles sin marcar que permitan identificar su fecha de cambio, para evitar posibles infecciones

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3736 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-05-30	2025-04-01 2025-04-01	Lina María Oliveros
2. Revisar y reorganizar espacios en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-04-30	2025-02-25 2025-07-09	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO
3. Capacitar en la Guía de buena practica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024:	100,00% [100%]	2025-04-25 2025-06-30	2025-04-07 2025-07-09	REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO, ROSANA ALVAREZ POTES
4. Aplicar listas de chequeo verificando la adherencia a la Guía de buena practica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-12-30	2025-07-06 2026-01-08	Claudia Yanith Casas Sarmiento, Liliana Andrea Cabeza Sanabria, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

Seguimientos

Fecha de seguimiento: 24/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado: 87,50% [87,50%]
- No se han registrado seguimientos por la OCI

Total, OM\_:91.6% -(Abierta-) satisfactorio

Porcentaje Acción de Mejora 2: 100%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias Peso: 25%
2. Revisar y reorganizar espacios en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Peso: 25% 100.
3. Capacitar en la Guía de buena práctica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso 25%
4. Aplicar listas de chequeo verificando la adherencia a la Guía de buena práctica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso: 25%. En ejecución.

Al verificar el Plan de mejoramiento cargado en almera en el ID se evidenció que en el ítem ACCION DE MEJORA APROBADA registran con SI únicamente dos de las cuatro acciones de mejora “Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias” y “Capacitar en la Guía de buena practica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024”

Para el actual seguimiento se verifica únicamente:

1. Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias Peso: 25%
2. Revisar y reorganizar espacios en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Peso: 25%
3. Capacitar en la Guía de buena práctica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso 25%

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con identificación 2 ID de la actividad 41058 con Fecha de Terminación Planeada 2025-04-30

- Estado: Cumplida, con observación de forma y recomendación

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Informe con modificaciones de espacios reasignados en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy

Al verificar el documento con nombre Informe ejecutivo reporta recorrido servicio urgencias I es conforme el contenido descrito para modificaciones de espacios reasignados como lo requiere la actividad para SALA DE EXPANSIÓN, OBSERVACIÓN MUJERES. (100)

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento.

Observación de forma:

De otra parte el documento registra “El día 22 de abril de 2025 se realiza recorrido con el equipo de habilitación, Dirección de urgencias, líder gerencial del Hospital de Kennedy y referente de enfermería del Hospital de Kennedy en el servicio de urgencias” e imagen de listado de asistencia adjunto este reporta fecha: 20- Abnl 12025 con otro contexto como tema: “Recorrido çon calidad (recorrido áreas de expansión)”

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:53 AM

Fecha de seguimiento: 24/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado: 87,50% [87,50%]
- No se han registrado seguimientos por la OCI

Total, OM91.6% -(Abierta-) satisfactorio

Porcentaje Acción de Mejora 1 100%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias Peso: 25% 100
2. Revisar y reorganizar espacios en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Peso: 25% 100
3. Capacitar en la Guía de buena práctica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso 25%
4. Aplicar listas de chequeo verificando la adherencia a la Guía de buena practica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso: 25%. En ejecución.

AL verificar el Plan de mejoramiento cargado en almera en el ID se evidenció que en el ítem ACCION DE MEJORA APROBADA registran con SI únicamente dos de las cuatro acciones de mejora “Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias” y “Capacitar en la Guía de buena practica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024”

Para el actual seguimiento se verifica únicamente:

1. Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias Peso: 25%
2. Revisar y reorganizar espacios en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Peso: 25%
3. Capacitar en la Guía de buena practica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso 25%

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con identificación 1 ID de la actividad 41057 con Fecha de Terminación Planeada 2025-05-30

- Estado: Cumplida,

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Soporte de apertura en REPS de las camas del Hospital de Bosa  
Documento revisado con nombre Formulario Apertura Camas Bosa: Documento revisado: Fecha de impresión: martes 25 de febrero de 2025 (11:30 a.m.).  
Formulario de novedades. PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD y,  
Documento revisado ticket: #007908 de fecha el 19/02/2025  
Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:55 AM

Fecha de seguimiento: 24/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado: 87,50% [87,50%]
- No se han registrado seguimientos por la OCI

Total, OM\_:91.6% -(Abierta-) satisfactorio

Porcentaje Acción de Mejora 3: 75%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias Peso: 25%
2. Revisar y reorganizar espacios en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Peso: 25%
3. Capacitar en la Guía de buena práctica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso 25%
4. Aplicar listas de chequeo verificando la adherencia a la Guía de buena práctica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso: 25%. En ejecución.

AL verificar el Plan de mejoramiento cargado en almera en el ID se evidenció que en el ítem ACCION DE MEJORA APROBADA registran con SI únicamente dos de las cuatro acciones de mejora “Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias” y “Capacitar en la Guía de buena práctica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024”

Para el actual seguimiento se verifica únicamente:

1. Realizar gestión de habilitación de camas Hospitalarias Peso: 25%
2. Revisar y reorganizar espacios en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Peso: 25%
3. Capacitar en la Guía de buena practica para detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud cód. 02-02-GI-0024 Peso 25%

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 75% para la acción de mejoramiento con identificación 3 ID de la actividad 41059 con Fecha de Terminación Planeada 2025-06-30

Estado: CUMPLIDA PENDIENTE EFECTIVIDAD

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:

- Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, resultado de apropiación. (50)

- Se evidenció el documento con nombre: Informe Seguimiento Plan de mejora 3735 Hospital Occidente de Kennedy, Dirección servicios de Urgencias Capacitación: Guía de Buena Practica - Prevención IAAS incluye cobertura por turno, resultado de apropiación.

- Adicionalmente incluir como soporte la presentación realizada y la lista de asistencia.

Se evidencio listas de asistencia en tres archivos con nombre : BUENAS PRACTICA DE IAAS.pdf Informe capacitacion Buena práctica IAAS.pdf LISTA DE ASISTENCIA A.pdf LISTA DE ASISTENCIA A.pd sin evidencia en los documentos asociados de presentación realizada. (25)

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden parcialmente al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental para el periodo auditado en la preforma Institucional y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 75 % Estado: **Aceptable (70% al 89%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:56 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

## ☐ 62. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3727 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

2. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la atención con oportunidad de los pacientes que son clasificados como Triage II, toda vez que presenta unos tiempos de atención en el Servicio de urgencias que superan los 30 minutos

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la atención con oportunidad de los pacientes que son clasificados como Triage II, toda vez que presenta unos tiempos de atención en el Servicio de urgencias que superan los 30 minutos

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3727    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el Manual de clasificación inicial de Urgencias. Código 09-01-MA-0001:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-03-15	2025-03-15 2025-03-15	Juan Manuel Mendieta Novoa
2. Capacitar a médicos y enfermeras del Servicio de Urgencias, en la actualización del manual de clasificación de Urgencias Código 09-01-MA-0001, aplicando pretest y postest. Cada vez que ingrese personal nuevo se debe realizar esta capacitación.:	100,00% [100%]	2025-03-16 2025-04-30	2025-03-16 2025-10-02	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO, TORRES RINCON LUZ MARY
3. Designando un médico para la atención de pacientes clasificados con triage II, garantizando la atención oportuna por turno.:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-02-28	2025-02-28 2025-10-03	DUARTE CELY RODOLFO

Seguimientos

Total OM: 45% Abierta

0% Acción de Mejora 3  
Estado: Vencida

Seguimiento OCI: El proceso reportó como avance la actualización del Manual de Clasificación Inicial de Urgencias con código 09-01-MA-0001, en su versión 14, del 15 de marzo de 2025, documento en el cual se ajustan definiciones, se incorporan funciones asociadas a la gestión del riesgo, estrategias de descongestión y se incluye el concepto de triage respiratorio.

No obstante, al comparar el producto reportado con la acción formulada, esta Oficina de Control Interno evidencia que:

La acción establecida busca designar un médico por turno para atención de pacientes triage II, lo cual es una acción de naturaleza operativa, que requiere evidencias como listados de programación de turnos, resoluciones, asignaciones o reportes de cobertura, que permitan verificar el cumplimiento.

La actualización del manual, si bien es un avance normativo, no da cuenta de la ejecución ni verificación del cumplimiento de la acción formulada.

Además, la acción carece de un entregable claro y no define un mecanismo verificable ni medible, lo cual afecta su trazabilidad y evaluación objetiva.

En este sentido, conforme al paso 5 del Instructivo para el Seguimiento a Planes de Mejoramiento (código 17-00-IN-0001), se establece que:

“Si durante la revisión de la acción de mejora, la Oficina de Control Interno determina que esta no soluciona la causa del hallazgo, no es clara, no es verificable o no cuenta con un producto o entregable definido, se deberá solicitar al proceso responsable la reformulación de la acción.”

Por lo anterior, esta Oficina de Control Interno recomienda, reformular la acción, de manera que contemple un entregable verificable, asociado a la programación y seguimiento efectivo de un recurso médico responsable de triage II por turno, si esa es la causa raíz que se busca subsanar.

-----  
90% Acción de Mejora 1

Estado: Vencida

Seguimiento OCI: El proceso reportó como avance la actualización del Manual de Clasificación Inicial de Urgencias (código 09-01-MA-0001), informando que se realizaron ajustes relacionados con las definiciones, funciones de gestión del riesgo, incorporación del triage respiratorio y estrategias de descongestión.

Durante la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, no se encontró el documento cargado en los entregables específicos de la acción formulada. Sin embargo, se verificó que el documento sí se encuentra actualizado en la herramienta ALMERA, con la versión 14 del 15 de marzo de 2025, lo cual da cuenta del cumplimiento sustancial del objetivo propuesto.

Recomendación: Se solicita al proceso responsable cargar el documento como evidencia directa en los entregables de la acción en el sistema de seguimiento, a fin de completar la trazabilidad y verificación documental formal según lo formulado en el plan de mejora.

Se asigna un porcentaje del 90% para la acción de mejoramiento.

Auditor de Seguimiento: Nathaly Cárdenas

Fecha de seguimiento: 31/03/2025

Porcentaje: 45 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-05-26 02:07 PM

Fecha de seguimiento: 21/10/2025

• El proceso reportó avance del Porcentaje: 45 % Estado: Critico (0% y 69%) de 2025-05-26 02:07 PM:



▫ 0% Acción de Mejora 3 Estado: Vencida

▫ 90% Acción de Mejora 1 Estado: Vencida

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- En el presente seguimiento Almera registra para el ID Avance ponderado: 100,00% [100,00%]

Total, OM\_:88.88 -( Abierta)

Porcentaje de la OM: 88.88% Estado Aceptable

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. 100%

2. 100%

3. 66.66 %

Porcentaje Acción de Mejora evaluada: Identificación 3: ID de la actividad 41033 Para la Fecha de Terminación Planeada 28/02/2025

Se asigna un porcentaje del 66.66% para la acción de mejoramiento

Estado: vencida

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

En el presente seguimiento Almera registra para el ID Avance ponderado: 100,00% [100,00%]

Los soportes o avances incluidos para la acción de mejora en el documento con nombre PLAN MEJORA URGENCIAS KENNEDY SUBRED SUROCCIDENTE VR2 11032025 cargado en el ID 3727 en Almera Institucional fueron:

- Cuadro de asignación de actividades del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy por turno.

El seguimiento OCI previo reportó: “La acción establecida busca designar un médico por turno para atención de pacientes triage II, lo cual es una acción de naturaleza operativa, que requiere evidencias como listados de programación de turnos, resoluciones, asignaciones o reportes de cobertura, que permitan verificar el cumplimiento.”

Se evidenció el archivo con nombre:” FEBRERO 2025”, es conforme el entregable cargado.( 33,33)

- Informe mensual con el seguimiento a la atención en el Servicio de Urgencias del triage II que incluya, el análisis del total de pacientes atendidos que superaron los 30 minutos en la oportunidad de la atención Sin evidencia del mismo para el periodo de la acción de mejora evaluada. .(0)

Se mantiene la recomendación previa de la OCI:

“Si durante la revisión de la acción de mejora, la Oficina de Control Interno determina que esta no soluciona la causa del hallazgo, no es clara, no es verificable o no cuenta con un producto o entregable definido, se deberá solicitar al proceso responsable la reformulación de la acción.

Por lo anterior, esta Oficina de Control Interno recomienda, reformular la acción, de manera que contemple un entregable verificable, asociado a la programación y seguimiento efectivo de un recurso médico responsable de triage II por turno, si esa es la causa raíz que se busca subsanar.”

- matriz con la relación de los pacientes atendidos en triage II.

Se evidenció el archivo base en excel con nombre TOTAL TRIAGE FEBRERO-25 en la hoja 2 describe TRIAGE II al revisar se evidencia en la base: “FECHA INICIO TRIAGE, FECHA CONFIRMACIÓN TRIAGE, CLASIFICACIÓN TRIAGE al revisar corresponde al 100% de los registros en la hoja a:” 002” ; MINUTOS FECHA CONFIRMACIÓN TRIAGE VS FECHA\_ATENCION\_INICIAL; Tiempo de ingreso al triage-Tiempo digiturno (minutos/segundos) al revisar la formula predeterminada para este item, no en todas las filas funciona; Tiempo en consulta de triage (minutos/segundos). ”, es conforme el entregable cargado. .( 33,33)

Adicionalmente se evidenció el archivo en PDF con nombre:”Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el” que corresponde al pantallazo de la cara del indicador de almera: Código PAAI-25-09-01, sin asociación que lo integre como parte de la evidencia.

De acuerdo a los avances reportados, esta Oficina de Control Interno evidencia que el proceso reportó adicionalmente incluyo en los entregables:

09-00-FO-0016 Cuadro asignación de áreas medicina ABR.xlsx 09-00-FO-0016 Cuadro asignación de áreas medicina ABR.xlsx

09-00-FO-0016 Cuadro asignación de áreas medicina MAY.xlsx 09-00-FO-0016 Cuadro asignación de áreas medicina MAY.xlsx

ABRIL 2025.xlsx

CONCERTACION ACTIVIDADES MARZO 2025 MED.xlsx

TOTAL TRIAGE ABRIL -25.xlsx

TOTAL TRIAGE MAYO-25.xlsx

Se identifica que dos de las tres evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores.

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Porcentaje: 88 % Estado: **Aceptable (70% al 89%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 07:55 AM

Fecha de seguimiento: 21/10/2025

• El proceso reportó avance del Porcentaje: 45 % Estado: Critico (0% y 69%) de 2025-05-26 02:07 PM:

▣ 0% Acción de Mejora 3 Estado: Vencida

▣ 90% Acción de Mejora 1 Estado: Vencida

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

• En el presente seguimiento Almera registra para el ID Avance ponderado: 100,00% [100,00%]

Total, OM\_:88.8 -(Abierta)

Porcentaje Acción de Mejora 88% Estado aceptable

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. 100 %

- 2. 100%
- 3. 66.6%...

Porcentaje Acción de Mejora evaluada: Identificación 1: ID de la actividad 41031 con fecha de terminación 2025-03-15  
Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento

Estado: vencida  
Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:  
En el presente seguimiento Almera registra para el ID Avance ponderado: 100,00% [100,00%]  
El soporte o avance incluido para la acción de mejora en el documento con nombre PLAN MEJORA URGENCIAS KENNEDY SUBRED SUROCCIDENTE VR2 11032025 cargado en el ID 3727 en Almera Institucional fue:  
- Documento actualizado en Almera:  
Se identificó como entregables los siguientes documentos:  
1. 09-01-MA-0001Manual de clasificación inicial de urgencias V14.pdf  
Al hacer la verificación de las propiedades del documento, se observa que, este fue creado el 18 de marzo del 2025. La fecha de cargue en almera registra 2 de abril del 2025.

2. ALMERA TRIAGE.PNG reporta pantallazo de documento cargado en almera registra fecha demarcada: “ 2025-03-15  
url <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=327635&ver=true&token=fb789dd7a302bc101ce1bfd73a595736525e1197b260dd6d55a4c1e25205488d> verificada

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento (100) y dan cuenta de la recomendación planteada por esta oficina previamente.

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:  
Carmen Mireya Reyes Moreno

Porcentaje: 88 % Estado: **Aceptable (70% al 89%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 07:56 AM

Fecha de seguimiento: 21/10/2025  
• El proceso reportó avance del Porcentaje: 45 % Estado: Critico (0% y 69%) de 2025-05-26 02:07 PM:  
▣ 0% Acción de Mejora 3 Estado: Vencida  
▣ 90% Acción de Mejora 1Estado: Vencida  
Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- En el presente seguimiento Almera registra para el ID Avance ponderado: 100,00% [100,00%]

Total, OM\_:88.88 -(Abierta)

Porcentaje Acción de Mejora 88% Estado Aceptable

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. 100 %
2. 100%
3. 66.6%...

Porcentaje Acción de Mejora evaluada: Identificación 2: ID de la actividad 41032 Fecha de Terminación Planeada: 2025-04-30

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento

Estado: Cumplida extemporánea.

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

En el presente seguimiento Almera registra para el ID Avance ponderado: 100,00% [100,00%]

De acuerdo a los avances reportados, esta Oficina de Control Interno evidencia que el proceso reportó los siguientes entregables con nombre:

DOCUMENTOS URGENCIAS.pdf: el documento es una presentación que incluye MOMENTOS DEL TRIAGE, Clasificación del triage resolución 5596 del 2015, Triage respiratorio, Plan de contingencia entre otros temas. Con fecha de cargue en almera 4 de abril del 2025.

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=333351&ver=true&token=bab6a5a8603d1f7b3d78a997b34d0a5327c7dbca3e7ffed0faa3e97053c72f65>

EAC-URGENCIAS 2025-03.pdf : Acta de fecha MARZO 25 DE 2025 con tema Encuentro de Aprendizaje Continuo (EAC) del Proceso Gestión Clínica de Urgencias de la Subred Sur Occidente E.S.E correspondiente al mes de marzo 2025 registra e incluye base en excel:” Se anexa listado de asistencia virtual.” Que incluye fecha de encuentro de aprendizaje continuo: 3/25/2025. Adicionalmente incluye el enunciado por cada nombre: ” Califique la satisfacción sobre el desarrollo del encuentro. Siendo 1 la satisfacción más baja y 5 la satisfacción más alta” la cual oscila entre 4 y 5. Fecha de cargue en almera 2 de abril del 2025.

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=332718&ver=true&token=e32f154608e207c7352390965ea469afdc8c67a8aefac1eea5070397cb72a2e8>

MANUAL ATENCION INICIAL.pdf: al revisar el documento este contiene el titulo

INFORME SOCIALIZACIONES en la preforma con código almera 02-03-FO-0055 de fecha 13 de junio de 2025 que incluye método de la presentación y el ítem ANÁLISIS DE RESULTADOS registra” cuadro de datos obtenidos en la aplicación del pre y pos test al personal de medicina y enfermería por perfil y por turno.” Fecha de cargue en almera 6 de julio del 2025.

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=854c34650529d2c541c41da59c45e6f6637a699b3c1d354719d64ea27a134cfe&archivoid=354248>

Los soportes o avances incluidos para la acción de mejora en el documento con nombre PLAN MEJORA URGENCIAS KENNEDY SUBRED SUROCCIDENTE VR2 11032025 cargado en el ID 3727 en Almera Institucional fueron:

- Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, resultado de apropiación. El documento con nombre MANUAL ATENCION INICIAL.pdf da cuenta del entregable planteado (50) sin embargo este documento cuenta con fecha posterior a la Fecha de Terminación Planeada.

- Adicionalmente incluir como soporte la presentación realizada y la lista de asistencia. Los documentos con nombre DOCUMENTOS URGENCIAS y EAC-URGENCIAS 2025-03.pdf dan cuenta del entregable planteado (50)

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 88 %

Estado: **Aceptable (70% al 89%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 07:56 AM

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

## ☐ 63. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3733 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

8. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la suficiencia y los requisitos necesarios del talento humano

requerido para la prestación de los Servicios en salud en el Servicio de Urgencias.

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la suficiencia y los requisitos necesarios del talento humano

requerido para la prestación de los Servicios en salud en el Servicio de Urgencias.

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones

**Tipo** 3733

**Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar la Guía de Planeación, Suficiencia y Capacidad Instalada de Talento Humano, para la prestación de Servicios de salud código 04-02-GI-0002 y matriz de suficiencia de Talento humano del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-04-25	2025-04-03 2025-04-29	SILVA LARRARTE DIANA LUCIA, Yeimy Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano
2. Capacitar y asignar usuario y contraseña de SECOP II, a los supervisores de contratos:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-04-25	2025-03-13 2025-04-24	Gabriel Ricardo Camacho Arcila
3. Emitir comunicado con lineamiento orientado al cumplimiento de las obligaciones contractuales.:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-03-25	2025-03-24 2025-04-07	JESUS AUGUSTO VIZCAINO BEJARANO
4. Realizar seguimiento a la actualización de los cursos requeridos según la resolución 3100 del 2019, a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy.:	100,00% [100%]	2025-03-25 2025-12-30	2025-03-25	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO, PENAGOS NOVOA CLAUDIA ADRIANA

Seguimientos

Total OM: 60% Abierta

60% Acción de Mejora 3

Estado: Vencida

Seguimiento OCI: La Subgerencia Corporativa emitió la nota interna SSO-2025-400-001771-3, dirigida a las diferentes dependencias de la Entidad, con lineamientos sobre el cargue de cursos normativos en SECOP II y la verificación del Entrenamiento Específico en Puesto de Trabajo, orientado al cumplimiento de las obligaciones generales de los contratos de prestación de servicios.

No obstante, en la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, no se evidencia que el contenido de la comunicación emitida se enfoque directamente en los lineamientos para el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales, como fue formulado en la acción de mejora. El alcance del documento esta dirigido a obligaciones específicas de formación y reporte documental en plataformas institucionales, sin abordar aspectos contractuales amplios como el cumplimiento de tiempos, entregables y/o productos, entre otros.

Recomendación: Se sugiere al proceso reformular o ampliar la acción, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento (código 17-00-IN-0001), las acciones deben permitir su verificación mediante entregables claros y objetivos, coherentes con lo formulado, de forma que sean efectivamente evaluables por parte de la Oficina de Control Interno.

Auditor de Seguimiento: Nathaly Cárdenas

Fecha de seguimiento: 31/03/2025

Porcentaje: 60 % Estado: **Critico (0% y 69%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-05-26 02:13 PM

Fecha de seguimiento: 23-24/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento previo de la OCI: 60% Acción de Mejora 3 Porcentaje: 60 % Estado: Critico (0% y 69%)
- Avance ponderado al momento del presente seguimiento: 88,89% [88,89%]
- Total, OM\_ 86.6% Avance para el presente seguimiento:-(Abierta) por la OCI.Acceptable (70 al 89%)

Acciones de mejoramiento propuestas (4)

1. Actualizar la Guía de Planeación, Suficiencia y Capacidad Instalada de Talento Humano, para la prestación de Servicios de salud código 04-02-GI-0002 y matriz de suficiencia de Talento humano del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso 25%
2. Capacitar y asignar usuario y contraseña de SECOP II, a los supervisores de contratos. Peso 25%
3. Emitir comunicado con lineamiento orientado al cumplimiento de las obligaciones contractuales. Peso 25%
4. Realizar seguimiento a la actualización de los cursos requeridos según la resolución 3100 del 2019, a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso: 25%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado corresponden (3):

1. Actualizar la Guía de Planeación, Suficiencia y Capacidad Instalada de Talento Humano, para la prestación de Servicios de salud código 04-02-GI-0002 y matriz de suficiencia de Talento humano del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy (100)
2. Capacitar y asignar usuario y contraseña de SECOP II, a los supervisores de contratos xx
3. Emitir comunicado con lineamiento orientado al cumplimiento de las obligaciones contractuales con identificación(60)

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 60% para la acción de mejoramiento con Identificación 3 ID de la actividad 41051 con fecha terminación planeada: 2025-03-25

Estado: se mantiene el estado, vencida

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Comunicado socializado

- Seguimiento OCI:

- El proceso reportó avance 60% Acción de Mejora 3 Estado: Vencida, en el seguimiento anterior.

Como soporte se revisó las observaciones y/o recomendaciones descritas previamente por la OCI así:

“No obstante, en la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, no se evidencia que el contenido de la comunicación emitida se enfoque directamente en los lineamientos para el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales, como fue formulado en la acción de mejora. El alcance del documento esta dirigido a obligaciones específicas de formación y reporte documental en plataformas institucionales, sin abordar aspectos contractuales amplios

como el cumplimiento de tiempos, entregables y/o productos, entre otros.

Recomendación: Se sugiere al proceso reformular o ampliar la acción, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento (código 17-00-IN-0001), las acciones deben permitir su verificación mediante entregables claros y objetivos, coherentes con lo formulado, de forma que sean efectivamente evaluables por parte de la Oficina de Control Interno.”

Para el actual seguimiento se observa que no fue acogida la recomendación planteada dado que no hay evidencias adicionales o modificaciones que sustenten la misma para revisar.

Como soporte de entregables cargados para el momento del presente seguimiento, se revisó las siguientes evidencias con nombre:

Se evidenció el documento con nombre SSO-2025-400-001771-3 1, al abrir el archivo en pdf se ubica nota interna Agilsalud con n° “ SSO-2025-400-001771-3 Bogotá, 25 de marzo de 2025” con Asunto: “Lineamientos para el cargue de Cursos Normativos Resolución 3100 del 2019 en el SECOP II y Entrenamiento Específico en Puesto de trabajo para pago de primera cuenta de cobro para:” PARA: “COLABORADORES (Subgerentes, Directores, Jefes de Oficina, Líderes de Sede, Supervisores de contrato, colaboradores vinculados por Orden de Prestación de Servicios y Personal de Planta)”

Sin evidencia del documento de Agilsalud socializado como lo establece el Soporte o Evidencias de Avance del plan de mejoramiento cargado en el ID, para la acción evaluada.

Al hacer la revisión del enlace <https://agilsalud.subredsuoccidente.gov.co/ManualUsuario/ManualUsuario> y revisar el manual Agilsalud (documento externo) en la ubicación manual usuario - manual trámites masivos(pg 14 y 15)registra:” Responder Masivo” “Permite gestionar desde la bandeja de documentos digitales pendientes de forma masiva por el método de combinación de correspondencia para generar por cada documento una respuesta independiente. Permite generar reporte de salida de los documentos que se envían físicos de forma masiva, función que pueden visualizar los usuarios responsables de imprimir los documentos en cada dependencia.”

Adicionalmente el mismo documento externo, reporta para efectos de evidenciar la gestión del documento electrónico pg. (119):” 4.9. Trazabilidad del Documento Electrónico. Permite conocer el histórico de la gestión realizada al documento electrónico por parte de los usuarios, mostrando datos como usuario, acción realizada fecha y hora. • De clic en el botón • El sistema muestra el historial del documento electrónico hasta el momento en que se convierte en un documento oficial. “

Sin evidencia de lo anterior para poder determinar que el entregable da cuenta del soporte o avance descrito como “comunicado socializado” de hacerse por esta vía(agilsalud), dada la creación del documento electrónico anexo.

Porcentaje para la acción de mejoramiento

En ese sentido, no se cumple aún con el producto esperado en su totalidad, por lo que esta Oficina de Control Interno se mantiene el valor asignado de 60% Acción de Mejora 3 de cumplimiento de la acción de mejora formulada.

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores



Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 60 %

Estado: **Critico (0% y 69%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:36 AM

Fecha de seguimiento: 23-24/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado al momento del presente seguimiento: 88,89% [88,89%]
- Total, OM\_ 86.6% Avance para el presente seguimiento:-(Abierta) por la OCI.Acceptable (70 al 89%)

Acciones de mejoramiento propuestas (4)

1. Actualizar la Guía de Planeación, Suficiencia y Capacidad Instalada de Talento Humano, para la prestación de Servicios de salud código 04-02-GI-0002 y matriz de suficiencia de Talento humano del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso 25%
2. Capacitar y asignar usuario y contraseña de SECOP II, a los supervisores de contratos. Peso 25%
3. Emitir comunicado con lineamiento orientado al cumplimiento de las obligaciones contractuales. Peso 25%
4. Realizar seguimiento a la actualización de los cursos requeridos según la resolución 3100 del 2019, a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso: 25%

- Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado corresponden (3):

1. Actualizar la Guía de Planeación, Suficiencia y Capacidad Instalada de Talento Humano, para la prestación de Servicios de salud código 04-02-GI-0002 y matriz de suficiencia de Talento humano del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy (100)
2. Capacitar y asignar usuario y contraseña de SECOP II, a los supervisores de contratos
3. Emitir comunicado con lineamiento orientado al cumplimiento de las obligaciones contractuales con identificación (60)

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con Identificación 1 ID de la actividad 41049 con fecha terminación planeada: 2025-04-25

Estado: Cumplida Extemporanea

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Documento actualizado y normalizado en Almera

- Seguimiento OCI:

Sin seguimiento por la OCI previo. Como soporte se revisó las siguientes evidencias:

- 04-02-GI-0002 Guía de planeación suficiencia y capacidad instalada de talento humano para.pdf 04-02-GI-0002 Guía de planeación suficiencia y capacidad instalada de talento humano para.pdf

Se evidenció fecha de cargue el 29 de abril del 2025, al revisar las propiedades del documento registra creado el 29/04/2025

URL verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=340300&ver=true>

Al hacer la revisión del documento aportado en pdf registra el nombre GUÍA DE PLANEACIÓN, SUFICIENCIA Y CAPACIDAD INSTALADA DE TALENTO HUMANO, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Versión: 16 Fecha de aprobación: 29/04/2025 Código: 04-02-GI-0002

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:42 AM

Fecha de seguimiento: 23-24/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado al momento del presente seguimiento: 88,89% [88,89%]
- Total, OM\_ 86.6% Avance para el presente seguimiento:-(Abierta) por la OCI.Aceptable (70 al 89%)

Acciones de mejoramiento propuestas (4)

1. Actualizar la Guía de Planeación, Suficiencia y Capacidad Instalada de Talento Humano, para la prestación de Servicios de salud código 04-02-GI-0002 y matriz de suficiencia de Talento humano del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso 25%
2. Capacitar y asignar usuario y contraseña de SECOP II, a los supervisores de contratos. Peso 25%
3. Emitir comunicado con lineamiento orientado al cumplimiento de las obligaciones contractuales. Peso 25%
4. Realizar seguimiento a la actualización de los cursos requeridos según la resolución 3100 del 2019, a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso: 25%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado corresponden (3):

1. Actualizar la Guía de Planeación, Suficiencia y Capacidad Instalada de Talento Humano, para la prestación de Servicios de salud código 04-02-GI-0002 y matriz de suficiencia de Talento humano del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy (100)
2. Capacitar y asignar usuario y contraseña de SECOP II, a los supervisores de contratos (100)
3. Emitir comunicado con lineamiento orientado al cumplimiento de las obligaciones contractuales con identificación(60)

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con Identificación 2 ID de la actividad 41050 con fecha terminación planeada: 2025-04-25

- Estado: Cumplida

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Soporte de asignación de clave y usuario de los supervisores y soporte de capacitación.

- Seguimiento OCI:

Sin seguimiento previo por la OCI. Como soporte se revisó las siguientes evidencias:

- Para Soporte de asignación de clave y usuario de los supervisores, se evidenció: Documento fuente con nombre Evidencia Asignación Usuarios SECOP total 10 pg con pantallazo de la acción.

Url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=336875&ver=true>

-Para soporte de capacitación se evidenció para el periodo de la acción de mejora: “Fecha de Inicio 25/02/2025 y Fecha de Terminación 25/04/2025 las actas suscritas con fechas y firmas así:

- “FECHA: 12 de marzo de 2025 OBJETIVO DE LA REUNION CAPACITACIÓN SUPERVISIÓN CONTRACTUAL. GENERALIDADES DE SECOP | |”

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=330032&ver=true>

- FECHA: 20 de marzo de 2025 OBJETIVO DE LA REUNION CAPACITACIÓN SUPERVISIÓN CONTRACTUAL. GENERALIDADES DE SECOP I

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=330034&ver=true>

- Al hacer la verificación del cruce de evidencias que concordaran con Asignación Usuarios SECOP y capacitación se evidenció que es conforme la muestra al azar verificada(V.E.J.P.) en a muestra seleccionada de los entregables con nombre: Acta Capacitación Supervisión y SECOP II 04042025 y Evidencia Asignación Usuarios SECOP

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=336872&ver=true&token=38e4cef1bdbbfcd3e140988a818dbe61d826e76e8a2a28402a0ed4c20454949>

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Recomendación: Se sugiere mantener de manera permanente actualizados los registros por el proceso, con el fin de mitigar los riesgos que originaron el hallazgo y se mantenga el estado de la acción evaluada.

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %

Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:45 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 64. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3737 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

12. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que no garantiza el análisis y gestión de los eventos adversos,

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que no garantiza el análisis y gestión de los eventos adversos,

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 3737      **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar mensualmente los análisis de los eventos adversos que se presenten en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-12-30	2025-02-25 2026-01-05	Diana Marcela Zamora Rojas, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 65. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3728 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la atención de Urgencias de manera oportuna y continúa poniendo en riesgo la seguridad del usuario.

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la atención de Urgencias de manera oportuna y continúa poniendo en riesgo la seguridad del usuario.

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3728 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar auditoría de paciente trazador en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy.:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-12-30	2025-02-25 2025-12-24	ELIZABETH PINILLA CAMACHO
2. Socializar los hallazgos al equipo asistencial y documentar el plan de mejora de la auditoria de paciente trazador.:	100,00% [100%]	2025-04-15 2025-12-30	2025-04-15 2025-12-24	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO, ELIZABETH PINILLA CAMACHO
3. Implementar el plan de mejora:	100,00% [100%]	2025-05-02 2025-11-15	2025-03-20 2026-01-05	Juan Manuel Mendieta Novoa
4. Unificar los documentos Instructivo de ronda asistencial multidisciplinaria con código 09-01-IN-0007I y Instructivo Rondas Gestión Hospitalaria con código 07-00-IN-0002:	100,00% [100%]	2025-03-01 2025-04-30	2025-03-01 2025-05-21	Diana Maritza Beltrán Bejarano, Meidy Fernanda Veloza Casas
5. Realizar cronograma de rondas administrativas y asistenciales en el Servicio de Urgencias:	100,00% [100%]	2025-03-28 2025-04-30	2025-03-28 2025-04-30	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO
6. Realizar ronda administrativa y asistencial en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-05-01 2025-12-30	2025-05-01 2025-12-27	DUARTE CELY RODOLFO

Seguimientos

cumplimiento parcial  
Fecha de seguimiento: 21/10/2025  
Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:  
• No se han registrado seguimientos por la Oficina de Control Interno.  
• Avance ponderado: 89,17% [82,53%]  
• Al hacer la revisión de las Acciones de mejoramiento propuestas (6) en particular para las acciones 2 y 3 determinar la efectividad y el impacto sobre la oportunidad de mejora en el documento en excel con nombre: PLAN MEJORA URGENCIAS KENNEDY SUBRED SUROCCIDENTE VR2 11032025” en el item ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO) registra “NO” para las acciones Implementar el plan de mejora. Realizar auditoría de paciente trazador en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, Socializar los hallazgos al equipo asistencial y documentar el plan de mejora de la auditoria de paciente trazador,  
• Para el presente seguimiento de las 6 acciones se evalúa solo dos acciones para la fecha de corte 30/09/2025  
  
Total, OM\_:16% -(Abierta-)

Porcentaje Acción de Mejora 4: 8%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Realizar auditoría de paciente trazador en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Fecha de Terminación Planeada: 2025-12-30 peso: 17% En ejecución.
2. Socializar los hallazgos al equipo asistencial y documentar el plan de mejora de la auditoria de paciente trazador. Fecha de Terminación Planeada: 2025-12-30 peso: 16.6% En ejecución
3. Implementar el plan de mejora Fecha de Terminación Planeada: 2025-11-15 peso 16.6% En ejecución
4. Unificar los documentos Instructivo de ronda asistencial multidisciplinaria con código 09-01-IN-0007I y Instructivo Rondas Gestión Hospitalaria con código 07-00-IN-0002 Fecha de Terminación Planeada: 2025-04-30 Peso: 16.6%.
5. Realizar cronograma de rondas administrativas y asistenciales en el Servicio de Urgencias Fecha de Terminación Planeada: 2025-04-30 Peso: 16.6%
6. Realizar ronda administrativa y asistencial en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Fecha de Terminación Planeada: 2025-12-30 Peso: 16.6% En ejecución.

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Se evidenció los siguientes entregables para la acción evaluada:

- 07-00-IN-0002 Instructivo ronda asistencial multidisciplinaria para urgencias y hospitalización V6.pdf
- 09-01-FO-0066 Formato Ronda Asistencial Multidisciplinaria para Urgencias y Hospitalización V1 1.xlsx: El documento no forma parte de la acción de mejora evaluada.
- Adobe Scan 07 mar 2025.pdf : Al hacer la revisión del contenido del documento sin evidencia en la misma del registro de la justificación técnica para el Formato Ronda Asistencial Multidisciplinaria para Urgencias y Hospitalización 09-01-FO-0066 y/o registro de la misma para la supresión u omisión del documento Instructivo de ronda asistencial multidisciplinaria con código 09-01-IN-0007I.

Soporte o evidencia del avance:

- Documento normalizado en Almera:

- 07-00-IN-0002 Instructivo ronda asistencial multidisciplinaria para urgencias y hospitalización V6.pdf: Se evidencia en el archivo con nombre: INSTRUCTIVO RONDA ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINARIA PARA URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN Código: 07-00-IN-0002 de fecha de aprobación: 21/05/2025, posterior a la Fecha de Terminación Planeada: 2025-04-30. Al verificar las propiedades del documento pdf se evidenció creado el 23/05/2025 9:56 am. (8% del peso)

Url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=350506&ver=true&token=37af3097ae277954910391ba119631d827f905ebe2ad2c4d2a59eb50d5adf773>

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar los entregables estos dan cuenta que la acción propuesta no se ha cumplido pues siguen permaneciendo los documentos sin unificar.

Estado: Vencida

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores.

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del (8) 48.19% para la acción de mejoramiento con identificación 4 ID de la actividad 41037

Estado: vencida

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores.

Adicionalmente, según el numeral 6.2 del Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno (código 17-00-IN-0001, versión 1), se establece que:

“Si en el proceso de seguimiento se identifica que la acción no es medible, clara, o presenta dificultades para su evaluación, la Oficina de Control Interno deberá solicitar la reformulación de la acción con enfoque a resultados, para que sea verificable y cuantificable a través de entregables definidos”.

Por lo anterior, esta Oficina recomienda evaluar la reformulación de la acción de mejora para definir con mayor claridad los productos esperados, asegurando su alineación con lo establecido en el instructivo vigente.

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora

Porcentaje: 48.19 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 08:10 AM

cumplimiento parcial

Fecha de seguimiento: 21/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- No se han registrado seguimientos por la Oficina de Control Interno.
- Avance ponderado: 89,17% [82,53%]
- Al hacer la revisión de las Acciones de mejoramiento propuestas (6) en particular para las acciones 2 y 3 determinar la efectividad y el impacto sobre la oportunidad de mejora en el documento en excel con nombre: PLAN MEJORA URGENCIAS KENNEDY SUBRED SUROCCIDENTE VR2 11032025” en el item ACCION DE MEJORA APROBADA (SI-NO) registra “NO” para las acciones Implementar el plan de mejora. Realizar auditoría de paciente trazador en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, Socializar los hallazgos al equipo asistencial y documentar el plan de mejora de la auditoria de paciente trazador,
- Para el presente seguimiento de las 6 acciones se evalúa solo dos acciones para la fecha de corte 30/09/2025

Total, OM\_:16% -(Abierta-)

Porcentaje Acción de Mejora con identificación 5 ID de la actividad 41038: ( 8 ) 48.19% (Critico 0% y 69%)

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Realizar auditoría de paciente trazador en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Fecha de Terminación Planeada: 2025-12-30 peso: 17% En ejecución.

2. Socializar los hallazgos al equipo asistencial y documentar el plan de mejora de la auditoria de paciente trazador. Fecha de Terminación Planeada: 2025-12-30 peso: 16.6% En ejecución

3. Implementar el plan de mejora Fecha de Terminación Planeada: 2025-11-15 peso 16.6% En ejecución

4. Unificar los documentos Instructivo de ronda asistencial multidisciplinaria con código 09-01-IN-0007I y Instructivo Rondas Gestión Hospitalaria con código 07-00-IN-0002 Fecha de Terminación Planeada: 2025-04-30 Peso: 16.6%.

5. Realizar cronograma de rondas administrativas y asistenciales en el Servicio de Urgencias Fecha de Terminación Planeada: 2025-04-30 Peso: 16.6%

6. Realizar ronda administrativa y asistencial en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Fecha de Terminación Planeada: 2025-12-30 Peso: 16.6% En ejecución.

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

Al verificar los entregables se evidencio para:

- Cronograma de Rondas administrativas y asistenciales

Se evidenció los siguientes entregables para la acción evaluada:

▫ Acta cronograma rondas en Urgencias 1.pdf: registra fecha , 30 de Marzo de 2025 tema: “Establecer cronograma de la ronda asistencial-administrativa de hospitalización y urgencias” al verificar el contenido registra:” ...Se define definiendo como días para esta actividad los lunes y jueves de cada semana en horario de la mañana...” (8% del peso)

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda revisar y mejorar la consistencia documental en los registros.

▫ Cronograma ronda asistencial administrativa.xlsx: Se evidencia un archivo en Excel con nombre al revisarlo es un formato CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES con código en almera código 02-03-FO-0051 de fecha 27/07/2023 sin registros.

Sin evidencia del Cronograma de Rondas administrativas y asistenciales acción con fecha de inicio 28/03/2025 y fecha de terminación: 30/04/2025 propuesto en el plan de mejoramiento (0%del peso)

.

Recomendación:

Se recomienda hacer la revisión de la causa de la acción no efectiva para el periodo de corte.

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Estado: Vencida

En ese sentido, no se cumple aún con el producto esperado en su totalidad, por lo que esta Oficina de Control Interno asigna un 8% de cumplimiento de la acción de mejora formulada



Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:  
Carmen Mireya Reyes Moreno  
Enfermera Auditora

Porcentaje: 48.19 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 08:12 AM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 66. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3724 / Plan de mejora urgencias de Bosa (2025-03-20) / Super

1. Garantizar la resolutividad en este servicio y disminuir los tiempos de espera para la atención en salud.

**Hallazgo:** Garantizar la resolutividad en este servicio y disminuir los tiempos de espera para la atención en salud.

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3724    Avance ponderado    36,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Capacitar en la actualización del Manual de clasificación inicial de Urgencias. Código: 09-01-MA-0001:	50,00% [50%]	2025-03-16 2025-04-30	2025-03-18	JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA, LUZ DARY CASTRO HERRÁN
2. Designar un médico para la atención de pacientes con clasificación de triage II por turno, en el Hospital Bosa:	22,00% [22%]	2025-03-20 2025-12-31	2025-03-20	JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA

Seguimientos

Fecha de seguimiento: 20/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Sin seguimiento previo de la OCI

Total, OM\_:83,2% -(Abierta-) Aceptable

Porcentaje Acción de Mejora con identificación 1 con ID de la actividad 41026 con peso del 50% para el seguimiento a la fecha fue de 41,6% que corresponde a 83.2% Aceptable.

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo actual de seguimiento:

1. 41,6 % Vencida
2. Avance 25% En ejecución

1. Capacitar en la actualización del Manual de clasificación inicial de Urgencias. Código: 09-01-MA-0001

Estado: vencida

Fecha de terminación planeada en almera : 30/04/2025

Soportes o Evidencias de Avance descrito en el plan de mejora:

- Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, resultado de apropiación.
- Adicionalmente incluir como soporte la presentación realizada y la lista de asistencia.

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Reporte de almera: Avance ponderado: 36,00% [36,00%]% para Acciones de mejoramiento propuestas (2).

Sin seguimientos previos por la Oficina de Control Interno.

De acuerdo a los avances reportados, esta Oficina, evidencia el documento entregable con nombre ACTA DE MANUAL DEL TRIAGE Versión 14 (1) al revisar el contenido conforme lo documenta el Excel con nombre PLAN MEJORA URGENCIAS BOSA SUBRED SUROCCIDENTE 17032025 V2. al verificar la fecha reporta: 03/2025 en la Url verificada:

<https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=361842&ver=true&token=c9e98c90f3ee64d2e5e54f17cdc43af3015fb41ec4773486f7bdcbf045c0d282>

Soportes o Evidencias de Avance verificadas:

- Word: Socialización del manual de triage. (27/08/2025)

<https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=d3f79f687a82a239f1c28d374cb990f8dd012d363538e639c671fe5fe613c3f9&archivoid=382854>

-Power point: Manual de clasificación inicial de urgencias V14(27/08/2025)

<https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=53ac41eb23595c182aeb931d2c36ea2a98c3f8143a413c07746b7a727dfe2d36&archivoid=382853>

- PDF: ACTA DE MANUAL DEL TRIAGE Versión 14 (1) (02-07-2025; doc creado12/06/2025)

<https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=361842&ver=true>

De acuerdo a los avances reportados, esta Oficina de Control Interno evidencia que el proceso reportó resultado de apropiación, presentación realizada y, la lista de asistencia. Se evidenció en las url revisadas que el cargue de las evidencias fue posterior a la Fecha de Terminación Planeada (2025-04-30)

Se adjuntaron (3) tres documentos que reflejan resultados de acciones planteadas como evidencia del avance (41.6%/50%) , se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento, sin embargo al revisar falta Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, tal cual se encuentra descrito en el plan de mejoramiento cargado en el ID en almera.

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental que den cuenta de las Soportes o Evidencias de Avance propuestas en el Plan de mejoramiento adjunto en el ID y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores.

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento: Carmen Mireya Reyes Moreno Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 83.2 %      Estado: **Aceptable (70% al 89%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 07:49 AM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 67. Gestión Clínica de Urgencias

★ ID: 3735 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

10. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que: no se garantiza una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoque diferencial,

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que: no se garantiza una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoque diferencial,

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3735    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Capacitar al equipos asistencial del Servicio de Urgencias en la Guía de buena práctica de Comunicación clínica código 02-02-GI-0007:	100,00% [100%]	2025-04-25 2025-12-30	2025-05-23 2025-07-08	Haydi Fernanda Mosquera Mena, YEIMY ROBAYO ACERO
2. Aplicar listas de chequeo verificando la adherencia a la Guía de buena práctica de Comunicación clínica código 02-02-GI-0007:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-12-30	2025-06-06 2025-12-29	Colin Dayana Garcia Rojas, Haydi Fernanda Mosquera Mena, YEIMY ROBAYO ACERO

Seguimientos

Acción de Mejora 1  
Porcentaje de cumplimiento:90%  
Estado: Abierta  
Fecha de terminación planeada: 31/12/2025

Seguimiento OCI: con corte 21 de octubre del 2025, se reporta avance con fecha del 10 de junio del 2025, sustentado en el Informe publicado en la plataforma Almera en formato 14-06-FO-0013 Plantilla de oficio V9.docx , igualmente se utilizó el formato 01-01-FO-0006 Informe de Gestión V2.doc como Seguimiento Plan de mejora 3735 Hospital Occidente de Kennedy, Dirección servicios de Urgencias Capacitación: Guía de Buena Practica - Comunicación clínica, con el objetivo de dar cumplimiento a oportunidad de mejora por medio de capacitación al personal de enfermería de los 4 turnos correspondientes al servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, aplicando metodología explicativa sobre la guía de buena práctica institucional; 02-02-GI-0007 Guía de Buena Practica Comunicación clínica aplicando Formulario de evaluación Pre test y Post test como instrumento para la medición de apropiación de los conceptos informados.

En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificó que el formato 01-01-FO-0006 Informe de Gestión V2.doc, lo cual generaría inconsistencia en el documento utilizado en la presentación del informe de Seguimiento Plan de mejora 3735 Hospital Occidente de Kennedy, Dirección servicios de Urgencias Capacitación: Guía de Buena Practica - Comunicación clínica.

Recomendación: Se solicita al proceso responsable ajustar el entregable cargado en la acción para que corresponda con el formato Plantilla de oficio registrado en ALMERA, asegurando coherencia documental.

Se asigna un porcentaje del 90% para la acción de mejoramiento.

Fecha de seguimiento: 30/09/2025.

-----

## Acción de Mejora 2

Porcentaje de cumplimiento:100%

Estado: Abierta

Fecha de terminación planeada: 31/12/2025

Seguimiento OCI: en la verificación realizada por la esta Oficina de Control Interno en el aplicativo Almera, Se evidencia publicación del informe de Buenas prácticas de Comunicación clínica y lista de chequeo aplicadas durante el periodo julio a septiembre para el servicio de urgencias alcanzando un porcentaje de 89.14%, lo que indica que de las acciones están siendo aplicadas adecuadamente en los servicios de Urgencias.

Por lo anterior, tras la verificación realizada en la herramienta Armera, se evidencia la informe medición de adherencias BP Comunicación clínica julio a septiembre Informe medición de adherencias BP Comunicación clínica julio- septiembre 1 1.pdf

En consecuencia, esta Oficina de Control Interno, da por cumplida la acción de mejora, según lo formulado en el Plan de Mejoramiento.  
Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento.

Fecha de seguimiento: 30/09/2025.

Auditor de Seguimiento: Monica Liliana Corrales Gómez

Fecha de seguimiento: 30/09/2025.

Porcentaje: 90 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

CORRALES GOMEZ MONICA LILIANA 2025-11-12 11:23 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 68. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3731 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

6. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los Servicios de salud.

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los Servicios de salud.

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3731 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el instructivo Rondas Administrativas código 14-00-IN-0001:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-03-25	2025-03-25 2025-03-25	Ivonne Slendy Garcia Peña
2. Realizar seguimiento a la gestión de las necesidades identificadas durante las rondas administrativas:	100,00% [100%]	2025-03-25 2025-12-30	2025-04-04 2026-01-05	Ivonne Slendy Garcia Peña

Seguimientos

Total OM: 90

90% Acción de Mejora 1  
Estado: Vencida

Seguimiento OCI: El proceso reportó como avance la actualización del Instructivo de Rondas Administrativas, con código 14-00-IN-0001.

En la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, se identificó que el documento adjunto como entregable corresponde a la versión 3 del instructivo (25/03/2025). Sin embargo, en la plataforma ALMERA se encuentra disponible una versión posterior (versión 4, con fecha del 04/04/2025), lo cual genera inconsistencia entre el avance reportado y la versión vigente del documento institucional.

Recomendación: Se solicita al proceso responsable ajustar el entregable cargado en la acción para que corresponda con la versión más reciente registrada en ALMERA, asegurando coherencia documental y verificación completa del cumplimiento.

Se asigna un porcentaje del 90% para la acción de mejoramiento.

Nathaly Cárdenas

Fecha de seguimiento: 31/03/2025

Porcentaje: 90 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-05-26 02:10 PM

Acción de Mejora 1

Porcentaje de cumplimiento:90%

Estado: Vencida

Fecha de terminación planeada: 25/03/2025

Seguimiento OCI: En la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, de las recomendaciones realizadas en fecha de seguimiento 31/03/2025, se evidencio que el proceso responsable no realizo actualización de la versión del formato 14-00-IN-0001, registrada en ALMERA, esta Ofician de Control Interno mantiene el porcentaje de avance previamente asignado en un 90%.

Por lo anterior, esta Oficina de Control Interno mantiene la observación.

Fecha de seguimiento: 30/09/2025.

Auditor de Seguimiento: Monica Liliana Corrales Gómez

Fecha de seguimiento: 30/09/2025.

Porcentaje: 90 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

CORRALES GOMEZ MONICA LILIANA 2025-11-12 10:15 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
--------	-------	---------	--

69. Gestión Clínica de Urgencias

★ ID: 3730 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

5. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la responsabilidad de la aplicación de los instructivos, protocolos, guías de práctica clínica y procedimientos en el Servicio de urgencias

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la responsabilidad de la aplicación de los instructivos, protocolos, guías de práctica clínica y procedimientos en el Servicio de urgencias

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3730 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el Instructivo reanimación adulto y código azul con código 09-01-IN-0008:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-03-25	2025-03-15 2025-03-15	Juan Manuel Mendieta Novoa
2. Capacitar la actualización del Instructivo reanimación adulto y código azul con código 09-01-IN-0008:	100,00% [100%]	2025-03-25 2025-12-30	2025-03-25 2025-12-29	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO, PENAGOS NOVOA CLAUDIA ADRIANA
3. Realizar medición de adherencia Instructivo reanimación adulto y código azul con código 09-01-IN-0008 en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-04-25 2025-10-25	2025-05-15 2025-10-03	DUARTE CELY RODOLFO

Seguimientos

Total OM:  
  
90% Acción de Mejora 1



Estado: Vencida

Seguimiento OCI: El proceso reportó como avance la actualización del Instructivo de Reanimación Adulto y Código Azul, identificado con código 09-01-IN-0008. Según lo informado, se realizaron ajustes en la definición del código azul, el protocolo de activación, los equipos de respuesta rápida y se incluyeron lineamientos para la reanimación en pacientes gestantes y ginecológicas.

No obstante, durante la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, se evidenció que el documento actualizado no ha sido cargado en los entregables correspondientes de la acción de mejora. Sin embargo, se constató que el instructivo se encuentra efectivamente actualizado en el aplicativo ALMERA bajo la versión 5, con fecha del 15 de marzo de 2025.

Recomendación: Se solicita al proceso responsable realizar el cargue formal del documento actualizado en los entregables de la acción, con el fin de garantizar trazabilidad documental y validar oficialmente el cumplimiento total de la acción.

Auditor de Seguimiento: Nathaly Cárdenas

Fecha de seguimiento: 31/03/2025

Porcentaje: 90 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-05-26 02:10 PM

Fecha de seguimiento: 22-23/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento previo de la OCI: Porcentaje: 90 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)
- Avance ponderado reportado en almera al momento del seguimiento: 64,82% [64,82%]

Total, OM\_Avance para el presente seguimiento: 33.3-(Abierta).

Porcentaje Acción de Mejora 33% corresponde al 100% para la acción objeto de seguimiento de fecha de corte 30 de septiembre del 2025 Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Actualizar el Instructivo reanimación adulta y código azul con código 09-01-IN-0008 % 90% Acción de Mejora 1 Estado: Vencida Peso 33.3%
  2. Capacitar la actualización del Instructivo reanimación adulta y código azul con código 09-01-IN-0008 Peso 33.3%, en ejecución.
  3. Realizar medición de adherencia Instructivo reanimación adulta y código azul con código 09-01-IN-0008 en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy. Peso 33.3%, en ejecución.
    - Porcentaje Acción de Mejora evaluada
- Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con Identificación 1 ID de la actividad 41042 con fecha terminación planeada: 2025-03-25

Estado:se mantiene el estado, vencida

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

- El proceso reportó avance del 90% Estado: Vencida, en el seguimiento anterior.

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra: Documento actualizado y normalizado en ALMERA.

Como soporte se revisó las observaciones y/o recomendaciones descritas previamente por la OCI así:

“No obstante, durante la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, se evidenció que el documento actualizado no ha sido cargado en los entregables correspondientes de la acción de mejora. Sin embargo, se constató que el instructivo se encuentra efectivamente actualizado en el aplicativo ALMERA bajo la versión 5, con fecha del 15 de marzo de 2025.

Recomendación: Se solicita al proceso responsable realizar el cargue formal del documento actualizado en los entregables de la acción, con el fin de garantizar trazabilidad documental y validar oficialmente el cumplimiento total de la acción.”

Como soporte de entregables cargados para el momento del presente seguimiento, se revisó las siguientes evidencias con nombre:

- 09-01-IN-0008 Instructivo reanimación adulta y código azul V5.pdf

Se identificó el documento con nombre Instructivo reanimación adulto y código azul de fecha 15/03/2025 como fecha de cargue en almera el 2 de abril del 2025; al revisar las propiedades del documento se identificó que fue creado el 18/03/2025 a las 4:04 pm

URL verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=332725&ver=true>

- ALMERA INSTRUCTIVO REANIMACIÓN ADULTO.PNG

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento, se identificó la fecha de cargue el 20/03/2025

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %

Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 08:50 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 70. Gestión Clínica de Urgencias

★ ID: 3732 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

7. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza historia clínica no garantiza el buen diligenciamiento de la historia clínica, incumpliendo con la característica relacionada a la Racionalidad científica y la utilización de siglas.

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza historia clínica no garantiza el buen diligenciamiento de la historia clínica, incumpliendo con la característica relacionada a la Racionalidad científica y la utilización de siglas.

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3732    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar la Guía metodológica de estrategia mentoring con código 04-01-GI-0002:	100,00% [100%]	2025-02-23 2025-03-23	2025-03-21 2025-03-21	Erika Barrero Ojeda
2. Reactivar la estrategia Mentoring en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-03-21 2025-07-10	DUARTE CELY RODOLFO, Erika Barrero Ojeda

Seguimientos

Total OM:90% Abierta-

90% Acción de Mejora 1

Estado: Vencida

Seguimiento OCI: El proceso reportó como avance la actualización de la Guía metodológica de la estrategia Mentoring, con código 04-01-GI-0002. Se indicó que se realizaron ajustes de forma y actualización normativa sin modificación de fondo, y se anexó como evidencia un pantallazo del documento actualizado en el aplicativo ALMERA.

Durante la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, se constató que el documento no fue cargado en los entregables específicos de la acción en el sistema de seguimiento. Sin embargo, se verificó que la guía se encuentra efectivamente actualizada en ALMERA, bajo la versión 1, con fecha del 13 de febrero de 2025, lo que permite confirmar el cumplimiento sustancial del producto esperado.

Recomendación: Se sugiere al proceso responsable adjuntar el documento actualizado directamente en los entregables de la acción de mejora dentro del módulo de seguimiento, a fin de cumplir con los criterios de trazabilidad, verificación documental y formalización del cumplimiento de la acción formulada.

Se asigna un porcentaje del 90% para la acción de mejoramiento.

Auditor de seguimiento: Nathaly Cárdenas

Fecha de seguimiento: 31/03/2025

Porcentaje: 90 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-05-26 02:11 PM

Fecha de seguimiento: 23/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento previo de la OCI: Porcentaje: 90% Estado: Vencida
- Avance ponderado reportado en almera al momento del seguimiento:
- Total, OM\_Avance para el presente seguimiento: 60- (Abierta). Critico de ( 0% a 69%)
- Porcentaje Acción de Mejora 50% corresponde al 100% de cumplimiento para la acción objeto de seguimiento de fecha de corte 30 de septiembre del 2025

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Actualizar la Guía metodológica de estrategia mentoring con código 04-01-GI-0002 peso 50%
2. Reactivar la estrategia Mentoring en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy peso 50%

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con Identificación 1 ID de la actividad 41047 con fecha terminación planeada: 2025-03-23

- Estado: se mantiene el estado, vencida

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

- El proceso reportó avance del 90% Estado: Vencida, en el seguimiento anterior.

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:

Documento actualizado y normalizado en Almera

Como soporte se revisó las observaciones y/o recomendaciones descritas previamente por la OCI así:

“Durante la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, se constató que el documento no fue cargado en los entregables específicos de la acción en el sistema de seguimiento. Sin embargo, se verificó que la guía se encuentra efectivamente actualizada en ALMERA, bajo la versión 1, con fecha del 13 de febrero de 2025, lo que permite confirmar el cumplimiento sustancial del producto esperado.

Recomendación: Se sugiere al proceso responsable adjuntar el documento actualizado directamente en los entregables de la acción de mejora dentro del módulo de seguimiento, a fin de cumplir con los criterios de trazabilidad, verificación documental y formalización del cumplimiento de la acción formulada.”

Como soporte de entregables cargados para el momento del presente seguimiento, se revisó las siguientes evidencias con nombre:

- 10-00-GI-0001 Guía metodológica de estrategia mentoring V1.pdf:

Al verificar las propiedades del documento reporta creado el 18/02/2025

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=348427&ver=true>

fecha de cargue en los entregables el 22/05/2025

Evidencia de actualización guía metodologica mentoring V.1 en Almera 13.02.2025.docx

Pantallazo que se ubica cargado el documento en almera Institucional

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 08:53 AM

Fecha de seguimiento: 23/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento previo de la OCI: Porcentaje:-- Estado: --
- Avance ponderado reportado en almera al momento del seguimiento:
- Total, OM\_Avance para el presente seguimiento:60%-(Abierta). Critico de( 0% a 69%)

Porcentaje Acción de Mejora 10% corresponde al 33% para la acción objeto de seguimiento de fecha de corte 30 de septiembre del 2025 con cumplimiento parcial de 1 en los tres entregables revisados.

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Actualizar la Guía metodológica de estrategia mentoring con código 04-01-GI-0002 peso 50%
2. Reactivar la estrategia Mentoring en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy peso 50% Inicio: 2025-04-01Terminación: 2025-04-30

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 10% para la acción de mejoramiento con Identificación 2 ID de la actividad 41048 con fecha terminación planeada: 2025-04-30

- Estado:,vencida

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

- Sin evaluaciones previas por la OCI.

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:

Actas de acompañamiento de mentoring, en el Hospital Occidente de Kennedy con análisis de cobertura y resultados de la estrategia, documentar si hubo mejora en los registros clínicos.

Como soporte de entregables cargados para el momento del presente seguimiento, se revisó las siguientes evidencias con nombre:

1. ACTA ACOMPAÑAMIENTO MENTORIG SERVICIO DE URGENCIAS - CALIDAD REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS 24.06.2025 .pdf (0)

Se identifica que la evidencia presentada no corresponde al producto formulado en el plan de mejoramiento: la evidencia cargada no da cuenta de la acción de mejora propuesta

se observa en los registros:

- del acta con fecha: 31 marzo 2025, corresponde al periodo de la acción de mejora propuesta objeto de evaluación

- Se identificó que corresponden a profesionales de Hospital Occidente de Kennedy

- El acta registra como objetivo "Objetivo" Acompañamiento mentoring a los profesionales de medicina en calidad del registro de historia clínica"corresponde únicamente a resultados de la estrategia. Sin análisis de cobertura y falta la evidencia de la documentación si hubo mejora en los registros clínicos

2. Acta de seguimiento acompañamientos mentoring de urgencias 2025 2 24.06.2025.pdf (0)

Se identifica que la evidencia presentada no corresponde al producto formulado en el plan de mejoramiento: la evidencia cargada no da cuenta de la acción de mejora propuesta

- FECHA: 11 de junio 2025 no corresponde al periodo de la acción de mejora propuesta objeto de evaluación

- El acta registra como objetivo Acompañamiento mentoring a los profesionales de medicina en calidad del registro de historia clínica corresponde únicamente a resultados de la estrategia Sin análisis de cobertura y falta la evidencia de la documentación si hubo mejora en los registros clínicos.

- Se identificó que corresponden a profesionales de Hospital Occidente de Kennedy

3. REPORTE ACOMPAÑAMIENTO MENTORING MEDICOS URGENCIAS KENNEDY 2025.xlsx(10% del peso para la actividad )

Al verificar el documento con nombre : REPORTE ACOMPAÑAMIENTO MENTORING MEDICOS URGENCIAS KENNEDY 2025 se evidencia base de profesionales en la hoja 2 con nombre URGENCIAS KENNEDY ; son bases de datos, al verificar el registro se evidencia en la columna ocho (8) registros que corresponden al periodo objeto de la acción de mejoramiento evaluada. Sin evidencia del análisis de cobertura y resultados de la estrategia y documentar si hubo mejora en los registros clínicos.

Porcentaje para la acción de mejoramiento

En ese sentido, no se cumple aún con el producto esperado en su totalidad, por lo que esta Oficina de Control Interno asigna un 10%(20)/50% del peso como cumplimiento de la acción de mejora formulada.

Recomendación La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores.

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno  
Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 33 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 09:04 AM

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 71. Gestión Clínica de Urgencias

★ ID: 3729 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

4. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la prestación de los Servicios de salud con oportunidad y continuidad en el Servicio de urgencias, toda vez que no cuenta con una planeación efectiva para la prestación del Servicio cuando aumente la demanda, que permita mejorar los tiempos de respuesta a los usuarios

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, no garantiza la prestación de los Servicios de salud con oportunidad y continuidad en el Servicio de urgencias, toda vez que no cuenta con una planeación efectiva para la prestación del Servicio cuando aumente la demanda, que permita mejorar los tiempos de respuesta a los usuarios

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo**    3729      **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el Plan de contingencia para aumento de demanda en Servicios de Urgencias con código 09-03-PL-0002:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-03-15	2025-03-15 2025-03-15	Cindy Mallerly Vargas Pinilla, Juan Manuel Mendieta Novoa

2. Capacitar en el plan de contingencia a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-04-01 2025-04-30	2025-04-01 2025-10-02	Diana Maritza Beltrán Bejarano, DUARTE CELY RODOLFO
--	----------------	--------------------------	--------------------------	--

Seguimientos

Total OM: 90% Abierta

90% Acción de Mejora 1  
Estado: Vencida

Seguimiento OCI: El proceso reportó la actualización del Plan de Contingencia para Aumento de Demanda en Servicios de Urgencias, con código 09-03-PL-0002. Según lo informado, el documento fue ajustado en aspectos como: definición de sobreocupación en salud, estructura organizacional por sedes, estrategias específicas del plan y expansión de la capacidad instalada de los servicios.

En la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, se constató que el documento no se encuentra cargado en los entregables de la acción dentro del sistema de seguimiento. No obstante, se evidenció que el documento sí fue actualizado en ALMERA, bajo el código correspondiente, con la versión 9 del 15 de marzo de 2025.

Recomendación: Se sugiere al proceso responsable adjuntar el documento actualizado directamente en los entregables de la acción de mejora dentro del módulo de seguimiento, a fin de cumplir con los criterios de trazabilidad, verificación documental y formalización del cumplimiento de la acción formulada.

Se asigna un porcentaje del 90% para la acción de mejoramiento.

Auditor de Seguimiento: Nathaly Cárdenas

Fecha de seguimiento: 31/03/2025

Porcentaje: 90 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-05-26 02:09 PM

Fecha de seguimiento: 22/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento previo de la OCI: Porcentaje: 90 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%) de fecha: 2025-05-26 02:09 PM
- Avance ponderado reportado en almera al momento del seguimiento: 100,00% [100,00%]



Total, OM\_:100 -(Cumplida) Satisfactorio

Porcentaje Acción de Mejora 100%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

- Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. 100%

2. 100%

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con Identificación: 1 ID de la actividad: 41040, con fecha de terminación planeada: 2025-03-15:"

1. Actualizar el Plan de contingencia para aumento de demanda en Servicios de Urgencias con código 09-03-PL-0002"

- Estado: Se mantiene el estado vencida

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

El proceso reportó avance del 90% Estado: Vencida, en el seguimiento anterior.

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:

- Documento actualizado y normalizado en ALMERA con fecha de terminación: 15/03/2025

Como soporte se revisó las siguientes evidencias para el presente seguimiento la recomendación:

- "Se sugiere al proceso responsable adjuntar el documento actualizado directamente en los entregables de la acción de mejora dentro del módulo de seguimiento, a fin de cumplir con los criterios de trazabilidad, verificación documental y formalización del cumplimiento de la acción formulada"

Dentro de los entregables se observó en la url <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=332723&ver=true> el documento requerido al abrir el documento es coherente con la versión y fecha revisada previamente por la OCI(Versión: 9 Fecha de aprobación: 15/03/2025 Código: 09-03-PL-0002).Sin embargo al revisar las propiedades del documento este registra "Creado: 18/03/25, 3:45:23 p. m."

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Nombre y apellidos del Auditor que realizó el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 08:23 AM

Fecha de seguimiento: 22/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento previo de la OCI: Porcentaje: 90 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%) de fecha: 2025-05-26 02:09 PM

- Avance ponderado reportado en almera al momento del seguimiento: 100,00% [100,00%]

Total, OM\_:100 -(Cumplida) Satisfactorio

Porcentaje Acción de Mejora 100%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. 100%

2. 100%

Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 100% para la acción de mejoramiento con Identificación: 2 ID de la actividad: 41041 con Fecha de Terminación Planeada: 2025-04-30:

“2. Capacitar en el plan de contingencia a los colaboradores del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy”

Estado: CUMPLIDA PENDIENTE EFECTIVIDAD

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Sin seguimiento previo por la OCI para la acción propuesta.

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:

- Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, resultado de apropiación.

Al verificar los entregables se identificó el documento con nombre:

PLAN DE CONTINGENCIA FINAL 1.pdf

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=362785&ver=true&token=14589460c752903a0d8e8db55b0bffdcc200440de81c951f6cb684cf08b9d41>

Al verificar el documento en la pg. 5 incluye en el ANALISIS DE RESULTADO: consolidado de apropiación por perfil y por turno.

- Adicionalmente incluir como soporte la presentación realizada y la lista de asistencia.

Al verificar los entregables se identificó los siguientes con nombre:

1. Acta socialización documentos de urgencias III.pdf “FECHA: 21 al 25 de abril de 2025”” Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) \_\_Hospital Occidente de Kennedy”

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=341796&ver=true&token=aa744fd4ebac16d2e3d27c19adf53769525ce5d31ab951d535221ac749b5fd81>

Al revisar el contenido en la hoja 2 incluye el documento objeto de la acción de mejora en seguimiento al describir: “capacitación de documentos proceso de urgencias”, sin embargo los resultados de la evaluación no es exclusiva como lo establece el soporte o avance en el plan de mejora cargado en el ID de almera.

2. Acta socialización documentos urgencias I.pdf “Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) \_Hospital Occidente de Kennedy\_\_\_\_\_”

“FECHA: 3 de abril de 2025”

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=336601&ver=true&token=eba1923482acb28f613db2d2973a71d9db4a51024464e140b5a5d3cad797dde6>

Al verificar el documento registra en tema en el ítem 4” 4. Plan de contingencia para el servicio de urgencias”

Al verificar se identifica en compromisos dos actas que hacen referencia a: Identificar personal que no asistió a la socialización de los documentos de urgencias y Citar personal que no asistió a la capacitación para completar el 100% de personal capacitado.

Recomendaciones:

Si bien la acción no se encuentra redactada en terminos de cobertura, es importante hacer el respectivo seguimiento al compromiso de las actas asociadas en los entregables para esta acción de mejora.

Se recomienda evidenciar la trazabilidad sobre la implementación de la accion de mejora en terminos de efectividad definida como el grado en que los servicios , intervenciones o acciones se prestan de acuerdo con las mejores prácticas actuales a fin de cumplir con las metas y lograr resultados optimos, talcual lo describe el documento 17-00-IN-0001 Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la oficina de control interno V1 Fecha 2024-10-04.

3. PRESENTACIÓN DOCUMENTOS URGENCIAS.pdf

url verificada: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=336600&ver=true&token=b11b55fa6cc1b34153caaf8f1e995445e228085b4692e57fcd3609f2768d792b>

Se evidencia presentación al revisar la diapositiva n°28 incluye el tema objeto de seguimiento.

4. Registro postest saocialización de documentos.xlsx con marca temporal para abril 2025, incluye puntuación, perfil y turno.

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento,

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:  
Carmen Mireya Reyes Moreno  
Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 08:44 AM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 72. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3726 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

1. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, i) No reporta novedades frente a la capacidad instalada versus lo verificado en campo, ii) Reporta una capacidad instalada que no coincide con la oferta de prestación de Servicios en el REPS

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Sede Hospital Occidente de Kennedy, i) No reporta novedades frente a la capacidad instalada versus lo verificado en campo, ii) Reporta una capacidad instalada que no coincide con la oferta de prestación de Servicios en el REPS

**Proceso:** Gestión Clínica de Urgencias

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3726    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Notificar novedades del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy según el Procedimiento Novedades de Habilitación código 02-05-PR-0001 ,presentadas en el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-12-30	2025-04-02 2025-12-31	DUARTE CELY RODOLFO
2. Realizar novedad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS):	100,00% [100%]	2025-02-25 2025-12-30	2025-02-28 2026-01-08	Dolores Bolaños Posso, Yohanna Esperanza Carvajal Silva

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 73. Gestión Clínica de Urgencias

✓ ID: 3738 / Plan de mejora urgencias de Kennedy (2025-03-20) / Super

13. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que no gestiona el riesgo de ocurrencia de la prevención, reducción y frecuencia de la de caídas; incumpliendo lo establecido en los numerales 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.7 del numeral 4 del numeral 11.1.5. estándar de procesos prioritarios del numeral 11.1 estándares y criterios aplicables a todos los Servicios “del numeral 11 estándares y criterios de habilitación del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de Servicios de salud adoptado por la Resolución 3000 del 2019

**Hallazgo:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Sede Hospital Occidente de Kennedy, no implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias, toda vez que no gestiona el riesgo de ocurrencia de la prevención, reducción y frecuencia de la de caídas; incumpliendo lo establecido en los numerales 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.7 del numeral 4 del numeral 11.1.5. estándar de procesos prioritarios del numeral 11.1 estándares y criterios aplicables a todos los

Servicios “del numeral 11 estándares y criterios de habilitación del Manual de inscripción de prestadores y habilitación de Servicios de salud adoptado por la Resolución 3000 del 2019

Proceso: Gestión Clínica de Urgencias

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3738 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar capacitación al personal de enfermería y medicina del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy en la Guía de buena práctica Prevención y reducción en la frecuencia de caídas cód. 02-02-GI-0004:	100,00% [100%]	2025-04-25 2025-06-25	2025-04-11 2025-07-08	Haydi Fernanda Mosquera Mena, YEIMY ROBAYO ACERO
2. Aplicar listas de chequeo de evaluación de adherencia a la Guía de buena práctica Prevención y reducción en la frecuencia de caídas cód. 02-02-GI-0004 para el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy:	100,00% [100%]	2025-07-01 2025-12-30	2025-04-13 2025-12-29	Colin Dayana Garcia Rojas, Haydi Fernanda Mosquera Mena, YEIMY ROBAYO ACERO

Seguimientos

Fecha de seguimiento: 25/10/2025

Nivel de avance o cumplimiento de la Oportunidad de mejora:

- Avance ponderado: Avance ponderado: 90,00% [90,00%]
- No se han registrado seguimientos por la OCI

Total, OM\_90:% -(Abierta-) satisfactorio

Porcentaje Acción de Mejora 1: 90%

Nivel de cumplimiento de cada acción de mejora:

Porcentaje de cada acción de mejora para el periodo evaluado:

1. Realizar capacitación al personal de enfermería y medicina del Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy en la Guía de buena práctica Prevención y reducción en la frecuencia de caídas cód. 02-02-GI-0004 Peso 50%

2. Aplicar listas de chequeo de evaluación de adherencia a la Guía de buena práctica Prevención y reducción en la frecuencia de caídas cód. 02-02-GI-0004 para el Servicio de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy Peso 50% en ejecución

- Porcentaje Acción de Mejora evaluada

Se asigna un porcentaje del 90% para la acción de mejoramiento con identificación 1 ID 41062 de la actividad con Fecha de Terminación Planeada 2025-06-25

- Estado: Cumplida pendiente efectividad

Conclusiones o resultados del seguimiento de la acción de mejora que integra la Oportunidad de mejora:

- Seguimiento OCI:

Al verificar el soporte o avance descrito en el Plan de mejora registra:

Para el actual seguimiento se verifica únicamente:

- Informe con análisis de la capacitación que incluya: cobertura por turno, resultado de apropiación.

Se evidencia el documento con nombre "Informe final capacitacion bp caídas" al verificar en almera registra cargue el 10 de junio del 2025 y al verificar las propiedades del documento registra creado sin registro, modificado el 9 de junio del 2025.

Al revisar el contenido se evidencia:" Informe Seguimiento Plan de mejora 3738 Hospital Occidente de Kennedy, Dirección servicios de Urgencias Capacitación: Guía de Buena Practica - Prevención y reducción en la frecuencia de caídas" registra cobertura por turno con resultado de apropiación en el taller realizado:" el proceso registra dos variables a tener en cuenta:"

▫ Estos resultados reflejan una apropiada comprensión del tema y la capacidad del equipo para aplicar correctamente los protocolos institucionales orientados a la prevención de sucesos de seguridad relacionados con caídas.

▫ porcentaje de cobertura (77,6%) la cual indica menor cantidad de colaboradores capacitados frente a la capacidad instalada del servicio pese a la programación de la capacitación y las novedades propias del servicio (ausencia por vacaciones, incapacidad, cambio de turno etc.)" (45)

Recomendación: Es importante mejorar la cobertura con las estrategias a los colaboradores que participan de la atención directa en salud a la población objeto.

De otra parte, es procedente reforzar la documentación en la estructura del componente de apropiación con resultados de la implementación de las estrategias objeto de la actividad objeto de seguimiento.

- Adicionalmente incluir como soporte la presentación realizada y la lista de asistencia.

El informe registra una desviación, asociada con la presentación: "taller teórico practico con el personal capacitado en el cual se utilizaron dos casos clínicos con dos preguntas, enfocadas en la identificación del riesgo de caídas en pacientes en el servicio de urgencias. La primera pregunta consistía en clasificar el nivel de riesgo de caída del paciente, y la segunda pregunta requería describir las barreras de seguridad a implementar para prevenir dicho riesgo" e incluye la aplicación de papeles de trabajo y registro fotográfico de la misma, con la cobertura reportada.

Para listas de asistencia se evidencia imagen en ocho (8) páginas del informe. (45)

Se identifica que las evidencias presentadas corresponden al producto formulado en el plan de mejoramiento.

Recomendación:

La Oficina de Control Interno recomienda mejorar la consistencia documental y asegurar el cumplimiento del cargue de los entregables formulados en las acciones propuestas con oportunidad con la participación documentada de los actores

Nombre y apellidos del Auditor que realizo el seguimiento:

Carmen Mireya Reyes Moreno

Enfermera Auditora OCI

Porcentaje: 90 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Carmen Mireya Reyes Moreno 2025-11-11 10:00 AM

[Ver historial](#)

## Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 74. Gestión Clínica Hospitalaria

★ ID: 3644 / AUDITORIA AL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE A LA IPS GENERADORA (2025-01-01) / SDS

3. Implementar el lineamiento técnico para la Red de Donación y Trasplantes Relacionado con el coronavirus SARS-CoV-2, responsable de ocasionar la enfermedad infecciosa por Coronavirus (COVID-19) en Versión 4

**Hallazgo:** Codificar en Almera el lineamiento técnico para la Red de Donación y trasplantes relacionado con el coronavirus SARS-CoV-2 responsable de ocasionar le enfermedad infecciosa por Coronavirus ( COVID-19) en versión 4

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.

- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Ley 1805 de 2016 - decreto 780/2016; resolución 2003/2014, decreto 2493 de 2004; resolución 2460 de 2005 , resolución 2279 de 2008 y acuerdo 419 de 2009, acuerdo 140/2005, acuerdo 369/2009 , acuerdo 363 de 2009; acuerdo 530 de 2013; circular 069 de 2012, circular 0038 de 2006

Origen de la Oportunidad de mejora: Interno

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3644 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Adoptar el lineamiento técnico para la Red de Donación y trasplantes relacionado con el coronavirus SARS-CoV-2 , responsable de ocasionar le enfermedad infecciosa por Coronavirus ( COVID-19) en versión 4:	100,00% [100%]	2025-01-15 2025-01-31	2024-12-30 2024-12-30	Erika Barrero Ojeda, Juan Alberto Fajardo Cortés
2. Socializar el lineamiento técnico para la Red de Donación y trasplantes relacionado con el coronavirus SARS-CoV-2 , responsable de ocasionar le enfermedad infecciosa por Coronavirus ( COVID-19) en versión 4:	100,00% [100%]	2025-02-01 2025-02-28	2025-02-27 2025-02-27	Juan Alberto Fajardo Cortés



**3. Analizar los resultados del pre test y pos test de la socialización realizada del lineamiento técnico para la Red de Donación y trasplantes relacionado con el coronavirus SARS-CoV-2 ,y tomar acciones de mejora en caso de no apropiación:**

100,00% [100%]

2025-03-03  
2025-03-072025-02-27  
2025-02-27Juan Alberto Fajardo  
Cortés

### Seguimientos

Se cierra la PM teniendo en cuenta que se cumplió con el 100% de las acciones definidas y no fue reiterada durante la ejecución ion de la misma

Porcentaje: 100 % Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

Sandra Patricia Giraldo Cosma 2025-02-28 04:44 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
1	1	1	Bajo (1)

## ☐ 75. Participación comunitaria y servicio al ciudadano

★ ID: 3710 / EVALUACIÓN CALIDAD Y SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD DE LAS RESPUESTAS (2025-02-11) / SGE

1. Se registra la respuesta en el sistema extemporáneamente. Peticiones vencidas en el sistema

**Hallazgo:** Fortalecer la oportunidad de las respuestas en el aplicativo bogota te escucha

**Proceso:** Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 48, La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna

y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.

**Riesgo asociado:** 1. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento.

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de cumplimiento de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos que involucren al proceso Sub Red Sur Occidente ESE  
cantidad de comentarios resueltos dentro de los terminos de ley / total de comentarios recibidos

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3710    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables	
1. Realizar actualización de 03-01-FO-0026 Matriz de requerimientos:	100,00% [100%]	2025-02-01 2025-02-28	2025-02-12 2025-05-20	BEATRIZ MARTINEZ LANDAZABAL	SOFIA
2. Actualizar IN-0021 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos:	100,00% [100%]	2025-02-01 2025-02-28	2025-02-27 2025-05-20	BEATRIZ MARTINEZ LANDAZABAL	SOFIA
3. Realizar socialización a los colaboradores del proceso frente a la actualización de Formato actualizado de 03-01-FO-0026 Matriz de requerimientos 03-01- IN-0021 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos:	100,00% [100%]	2025-02-01 2025-03-31	2025-03-07 2025-03-31	BEATRIZ MARTINEZ LANDAZABAL	SOFIA
4. Medir el indicador : cantidad de comentarios resueltos dentro de los terminos de ley / total de comentarios recibidos de manera mensual de Enero, Febrero, marzo, abril y Mayo:	100,00% [99%]	2025-02-20 2025-06-30	2025-04-29 2025-06-28	BEATRIZ MARTINEZ LANDAZABAL	SOFIA
5. Sociallizar en junta Directiva, comité Directivo, a lideres de centros de atención el informe de gestión:	100,00% [98%]	2025-02-20 2025-06-30	2025-04-24 2025-06-30	BEATRIZ MARTINEZ LANDAZABAL	SOFIA

Seguimientos

Total OM:

0% Acción de Mejora 1  
Estado: Vencida

Seguimiento OCI: El hallazgo identificado por la Secretaría General en el informe de auditoría Evaluación Calidad y Seguimiento a la Oportunidad de las Respuestas hace referencia a respuestas extemporáneas en el sistema, señalando específicamente peticiones vencidas.

En el avance reportado el 20 de marzo de 2025, el proceso adjunta como evidencia un correo con fecha 3 de marzo de 2025, en el que se menciona la actualización del instructivo 03-01-IN-0021, no de la matriz definida como producto en el plan de mejoramiento.

Adicionalmente, en la revisión realizada por esta Oficina de Control Interno, se identificó en la sección de entregables de Almera el archivo “03-01-FO-0026 Matriz de requerimientos V4 (2)” con fecha de actualización de Almera el 5/02/2025, es decir, antes de la fecha en la que se reporta la actualización del instructivo (03-01-IN-0021) mediante correo del 4/03/2025. Esta diferencia temporal evidencia una inconsistencia entre la acción reportada, el producto formulado y la evidencia cargada, lo que impide validar la trazabilidad y el cumplimiento efectivo de la acción.

**Recomendación:**

Se recomienda al proceso responsable verificar y ajustar el cumplimiento de la acción según lo formulado, cargando la matriz actualizada como evidencia clara, pertinente y coherente con las fechas reportadas, de forma que sea verificable y atribuible a la acción de mejora relacionada con el hallazgo.

En consecuencia, no se asigna porcentaje de avance a la acción de mejoramiento formulada.

-----  
0% Acción de Mejora 2

Estado: Vencida

Seguimiento OCI: En el avance reportado el 20 de marzo de 2025, el proceso adjuntó como evidencia el archivo “SOPORTE Actualización Matriz de Requerimientos.pdf”, que corresponde a una cadena de correos entre la líder de PQRS y el referente de control documental. Sin embargo, tras el análisis del contenido del documento se observó que:

- No se confirma en ningún momento la actualización del instructivo IN-0021, que es el producto formulado en el plan de mejora.
- Por el contrario, en el correo fechado el 5 de febrero de 2025, el referente de control documental expresamente aclara que el instructivo no está en la estructura actualizada ni contiene la actualización del TRD en la elaboración y revisión.
- Se enumeran los documentos que sí fueron actualizados, y el IN-0021 no figura entre ellos.

A su vez, no se encuentra cargado dicho instructivo como evidencia en la sección de entregables del aplicativo Almera, lo que impide verificar su actualización.

**Recomendación:**

Por lo anterior, se recomienda al proceso responsable verificar y ajustar el cumplimiento de la acción según lo formulado, cargando la matriz actualizada como evidencia clara, pertinente y coherente con las fechas reportadas, de forma que sea verificable y atribuible a la acción de mejora relacionada con el hallazgo.

En consecuencia, no se asigna porcentaje de avance a la acción de mejoramiento formulada.

-----  
75% Acción de Mejora 3

Estado: Vencida

Seguimiento OCI: En la verificación realizada por esta Oficina de Control Interno, se identificó el documento ACTA EQUIPO 07 03 2024.pdf, en el cual se documenta que se llevó a cabo una reunión el 7 de marzo de 2025 con el equipo PQRS. En dicha reunión se socializó específicamente:

- La actualización del formato 03-01-FO-0026 correspondiente a la Matriz de requerimientos V4
- La actualización del instructivo 03-01-IN-0021 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos V3.pdf

Esto permite confirmar que sí se realizó la socialización de ambos documentos, como estaba previsto en el plan de mejora.

No obstante, la actualización del instructivo aún no ha sido evidenciada en la plataforma Almera, ni se encuentra anexa a la acción como soporte en los entregables. Esta inconsistencia no permite que se lleve a acabo el cumplimiento total de la acción, debido a que uno de los documentos socializados no está aún formalmente validado como actualizado.

En consecuencia, se asigna un 75% como avance a la acción de mejoramiento formulada.

Auditor de Seguimiento: Nathaly Cárdenas

Fecha de seguimiento: 31/03/2025

Porcentaje: 75 %      Estado: **Acceptable (70% al 89%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-05-26 02:06 PM

Accion :01

Estado: cumplida .

Fecha de vencimiento:

Seguimiento OCI: Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

- . Actualización de matriz de requerimientos v4 identificada con el código 03-01-FO-0026.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:15 AM

Accion :02

Estado: cumplida .

Fecha de vencimiento: 28-02-2025

Seguimiento OCI: Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:  
-. instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos identificado con código 03-01-IN-0021 de fecha 3-03-2025.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:16 AM

Accion :03

Estado: cumplida .

Fecha de vencimiento: 31-03-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

Acta de equipo de fecha 3-07-2025, es de anotar que no coincide el consecutivo de terminación de la página del acta con el inicio de la lista de asistencia.

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:27 AM

Acción :04

Estado: cumplida extraordinaria.

Fecha de vencimiento:30-06-2025

Seguimiento OCI:

Al verificar los entregables estos dan cuenta de la acción propuesta., de acuerdo a los soportes cargados a la oportunidad de mejora master de requerimientos de enero a mayo de 2025, comportamiento del indicador PQRS enero a mayo de 2025

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:36 AM

Accion :05  
Estado: cumplida  
Fecha de vencimiento:30-06-2025

Seguimiento OCI:

Se evidencia dentro del entregable que da razón a la acción de mejoramiento propuesta como es:

- . Acta de junta Directiva de fecha 24 de abril de 2025 numeral 3.5 9. Acta No. 9 del 24 de <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=358614&ver=true> abril de 2025.pdf
- . Presentación junta Directiva PQRS [sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=361330&ver=true](https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?archivoid=361330&ver=true)

Por lo anterior en el seguimiento efectuado con corte al 30 de septiembre de 2025, se dio por cumplida la acción con un 100%

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

william Forero Jimenez 2025-11-12 09:38 AM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	3	5	Media (75)

☐ 76. Gestión Clínica Hospitalaria

★ ID: 3642 / AUDITORIA AL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE A LA IPS GENERADORA (2025-01-01) / SDS

1. En el programa de auditoria interno debe contemplar ampliarse a los diferentes aspectos relacionados el proceso de donación.

**Hallazgo:** Incluir en el plan de auditoria para el mejoramiento continuo institucional la auditoria anual al programa de IPS GENERADORA E IPS TRASPLANTADORA referenciando el programa Nacional de auditoria (PNA)de la Red de Donación

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.

• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Ley 1805 de 2016 - decreto 780/2016; resolución 2003/2014, decreto 2493 de 2004; resolución 2460 de 2005 , resolución 2279 de 2008 y acuerdo 419 de 2009, acuerdo 140/2005, acuerdo 369/2009 , acuerdo 363 de 2009; acuerdo 530 de 2013; circular 069 de 2012, circular 0038 de 2006

Origen de la Oportunidad de mejora: Interno

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Porcentaje de cumplimiento PAMEC

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3642 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Incluir en el cronograma PAMEC la auditoria interna al programa de IPS GENERADORA Y TRASPLANTADORA en el primer bimestre del año:	100,00% [100%]	2025-01-01 2025-01-31	2025-01-13 2025-02-17	Adriana Moreno Bohórquez
2. Revisar las listas de chequeo institucional vs lo documentado en el programa Nacional de auditoria (PNA) de la Red de Donación en lo referente a IPS Generadora y trasplantadora.:	100,00% [100%]	2025-01-15 2025-01-31	2024-12-18 2025-02-03	DIANA DEL PILAR HERNANDEZ JIMENEZ, Gloria Inés Carrillo Cifuentes
3. Realizar auditoria interna al programa de IPS Generadora e IPS trasplantadora para la vigencia 2025:	100,00% [100%]	2025-01-08 2025-01-31	2024-12-10 2025-03-28	DIANA DEL PILAR HERNANDEZ JIMENEZ, Gloria Inés Carrillo Cifuentes
4. Socializar los resultados de la Auditoria en el comité de donación y colaboradores objeto de los hallazgos para implementar posibles mejoras.:	100,00% [100%]	2025-02-01 2025-02-28	2025-02-11 2025-02-27	Juan Alberto Fajardo Cortés

Seguimientos

Se cierra la OM 3642 teniendo en cuenta que se cumple con la ejecución de las Acciones de mejoramiento propuestas con un 100%

1. Incluir en el cronograma PAMEC la auditoria interna al programa de IPS GENERADORA Y TRASPLANTADORA en el primer bimestre del año.

2. Revisar las listas de chequeo institucional vs lo documentado en el programa Nacional de auditoria (PNA) de la Red de Donación en lo referente a IPS Generadora y trasplantadora.



- 3. Realizar auditoria interna al programa de IPS Generadora e IPS trasplantadora para la vigencia 2025.
- 4. Socializar los resultados de la Auditoria en el comité de donación y colaboradores objeto de los hallazgos para implementar posibles mejoras.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Sandra Patricia Giraldo Cosma 2025-03-28 03:22 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	1	1	1	Bajo (1)

☐ 77. Gestión de contratación

★ ID: 3686 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

19. Cambios significativos en el Mercado que posibilitan la revisión en los precios inicialmente pactados y que generan la solicitud de estudios de mercado por parte de la Supervisión, para evitar la paralización del contrato y un posible desequilibrio de la ecuación contractual

**Hallazgo:** 3.4.2.2 Actualizar Matriz de Riesgo de Contratación incluyendo el riesgo de los eventos que impactan los valores de insumos o servicios que afectan la tarifa pactada o estandarizada en el mercado, con la posibilidad de llevar a un presunto desequilibrio de la ecuación contractual.

2. Actualizar Guía para la elaboración de estudio de mercado estableciendo las condiciones para la inclusión de medicamentos, material médico quirúrgico e insumos en general, en los contratos suscritos por la Subred.

Proceso: Gestión de Contratación

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: 1. Actualización matriz de riesgo contractual

2. Actualización Guía para la elaboración de estudio

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3686    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar Matriz de Riesgo de Contratación incluyendo el riesgo de los eventos que impactan los valores de insumos o servicios que afectan la tarifa pactada o estandarizada en el mercado,	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-03-17 2025-06-23	GILMA    LUCILA DUARTE AMADO

con la posibilidad de llevar a un presunto desequilibrio de la ecuación contractual:				
2. Actualizar Guía para la elaboración de estudio de mercado estableciendo las condiciones para la inclusión de medicamentos, material médico quirúrgico e insumos en general, en los contratos suscritos por la Subred.:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-03-17 2025-06-27	GILMA LUCILA DUARTE AMADO

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado la ejecución de las acciones. Estas acciones tienen fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de las acciones se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:21 PM

Total OM: 90%  
Acción de Mejora 1- 80%  
Estado: Ejecución  
Fecha de inicio: 18/12/2024  
Fecha de terminación planeada: 30/06/2025

Seguimiento OCI:

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, con corte al 21 de junio de 2025, se verificó que el proceso responsable reportó como avance la actualización de la “Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación”, publicada en la herramienta Almera bajo el código 18-00-FO-0001. En dicha matriz se incorporó el riesgo relacionado con la variación de valores de insumos o servicios que puedan impactar las tarifas pactadas, respondiendo así al objetivo establecido en la acción formulada.

La verificación documental permitió constatar que el documento fue formalizado en la plataforma institucional, cumpliendo con el componente documental requerido. No obstante, se evidenció que la matriz no estaba articulada con la matriz general de gestión del riesgo institucional, lo cual limitaba su integración dentro del enfoque sistémico de control interno y gestión del riesgo.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que, si bien el proceso actualizó nuevamente la matriz bajo el mismo código (18-00-FO-0001), persiste la falta de articulación con el sistema institucional de gestión del riesgo, lo cual impide evaluar la acción como

completamente cumplida.

En consecuencia, y dado que no se evidencian avances adicionales que subsanen el aspecto crítico identificado, se mantiene el porcentaje de cumplimiento en un 80%. Se recomienda priorizar la coordinación entre la Dirección de Contratación y la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, para garantizar la inclusión efectiva de esta matriz en el esquema integral de gestión del riesgo institucional.

Total OM: 90%  
Acción de Mejora 2- 100%  
Estado: Ejecución  
Fecha de inicio: 18/12/2024  
Fecha de terminación planeada: 30/06/2025

Seguimiento OCI:

El responsable reporta como avance la actualización de la “Guía para la elaboración de estudio de mercado” (código 18-01-GI-0002), en la cual se incorporan lineamientos específicos para la inclusión de medicamentos, material médico quirúrgico e insumos en general, dentro de los contratos que celebre la Subred.

Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno se constató que el documento actualizado se encuentra formalmente publicado en Almera, cumpliendo con el indicador definido. Adicionalmente, se aportó evidencia de socialización al Subproceso Precontractual mediante correo electrónico, lo cual respalda su difusión interna.

Con esto, se confirma la actualización y normalización del instrumento técnico, así como el cumplimiento del producto comprometido en la acción.

La acción ha sido ejecutada conforme a lo establecido: la guía fue actualizada, publicada y socializada con el equipo responsable de su aplicación operativa, asegurando su alineación con los procesos contractuales de la entidad.

Por lo anterior, se asigna un cumplimiento del 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:21 PM

En el seguimiento realizado el 21/06/2025 se observó que el proceso responsable reportó como avance la actualización de la “Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación”, publicada en la herramienta Almera bajo el código 18-00-FO-0001. En dicha matriz se incorporó el riesgo relacionado con la variación de valores de insumos o servicios que puedan impactar las tarifas pactadas, respondiendo así al objetivo establecido en la acción formulada.

La verificación documental permitió constatar que el documento fue formalizado en la plataforma institucional, cumpliendo con el componente documental requerido. No obstante, en esa oportunidad se observó que la matriz no estaba articulada con la matriz general de gestión del riesgo institucional, lo cual limitaba

su integración dentro del enfoque sistémico de control interno y gestión del riesgo.

En la segunda verificación realizada el 16/07/2025 se evidenció que el proceso actualizó nuevamente la matriz bajo el mismo código (18-00-FO-0001). Con ello, se da cumplimiento al indicador establecido en la acción de mejora, dado que el riesgo fue formalmente incorporado en el instrumento correspondiente.

En consecuencia, se asigna un cumplimiento del 100%, toda vez que la acción se encuentra cumplida en los términos del indicador definido.

No obstante, se recomienda fortalecer la articulación de esta matriz con la matriz institucional de gestión del riesgo, bajo la coordinación de la Dirección de Contratación y la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, de manera que se asegure la integración plena al sistema institucional de gestión del riesgo y se garantice la efectividad del seguimiento

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 04:03 PM

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 78. Gestión Financiera

★ ID: 3676 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

10. Se observan registros de modificaciones presupuestales de ingresos sin soportes que den cuenta de su autorización. Soportes como son resolución de la Gerencia de la Subred, Acuerdo de la Junta Directiva de la Entidad, aprobación de la Secretaría Distrital de Salud, aprobación de la Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Presupuesto, aprobación Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal – CONFIS.

Hallazgo: 3.3.1.1 Verificar periódicamente que los reportes de modificaciones presupuestales que se registran mensualmente en el aplicativo BogData con la ejecución de ingresos, coincidan con los actos administrados correspondientes

Proceso: Gestión Financiera

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Modificaciones presupuestales de ingreso

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3676 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Verificar periódicamente que los reportes de modificaciones presupuestales que se registran mensualmente en el aplicativo BogData con la ejecución de ingresos, coincidan con los actos administrados correspondientes:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-01-31 2025-06-13	Ana Lucia Quintero Mojica, Esperanza Zambrano Ruiz

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:11 PM

El responsable reporta como avance la verificación mensual de las modificaciones presupuestales registradas en el aplicativo BogData, cotejando dicha información con los actos administrativos que respaldan cada ajuste.

Con corte a enero de 2025, se informó que no se realizaron modificaciones presupuestales. A partir de febrero, se reporta la ejecución mensual del presupuesto, con los respectivos informes. Para el corte al 31 de mayo de 2025, se evidencian adiciones presupuestales por valor de \$55.861.825.602, debidamente soportadas con actos administrativos y reflejadas correctamente en el sistema BogData de la Secretaría de Hacienda.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:53 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 79. Participación comunitaria y servicio al ciudadano

★ ID: 3685 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

18. Falencias en el seguimiento y control a la gestión administrativa, orientada a dar respuesta de fondo, forma y congruencia a las PQRS, de acuerdo a lo establecido por la Ley, ya que se evidenció que los mecanismos y actividades implementados por la entidad no fueron efectivos

Hallazgo: 3.4.1.5 Capacitación, evaluación y medición de conocimiento, a Responsables de emitir la respuestas en: Protocolo de investigación y respuestas a PQRS código 03-01-PT-0002 y procedimiento Recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos código 03-01-PR-0001

Proceso: Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Adherencia al Procedimiento y protocolo a respuesta de PQRS

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3685 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Capacitación, evaluación y medición de conocimiento, a Responsables de emitir la respuestas en: Protocolo de investigación y respuestas a PQRS código 03-01-PT-0002 y procedimiento Recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos código 03-01-PR-0001:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-01-31 2025-06-30	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:20 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno con corte al 21 de junio de 2025, el proceso responsable reportó como avance la ejecución de una jornada de capacitación efectuada el 12 de junio de 2025, dirigida a los responsables de emitir respuestas a PQRS. La actividad fue liderada por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y desarrollada mediante la plataforma Teams. Durante la sesión, se socializaron el Protocolo 03-01-PT-0002 y el Procedimiento 03-01-PR-0001.

Según el acta de reunión, como parte del desarrollo de la jornada se aplicaron instrumentos de medición del conocimiento (pretest y postest), cuyos resultados fueron:

Pretest: 84,76%

Postest: 98%

En ese momento, si bien los resultados reflejaban una mejora significativa en la apropiación de los conceptos impartidos superando el umbral del 90% definido en el indicador “Porcentaje de adherencia al procedimiento” no se contaba con evidencia suficiente (como bases de datos, gráficas o respaldos de los instrumentos) que permitiera validar plenamente la evaluación y medición.

Sin embargo, en la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció la carga de los soportes correspondientes a la medición de adherencia, entre ellos el análisis documental en formato Word y un archivo en Excel que contiene los resultados de la medición pretest y postest con participación de 21 asistentes. Estos documentos permiten comprobar con suficiencia la aplicación y resultados de los instrumentos, y respaldan el cumplimiento de las tres acciones comprometidas: capacitación, evaluación y medición.

En consecuencia, se asigna un cumplimiento del 100%, en la medida en que se ha dado cumplimiento integral a lo formulado en la acción de mejora, con evidencias verificables y consistentes.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:18 PM

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 80. Gestión de Servicios Complementarios

★ ID: 3669 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

4. La toma física de inventarios, en el registro de las bodegas que conforman el subgrupo de almacén, se encontraron medicamentos vencidos con fechas del 2016 a 2022 inclusive; registrados en la Unidad de Abastos el subproceso designo un espacio para productos vencidos denominado Bodega 027 Cuarentena, la cual fue creada en la vigencia 2018

**Hallazgo:** 3.2.1.3 Realizar la baja de medicamentos (control especial, monopolio del estado y de tenencia obligatoria), acorde con lo establecido en el procedimiento 14-03-PR-0009

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Realizar la baja de medicamentos (control especial, monopolio del estado y de tenencia obligatoria), acorde con lo establecido en el procedimiento 14-03-PR-0009

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3669 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar la baja de medicamentos (control especial, monopolio del estado y de tenencia obligatoria), acorde con lo establecido en el procedimiento 14-03-PR-0009:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-06 2025-09-23	Adriana Marcela Toquica Espitia, Diego Camilo Sierra Ramírez, Luz Dary Teran Mercado, Tatiana Eugenia Marín Salazar - Dirección Administrativa

Seguimientos



A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV "REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes."

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:03 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el proceso responsable elaboró y ajustó el proyecto de resolución para la baja de medicamentos, el cual fue remitido a la Oficina Jurídica el 6 de febrero de 2025. Posteriormente, el 25 de febrero se envió la versión reformulada al área de Almacén y se coordinó reunión con Jurídica para su validación.

Como resultado de esta gestión, se expidió la Resolución No. 394 del 21 de mayo de 2025, mediante la cual se oficializa la baja de medicamentos clasificados como de control especial, monopolio del Estado y de tenencia obligatoria. La resolución fue socializada en el Comité de Inventarios del 6 de junio de 2025, y como parte del proceso de implementación, se solicitó a las áreas financiera y contable la activación de los conceptos requeridos en el sistema de información institucional para proceder con su ejecución.

No obstante, en la verificación documental efectuada por esta Oficina, no se encontraron los soportes exigidos por el procedimiento 14-03-PR-0009, específicamente los que permiten verificar la ejecución física de la baja. Entre estos, se destacan:

El acta de transporte y disposición final emitida por el tercero autorizado por el Fondo Nacional de Estupefacientes.

El acta código 05-80107-29, que debe contener el listado detallado de medicamentos dados de baja, sus características, motivo de destrucción, firmas responsables, y demás datos exigidos como lote, fecha de vencimiento, número de registro INVIMA, entre otros.

La ausencia de esta documentación impide confirmar que la acción ha sido implementada conforme a los lineamientos técnicos establecidos, por lo cual se asigna un porcentaje de cumplimiento del 70%.

Se recomienda completar la acción con la adjunción de los soportes técnicos que evidencien la ejecución física de la baja, tal como lo exige el procedimiento institucional vigente.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 13 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.

En consecuencia, se mantiene el cumplimiento reportado del 70%, dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos adicionales en la

ejecución de la acción. Esta situación podría reflejar una posible falta de gestión o seguimiento por parte del proceso responsable, lo cual afectaría la efectividad final de la acción si no se implementan medidas correctivas antes de la fecha de cierre establecida.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 70 % Estado: **Aceptable (70% al 89%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:30 PM

El proceso responsable actualizó seguimiento el 23/09/2025, mediante el cual aportó por fuera del término de reporte límite establecido en la Nota Interna SSO-2025-240-005311-3 las certificaciones de disposición final emitidas por el gestor ambiental Ecología y Entorno S.A.S. E.S.P., mediante las cuales se acreditó la destrucción, desnaturalización e incineración de los medicamentos dados de baja en la Resolución 0394 del 21/05/2025.

Entre la documentación revisada se destacan:

- Manifiesto de cadena de custodia (699-000006096) que relaciona los residuos entregados, incluyendo medicamentos vencidos y citotóxicos
- Certificado de tratamiento MA2060-000000056644, expedido el 27/08/2025 que confirma la gestión integral de 3.835,43 kg de residuos, dentro de los cuales se incluyen medicamentos vencidos, citotóxicos y envases de medicamentos, indicando el tipo de tratamiento (incineración, destrucción mecánica o desactivación química) y su disposición final.

Las evidencias aportadas acreditan entonces la ejecución física de la baja de medicamentos mediante la disposición final realizada por un gestor autorizado por el Fondo Nacional de Estupefacientes y con licencia ambiental vigente.

En este sentido, se evidencia cumplimiento frente a la acción e indicador formulado, en la medida en que se evidencia trazabilidad del proceso y la correspondencia entre los medicamentos dados de baja.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 % Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 03:53 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 81. Gestión de contratación

★ ID: 3687 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

20. Fallas en la Supervisión del Contrato 9204-2022

- Hallazgo:** 3.4.2.3 Actualizar el manual de Supervisión e interventoría indicando claramente las reglas sobre cuando se requiere un cambio de supervisión.
2. Actualizar el Procedimiento Contratación de bienes y Servicios - código: 18-02-PR-0002, incluyendo un punto de control que garantice que quien suscribe los cumplimientos del control sea el supervisor designado.
3. Realizar capacitación sobre manual de Supervisión y sobre el Procedimiento Contratación de bienes y Servicios.

Proceso: Gestión de Contratación

- Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** 1. Manual de supervisión actualizado
2. Procedimiento actualizado
3. Capacitación de supervisión

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3687 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el manual de Supervisión e interventoría indicando claramente las reglas sobre cuando se requiere un cambio de supervisión.:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-03-17 2025-06-26	GILMA LUCILA DUARTE AMADO
2. Actualizar el Procedimiento Contratación de bienes y Servicios - código: 18-02-PR-0002, incluyendo un punto de control que garantice que quien suscribe los cumplimientos del control sea el supervisor designado:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-05-19 2025-05-19	Gabriel Ricardo Camacho Arcila
3. Realizar capacitación sobre manual de Supervisión y sobre el Procedimiento Contratación de bienes y Servicios:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-06-27 2025-09-19	GILMA LUCILA DUARTE AMADO

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado la ejecución de las acciones. Estas acciones tienen fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de las acciones se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

**Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado**

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:22 PM

Total OM: 80%  
Acción de Mejora 1-100%  
Estado: Cumplida  
Fecha de inicio:2024-12-18  
Fecha de terminación planeada: 2025-06-30

Seguimiento OCI:

Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se constató que la Gerencia de la Subred expidió la Resolución No. 449 del 13 de junio de 2025, “Por medio de la cual se deroga la Resolución 681 de 2023 y sus modificaciones y se adopta el Manual de Supervisión e Interventoría de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”.

Dentro del contenido de esta nueva versión del manual, específicamente en el numeral 8.1 SELECCIÓN Y DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA, se establece expresamente el procedimiento a seguir en caso de requerirse un cambio en la designación de la supervisión. En dicho apartado se indica que: “En el evento de requerir cambio en la designación de supervisión, no será necesaria la modificación al contrato, por lo que solo bastará con la remisión de la nueva designación”.

Este lineamiento cumple con el criterio planteado en la acción de mejora, al establecer con claridad las reglas aplicables al proceso de sustitución de supervisores, fortaleciendo la trazabilidad administrativa y el marco de actuación legal.

El nuevo Manual fue publicado formalmente en el sistema Almera bajo el código 18-RES-449-2025 y se encuentra disponible también en la página web institucional de la Subred, garantizando su divulgación interna y externa.

De esta manera se evidencia cumplimiento total de la acción formulada, en tanto se adoptó un nuevo Manual mediante acto administrativo, se incluyó el componente normativo requerido y se documentó su disponibilidad institucional a través de los canales oficiales.

Se asigna un porcentaje de cumplimiento del 100%.

**Acción de Mejora 2-100%**

Estado: Cumplida

Fecha de inicio: 2024/12/18

Fecha de terminación planeada: 2025/06/30

**Seguimiento OCI:**

Como parte del seguimiento a esta acción de mejora, la Oficina de Control Interno verificó la actualización del Procedimiento de Contratación de Bienes y Servicios, bajo el código 18-02-PR-0002, el cual fue cargado y publicado en el aplicativo institucional Almera.

Durante la revisión del documento actualizado, se evidenció que el procedimiento contempla un punto de control específico orientado a garantizar que los reportes y registros derivados del seguimiento contractual sean suscritos por el supervisor designado, cumpliendo con el criterio definido en la acción formulada. Esta disposición fortalece el control interno sobre la trazabilidad y responsabilidad en el seguimiento de los contratos, alineándose con las recomendaciones de los entes de control.

Se considera que la acción ha sido implementada de manera satisfactoria, ya que el procedimiento fue actualizado formalmente, incorpora el punto de control exigido y está disponible para consulta y aplicación institucional.

Se asigna un cumplimiento del 100%.

**Acción de Mejora 3-40%**

Estado: Ejecución

Fecha de inicio: 2024/12/18

Fecha de terminación planeada: 2025/06/30

**Seguimiento OCI:**

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el proceso responsable reportó como avance la realización de una capacitación virtual previamente programada, centrada en la actualización del Manual de Supervisión, el Procedimiento de Contratación de Bienes y Servicios y la Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación, conforme a la presentación anexa.

Estas actividades evidencian una gestión orientada al fortalecimiento de la función contractual y supervisora dentro de la Entidad. No obstante, el indicador formulado para esta acción define como población objetivo a:

Todos los directivos de la Subred (21 en total), y

Todos los servidores designados como supervisores.

En la verificación documental efectuada por esta Oficina, no se identificaron listados que permitan establecer el universo total de servidores capacitados ni la trazabilidad de los asistentes frente a las metas definidas. Así mismo, no se evidencia que la totalidad de los directivos haya sido convocada o capacitada, lo cual representa una brecha significativa frente al cumplimiento de la acción formulada.

La acción presenta avances iniciales relevantes y estructurados, reflejados en el desarrollo de sesiones temáticas y su respectiva documentación; sin embargo, el alcance actual no permite acreditar el cumplimiento del indicador ni validar una cobertura institucional amplia o representativa.

Por lo anterior, se asigna un cumplimiento del 40%.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 27 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 80 % Estado: **Aceptable (70% al 89%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:25 PM

#### Evidencias verificadas el 26/09/2025

- Actas de capacitación (11/09/2025 - sesiones mañana y tarde) que documentan el desarrollo temático sobre el Manual de Supervisión e Interventoría, funciones del supervisor, riesgos financieros, prohibiciones, responsabilidades y buenas prácticas
- Base de supervisores 2025 y relación de colaboradores capacitados, que permiten establecer trazabilidad de la población objetivo frente al indicador.
- Informe de capacitación consolidado, que presenta resultados de apropiación, asistencia y participación en las sesiones de 2025.

A partir de la documentación aportada se evidenció la realización de capacitaciones virtuales y presenciales con amplia cobertura y se generó trazabilidad entre el universo de supervisores y directivos y los asistentes, permitiendo validar el cumplimiento del indicador así como de un instrumento de evaluación para asegurar la apropiación de los conocimientos.

De esta manera, en concepto de esta Oficina de Control Interno la acción supera las limitaciones señaladas en el seguimiento anterior, pues ahora existe respaldo documental verificable sobre asistentes, contenidos y evaluación.

Así entonces se concluye que la acción fue ejecutada y cuenta con evidencia verificable de cumplimiento del indicador.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 04:03 PM

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 82. Gestión del Ambiente Físico

★ ID: 3679 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

13. En la entidad no se adelantaron oportunamente las actividades administrativas y financieras correspondientes, encaminadas al pago oportuno de la sanción impuesta mediante Resolución número 56651 de 16/09/2020, por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio.

**Hallazgo:** 3.3.2.3 Incluir en el instructivo de recepción de obras nuevas el punto de control a través del cual se garantice el cumplimiento normativo para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos

**Proceso:** Gestión Administrativa

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Radicar solicitud de devolución de pagos por concepto de lo no debido de manera oportuna, ante la DIAN departamento de grandes contribuyentes

Sistema    Fuente externa: [Seguimientos y evaluaciones](#)    Tipo    3679    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables		
1. Incluir en el instructivo de recepción de obras nuevas el punto de control a través del cual se garantice el cumplimiento normativo para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-03-28 2025-05-15	Tatiana Salazar Administrativa	Eugenia -	Marín Dirección

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:14 PM

El responsable reporta como avance la normalización del instructivo para la recepción de obras nuevas, en cuya estructura se incluyó el punto de control orientado a garantizar el cumplimiento normativo y evitar sanciones por pagos extemporáneos.

En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se encontró publicado en Almera el instructivo 14-01-IN-0002, versión 1, aprobado el 04 de abril de 2025. Adicionalmente, el 27 de mayo de 2025, se realizó una mesa de trabajo y socialización del instructivo con los profesionales designados por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y la Dirección Administrativa.

La documentación revisada evidencia que el instructivo fue estructurado, formalizado y socializado a las áreas responsables, cumpliendo con lo establecido en la acción formulada.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:57 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
--------	-------	---------	--



☐ 83. Participación comunitaria y servicio al ciudadano

★ ID: 3667 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

2. Diferencias en la cantidad presentada en el derecho de petición de interés particular y el derecho de petición de información respecto a la base de datos aportada por la Subred Sur Occidente E.S.E

**Hallazgo:** 3.1.2.1 Actualizar el procedimiento Recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos, código 03-01-PR-0001 incluyendo un punto de control relacionado con la verificación de la consistencia de la información que se emite desde la Subred; socializar la actualización y medir el conocimiento al procedimiento.

**Proceso:** Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de adherencia al procedimiento Recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3667 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el procedimiento Recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos, código 03-01-PR-0001 incluyendo un punto de control relacionado con la verificación de la consistencia de la información que se emite desde la Subred; socializar la actualización y medir el conocimiento al procedimiento:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2024-12-12 2025-06-30	ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:01 PM

Durante el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno el 21 de junio de 2025, se verificó la actualización del procedimiento 03-01-PR-0001, con versión fechada el 29 de abril de 2025, así como el correo de validación y aprobación remitido como evidencia. Sin embargo, en esa verificación inicial no se identificaron soportes que acreditaran la socialización del procedimiento actualizado con los responsables de su implementación, ni se encontró evidencia sobre la medición del conocimiento o adherencia al mismo por parte del personal involucrado. Por esta razón, se asignó en ese momento un porcentaje de avance del 60%.

En la segunda verificación, realizada el 16 de julio de 2025, el proceso responsable aportó evidencias complementarias que dan cuenta del cumplimiento integral de la acción. Se adjuntó el acta del 12 de junio de 2025, correspondiente a la jornada virtual de socialización del procedimiento, dirigida a líderes y responsables de emitir respuestas a PQRS. En dicha sesión se explicó la actualización del procedimiento y del protocolo correspondiente, detallando las actividades requeridas para una adecuada gestión y respuesta a las solicitudes ciudadanas.

Así mismo, se evidenció la realización de una medición de conocimiento a través de pretest y postest aplicado a los asistentes. El pretest reflejó un nivel de conocimiento inicial del 84,76%, demostrando un adecuado nivel de apropiación del procedimiento por parte del personal implicado.

Con base en lo anterior, la Oficina de Control Interno concluye que la acción fue cumplida de acuerdo a lo formulado en el plan de mejoramiento, toda vez que se dio cumplimiento a los tres componentes establecidos: actualización del procedimiento, socialización institucional y medición del conocimiento.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:28 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 84. Gestión del Riesgo en Salud

★ ID: 3666 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

1. Ausencia de lineamientos institucionales para la elaboración del documento de balance social

**Hallazgo:** 3.1.2.1 Elaborar e implementar una guía institucional que oriente la elaboración del documento de Balance Social teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos de las circulares expedidas por la Contraloría de Bogotá.

**Proceso:** Gestión del Riesgo en Salud

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia a la guía de Elaboración Documento Balance Social

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 3666      **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Elaborar e implementar una guía institucional que oriente la elaboración del documento de Balance Social teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos de las circulares expedidas por la Contraloría de Bogotá.:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-01 2025-07-08	Mónica María Peña Osorio, MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

---

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 01:25 PM

Como parte del seguimiento realizado, el proceso responsable reportó el 26 de mayo de 2025 un avance relacionado con la reformulación del documento previamente elaborado como guía para la elaboración del Balance Social, ajustándolo a la estructura establecida para guías institucionales en el sistema Almera. No obstante, en la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el documento cargado correspondía a un borrador sin diligenciar en su totalidad, con campos vacíos en aspectos clave como código del documento, fecha de aprobación, responsables, registros y control de cambios. Tampoco se encontró evidencia de aprobación formal ni de validación por parte de la Oficina de Calidad, ni se aportaron pruebas de su publicación en Almera o su

implementación con los equipos responsables, por lo que se asignó en ese momento un porcentaje de avance del 40%.

Posteriormente, en el segundo seguimiento realizado el 7 de julio de 2025, el proceso responsable cargó en el sistema Almera el documento codificado y validado titulado “Guía para la elaboración del Balance Social”, junto con el acta de visita administrativa de la Contraloría realizada con fines de seguimiento al Balance Social del año 2024, que servirá de referencia para la elaboración del documento correspondiente a la vigencia 2025. Así mismo, el 8 de julio de 2025, se anexó el acta de socialización de la guía con evidencia del desarrollo de un pretest y un postest, mediante los cuales se evaluó la apropiación del contenido y aplicación de la guía por parte del equipo responsable. Esta evidencia permite verificar que la guía fue formalizada, validada, socializada y puesta en conocimiento institucional, cumpliendo los criterios definidos en la acción formulada.

En la verificación final realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable reportó la totalidad de los entregables previstos, incluyendo documento final codificado, acta de validación, publicación en Almera y registro de socialización. En consecuencia, se asigna un cumplimiento del 100%, al haberse cumplido de manera efectiva los productos e hitos establecidos.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:23 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 85. Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo

★ ID: 3681 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

15. Ausencia de puntos de control y seguimiento en la fase de ejecución de las Auditorías del PAMEC y de las visitas de autoevaluación de estándares de habilitación

**Hallazgo:** 3.4.1.2 Incluir un punto de control en el Procedimiento de auditoria del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) para garantizar que la totalidad de los informes programados queden publicados en Almera.

Incluir un punto de control en el Procedimiento gestión de estándares de habilitación en la actividad 3, con el objetivo de garantizar que la totalidad de los informes programados más los servicios autoevaluados queden publicados en Almera.

Proceso: Gestión de Calidad

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: 1. Porcentaje de auditorías PAMEC publicadas  
2. Porcentaje de informes de autoevaluación SUH

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3681 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Incluir un punto de control en el Procedimiento de auditoria del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) para garantizar que la totalidad de los informes programados queden publicados en Almera.:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2024-12-18 2025-03-13	Adriana Moreno Bohórquez, Vilma Esperanza Camacho kurmen
2. Incluir un punto de control en el Procedimiento gestión de estándares de habilitación en la actividad 3, con el objetivo de garantizar que la totalidad de los informes programados más los servicios autoevaluados queden publicados en Almera:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-03-13 2025-03-31	Dolores Bolaños Posso

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado la ejecución de las acciones. Estas acciones tienen fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de las acciones se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:17 PM

Total OM: 100%

Acción de Mejora 1-100%

Estado: Ejecución

Fecha de inicio: 18/12/2024

Fecha de terminación planeada: 30/06/2025

#### Seguimiento OCI:

Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificó la actualización de los procedimientos institucionales relacionados con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y la Gestión de Estándares de Habilitación, los cuales se encuentran registrados en la herramienta Almera, así:

Procedimiento de Auditoría del PAMEC - Código 02-06-PR-0001, actualizado a la versión 5 con fecha 13 de marzo de 2025.

Procedimiento de Gestión de Estándares de Habilitación - Código 02-05-PR-0002, actualizado a la versión 4 con fecha 13 de marzo de 2025.

Estas actualizaciones constituyen un avance importante para el cumplimiento de la acción de mejora formulada. Sin embargo, en la evidencia aportada no se adjuntaron formalmente los documentos actualizados como soporte, lo cual podría impedir validar plenamente el cumplimiento de los criterios establecidos en el plan de mejoramiento institucional.

Se asigna un cumplimiento del 100%; sin embargo, se recomienda complementar la evidencia documental aportada incluyendo los procedimientos actualizados en versión PDF o archivo institucional firmado, con el fin de dar conformidad y trazabilidad a la acción formulada.

Acción de Mejora 2- 100%

Estado: Cumplida

Fecha de inicio: 18/12/2024

Fecha de terminación planeada: 30/06/2025

#### Seguimiento OCI:

El responsable reporta como avance la actualización del procedimiento institucional de Gestión de Estándares de Habilitación, en el cual se incorporó un punto de control específico en la actividad 3, orientado a garantizar que tanto los informes programados como los derivados de servicios autoevaluados sean efectivamente publicados en la plataforma Almera.

Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se constató la existencia de evidencia documental que soporta la inclusión del punto de control (captura de pantalla del procedimiento actualizado), así como el correo institucional que confirma la actualización del documento en Almera.

Adicionalmente, se revisó la matriz de seguimiento a las visitas de autoevaluación de habilitación, la cual permite hacer trazabilidad entre los servicios evaluados y la entrega de los informes respectivos, reforzando así el cumplimiento de la medida implementada.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.

Por lo anterior, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:00 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 86. Gestión de contratación

★ ID: 3688 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

21. Mayores valores reconocidos por el Supervisor del Contrato

Hallazgo: 3.4.2.4 Capacitar a los colaboradores designados como supervisores sobre las responsabilidades y consecuencias de un mal ejercicio de la Supervisión.

Proceso: Gestión de Contratación

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Capacitación Supervisión Contractual

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3688    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Capacitar a los colaboradores designados como supervisores sobre las responsabilidades y consecuencias de un mal ejercicio de la Supervisión:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-19 2025-09-19	GILMA LUCILA DUARTE AMADO

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:24 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el proceso responsable desarrolló dos jornadas de capacitación orientadas al fortalecimiento del rol de supervisión:

- El 6 de mayo de 2025 se llevó a cabo una sesión dirigida a 16 servidores de apoyo a la supervisión de diferentes servicios de la Subred.
- El 23 de mayo de 2025 se efectuó una capacitación específica para los servidores del área de activos fijos de la Dirección Administrativa, quienes ejercen funciones de supervisión.

Ambas jornadas incluyeron temáticas relacionadas con las responsabilidades legales y contractuales del supervisor, las consecuencias de un ejercicio inadecuado de la supervisión, y lineamientos operativos asociados al uso del SECOP II. Como soporte de estas actividades se presentaron actas y presentaciones, las cuales fueron cargadas en el sistema Almera.

Sin embargo, según lo formulado en la acción de mejora, el indicador definido establece como población objetivo a:

Todos los directivos de la Subred (21 en total), y

Todos los servidores designados como supervisores.

En la verificación realizada, no se evidenció documentación que permita identificar el universo total de servidores capacitados, ni listados que reflejen la trazabilidad de asistencia respecto a las metas del indicador. Tampoco se aportaron evidencias de que la totalidad de los directivos hayan sido convocados o capacitados. Esta situación representa una brecha significativa frente al cumplimiento de los objetivos definidos para la acción.

En consecuencia, si bien se reconocen avances iniciales y estructurados reflejados en el desarrollo de sesiones temáticas y su respectiva documentación, el alcance actual no permite acreditar el cumplimiento del indicador ni validar una cobertura institucional representativa.



Por lo anterior, se asigna un cumplimiento del 40%.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 27 de mayo de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por esta Oficina el 21 de junio de 2025.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 40 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:28 PM

Evidencias verificadas el 26/09/2025

- Actas de capacitación (11/09/2025 - sesiones mañana y tarde) que documentan el desarrollo temático sobre el Manual de Supervisión e Interventoría, funciones del supervisor, riesgos financieros, prohibiciones, responsabilidades y buenas prácticas
- Base de supervisores 2025 y relación de colaboradores capacitados, que permiten establecer trazabilidad de la población objetivo frente al indicador.
- Informe de capacitación consolidado, que presenta resultados de apropiación, asistencia y participación en las sesiones de 2025.

A partir de la documentación aportada se evidenció la realización de capacitaciones virtuales y presenciales con amplia cobertura y se generó trazabilidad entre el universo de supervisores y directivos y los asistentes, permitiendo validar el cumplimiento del indicador así como de un instrumento de evaluación para asegurar la apropiación de los conocimientos.

De esta manera, en concepto de esta Oficina de Control Interno la acción supera las limitaciones señaladas en el seguimiento anterior, pues ahora existe respaldo documental verificable sobre asistentes, contenidos y evaluación.

Así entonces se concluye que la acción fue ejecutada y cuenta con evidencia verificable de cumplimiento del indicador.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 04:04 PM

Evidencias verificadas el 26/09/2025

- Actas de capacitación (11/09/2025 - sesiones mañana y tarde) que documentan el desarrollo temático sobre el Manual de Supervisión e Interventoría, funciones del supervisor, riesgos financieros, prohibiciones, responsabilidades y buenas prácticas
- Base de supervisores 2025 y relación de colaboradores capacitados, que permiten establecer trazabilidad de la población objetivo frente al indicador.
- Informe de capacitación consolidado, que presenta resultados de apropiación, asistencia y participación en las sesiones de 2025.

A partir de la documentación aportada se evidenció la realización de capacitaciones virtuales y presenciales con amplia cobertura y se generó trazabilidad entre el universo de supervisores y directivos y los asistentes, permitiendo validar el cumplimiento del indicador así como de un instrumento de evaluación para asegurar la apropiación de los conocimientos.

De esta manera, en concepto de esta Oficina de Control Interno la acción supera las limitaciones señaladas en el seguimiento anterior, pues ahora existe respaldo documental verificable sobre asistentes, contenidos y evaluación.

Así entonces se concluye que la acción fue ejecutada y cuenta con evidencia verificable de cumplimiento del indicador.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 04:04 PM

[Ver historial](#)

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 87. Gestión de Servicios Complementarios

★ ID: 3683 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

16. lo que no se presentó al realizar el cotejo de dichos documentos, en varios casos las cantidades no coinciden con los registros de despacho, adicionalmente en algunos de ellos no registra la información o es ininteligible, errores de diligenciamiento o información incompleta o incorrecta, aun siendo estos archivos de control y seguimiento establecidos por la Entidad para la entrega de medicamentos en casa

**Hallazgo:** 3.4.1.3 Realizar seguimiento mensual del correcto diligenciamiento del Formato control entrega de medicamentos a domicilio del programa medicamentos a su casa 08-04-FO-0234 y retroalimentación de las desviaciones encontradas al talento humano responsable del diligenciamiento del mismo.

**Proceso:** Gestión de Servicios Complementarios

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Formatos diligenciados correctamente

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3683    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar seguimiento mensual del correcto diligenciamiento del Formato control entrega de medicamentos a domicilio del programa medicamentos a su casa 08-04-FO-0234 y retroalimentación de las desviaciones encontradas al talento humano responsable del diligenciamiento del mismo:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-13 2025-06-13	Adriana Marcela Toquica Espitia, Jhon Fredy Bernal Albino, SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA, Sandra Patricia Ojeda Moreno

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:18 PM

Se han realizado 5 ejercicios de seguimiento mensuales (febrero, marzo, abril, mayo y junio), soportados en actas específicas por unidad de farmacia.

En todos los casos se presenta revisión detallada del total de registros, porcentaje de desviación y cálculo del indicador de diligenciamiento correcto.

Se evidencia retroalimentación al personal operativo y responsable, de acuerdo con los resultados del control.

De acuerdo con los informes, los resultados del indicador por unidad oscilan entre:

- Hospital de Bosa: entre 99.04% y 100%
- Zona Franca: entre 89.67% y 99.75%
- Trinidad Galán: entre 88.09% y 96.09%

Se constata que la acción ha sido implementada y se ha cumplido con la periodicidad mensual, a excepción del mes de enero. Se reportan resultados por unidad de servicio, se identifican desviaciones y se realiza la retroalimentación correspondiente al talento humano.

No obstante lo anterior, se evidencia que el indicador no ha cumplido con la meta propuesta (1) por lo que se asigna un cumplimiento de 96,15% basado en el promedio de los indicadores calculados por unidad de servicio evaluada.

Se recomienda mantener la periodicidad del seguimiento durante el resto del año y analizar las causas de las desviaciones más frecuentes, especialmente en Trinidad Galán, para fortalecer el resultado del indicador.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 95 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:01 PM

Se verificó la información reportada por el proceso responsable con corte al 30/06/2025 donde se evidenció la ejecución de 5 ejercicios de seguimiento mensual en los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio, cada uno soportado en actas específicas por unidad de farmacia. En dichos ejercicios se revisaron el total de registros, el porcentaje de desviación y el cálculo del indicador de diligenciamiento correcto, así como la retroalimentación al personal operativo y responsable.

De acuerdo con los informes, los resultados del indicador oscilaron entre:

- Hospital de Bosa: 99,04% a 100%
- Zona Franca: 89,67% a 99,75%
- Trinidad Galán: 88,09% a 96,09%

Con lo anterior, se evidencia que la acción ha sido implementada y se cumple con la periodicidad mensual prevista, salvo en el mes de enero. No obstante, aunque se verifican avances consistentes en el control, el indicador consolidado aún no alcanza la meta planteada del 100%. El promedio de cumplimiento calculado entre las unidades evaluadas corresponde a un 96,15%.

En la segunda verificación realizada el 16/07/2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó nuevos seguimientos posteriores al 13/06/2025, razón por la cual se mantiene el porcentaje de cumplimiento ya establecido.

Por lo anterior, se asigna un porcentaje de avance del 96%, reconociendo la implementación de la acción y la periodicidad en los controles, pero señalando la necesidad de fortalecer la gestión en las unidades donde persisten desviaciones recurrentes, especialmente en Trinidad Galán.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 96 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 04:00 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 88. Gestión Financiera

★ ID: 3674 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

8. Incumplimiento a lo normado por la Contaduría General de la Nación, en lo que refiere al PROCEDIMIENTO CONTABLE PARA EL REGISTRO DE LOS PROCESOS JUDICIALES, ARBITRAJES, CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES Y EMBARGOS SOBRE CUENTAS BANCARIAS.

Hallazgo: 3.2.1.7 Implementar el procedimiento actualizado de Procedimiento realización de pagos por sentencias judiciales código: 11-03-PR-0010, en el que se incluye el registro del valor de las sentencias liquidadas en la cuenta contable 2460.

Proceso: Gestión Financiera

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Procedimiento normalizado en ALMERA

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3674    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. Implementar el procedimiento actualizado de Procedimiento realización de pagos por sentencias judiciales código: 11-03-PR-0010, en el que se incluye el registro del valor de las sentencias liquidadas en la cuenta contable 2460:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-01-31 2025-06-17	Ana Lucia Quintero Mojica, JULIO ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA
--	----------------	--------------------------	--------------------------	--

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

---

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:07 PM

El responsable reporta como avance la implementación del procedimiento actualizado para la realización de pagos por sentencias judiciales, incluyendo el registro del valor de las sentencias liquidadas en la cuenta contable 2460.

En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se constató que el procedimiento se encuentra aprobado bajo el código 11-03-PR-0010, versión 4, con fecha del 16 de junio de 2025.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

---

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:45 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 89. Gestión jurídica

★ ID: 3692 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

5. No se adelantaron gestiones para la titularidad de los predios USS PUERTA DE TEJA, USS SAN BERNARDINO, USS ALQUERÍA Y USS PATIO BONITO.

**Hallazgo:** 3.2.1.4 Adelantar las gestiones pertinentes para legalizar la tenencia de los predios denominados USS PUERTA DE TEJA, USS SAN BERNARDINO, USS ALQUERÍA Y USS PATIO BONITO, a partir del estudio de títulos realizados.

**Proceso:** Gestión Jurídica

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de predios con legalización de tenencia gestionada

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones      **Tipo** 3692      **Avance ponderado** 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Adelantar las gestiones pertinentes para legalizar la tenencia de los predios denominados USS PUERTA DE TEJA, USS SAN BERNARDINO, USS ALQUERÍA Y USS PATIO BONITO, a partir del estudio de títulos realizados.:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-05-09 2025-09-19	JULIO ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:04 PM

En atención a la acción de mejora orientada a adelantar las gestiones pertinentes para legalizar la tenencia de los predios USS Puerta de Teja, USS San Bernardino, USS Alquería y USS Patio Bonito, la Oficina de Control Interno verificó la documentación y avances reportados por el proceso responsable, con corte al 27 de junio de 2025, y realizó una segunda verificación el 16 de julio de 2025. A partir de esta revisión, se evidenció lo siguiente:

- USS San Bernardino: Se evidenció la entrega formal del predio mediante oficio radicado No. SSO-2024-200-002994-1 dirigido a la Secretaría de Educación. Esta actuación cuenta con soporte documental y se considera un avance sustancial, verificable y concreto en la gestión de legalización.
- USS Alquería: Se radicó oficio No. SSO-2025-210-014835-1 ante la Secretaría Distrital de Salud, reiterando la solicitud de pronunciamiento sobre la situación jurídica del inmueble. No obstante, a la fecha del primer seguimiento no se observó respuesta que permita acreditar avances materiales o jurídicos, como tampoco en el último seguimiento, avances materiales o jurídicos posteriores que sustenten progreso adicional.
- USS Patio Bonito (CORABASTOS): A través de oficio No. SSO-2025-210-014847-1 se solicitó a la Corporación de Abastos de Bogotá (CORABASTOS) concertar el procedimiento para definir la situación jurídica del predio. Sin embargo, no se cuenta con respuestas ni documentos que acrediten acciones concretas de legalización.
- USS Puerta de Teja: El área jurídica, mediante documento titulado “Informe de la titularidad de los predios denominados USS Alquería, USS San Bernardino, USS Patio Bonito y USS Puerta de Teja”, precisó que el inmueble USS Puerta de Teja figura, según estudio de títulos, como propiedad del señor Alfonso Angulo Pinzón, aunque la Subred ha ejercido su posesión continua por más de 30 años, prestando servicios de salud desde 1994.

Si bien el concepto jurídico presentado aporta claridad sobre la ruta de acción prevista y su sustento legal, la ausencia de documentación cargada en la herramienta Almera limita la posibilidad de validar de forma efectiva los avances administrativos reportados. Adicionalmente, se reitera que el cumplimiento de la acción solo podrá considerarse finalizado cuando el predio figure formalmente a nombre de la Subred, de acuerdo con el objetivo, meta e indicador definidos en la acción de mejora.

Es importante señalar que, en la documentación inicialmente aportada por el proceso responsable, se incluyó de manera errónea información correspondiente al predio Pablo VI - Los Molinos, el cual no fue objeto de hallazgo en la Auditoría Financiera y de Gestión (Código 164 - PAD 2024) realizada por la Contraloría de Bogotá. Esta situación fue aclarada por el proceso mediante respuesta al informe preliminar recibida el 14 de julio de 2025, en la que se indicó que, por error, las evidencias reportadas el 9 de mayo de 2025 hacían alusión al predio mencionado, y que el inmueble objeto de la acción es realmente el USS Puerta de Teja, ubicado en la Carrera 96A #25G-26 (nomenclatura actual) y Carrera 96 #47-14 (nomenclatura anterior).

Por lo anterior, se mantiene el cumplimiento del 25%, reconociendo como único avance verificable la legalización del predio USS San Bernardino, y dejando constancia de que los demás inmuebles presentan gestiones parciales, sin evidencia concluyente de resultados materiales.

Se recomienda dar continuidad a las acciones jurídicas y administrativas necesarias, radicar oportunamente los documentos correspondientes y cargarlos en Almera, a fin de garantizar trazabilidad y respaldo de las actuaciones institucionales

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025



Porcentaje: 25 % Estado: **Critico (0% y 69%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:39 PM

La Oficina de Control Interno verificó la documentación y avances reportados por el proceso responsable, bajo el seguimiento del 19/09/2025. A partir de esta revisión, se evidenció lo siguiente:

#### USS Alquilería

Se adelantaron gestiones para suscribir contrato de comodato con el Fondo Financiero Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud.

Evidencia: Documento de trazabilidad con consolidación de información, justificación de la suscripción y de documentos requeridos .

#### USS Patio Bonito (CORABASTOS)

El 11/09/2025 se llevó a cabo reunión entre la Subred y la Gerencia y Secretaría General de CORABASTOS.

Se presentó el estudio de títulos y se entregó el proyecto de contrato de comodato.

Evidencia: Proyecto de contrato de comodato entre CORABASTOS y la Subred, con objeto, obligaciones y condiciones del inmueble

#### USS Puerta de Teja

Se solicitó a la Secretaría Distrital de Hacienda liquidación y estado de cuenta por concepto de impuesto predial.

Evidencia: Respuesta oficial de Hacienda al radicado 2025ER13806201 con estado de cuenta e identificación del monto la obligación pendiente (\$19.369.000)

Actualmente se gestionan alternativas de descuento o facilidades de pago como requisito previo para iniciar prescripción adquisitiva de dominio.

#### USS San Bernardino

Se mantiene como único predio formalmente entregado mediante soporte documental (avance ya reconocido en corte anterior).

De conformidad con las nuevas evidencias analizadas se observa que estas reflejan un avance significativo en la gestión jurídica y administrativa de los predios USS Alquilería, USS Patio Bonito y USS Puerta de Teja, dado que ya se cuenta con:

- Proyectos de contrato de comodato formalizados y en análisis por las contrapartes.
- Trazabilidad documental de las actuaciones adelantadas.
- Definición de obligaciones tributarias como paso previo para adelantar el proceso de prescripción adquisitiva.

Aunque aún no ha sido legalizada la tenencia de los predios, los avances permiten acreditar que tres de los cuatro inmuebles presentan actuaciones concretas con soportes verificables, lo cual supera la gestión parcial registrada en el seguimiento anterior.

De esta manera, la acción definida en la OM 3692 presenta avances materiales y verificables en tres de los cuatro predios objeto de la gestión (USS Alquilería, USS Patio Bonito y USS Puerta de Teja), además del resultado ya obtenido en USS San Bernardino.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Se reconoce la legalización de USS San Bernardino y la gestión avanzada con evidencia documental en tres predios adicionales, aunque aún sin cierre jurídico definitivo requerido por la fórmula de cálculo del indicador formulado.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 03:53 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 90. Gestión Financiera

★ ID: 3673 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

7. Falta de trámite administrativo para efectuar la depuración de los saldos de los convenios liquidados del FFD

Hallazgo: 3.2.1.6 Documentar e implementar el procedimiento administrativo de depuración contable de cuentas por pagar

Proceso: Gestión Financiera

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Seguimiento de la entrega de títulos judiciales por remanentes u otros

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3673    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
------------------	----------	------------	-----------	--------------

1. Documentar e implementar el procedimiento administrativo de depuración contable de cuentas por pagar:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-14 2025-08-21	EIBER HERNAN QUIROGA GARCIA, JULIO ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA
--	----------------	--------------------------	--------------------------	---

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:06 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el proceso responsable reportó como avance la elaboración del Instructivo para la depuración de cuentas por pagar mayores a 360 días, cuyo objetivo es garantizar que la información registrada en los estados de cuenta de proveedores y contratistas se mantenga actualizada, permitiendo la revisión, análisis y depuración de cifras bajo criterios contables de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad.

Como parte de la verificación documental, se revisaron el borrador del instructivo (fechado en abril de 2025) y la ficha técnica de depuración extraordinaria. No obstante, se evidenció que el documento aún no ha sido aprobado ni formalizado como instrumento institucional. Tampoco se encontraron registros que evidencien su implementación o aplicación práctica en los procesos contables posteriores.

En este sentido, si bien se ha avanzado en la elaboración del documento, su estatus de borrador impide considerar la acción como cumplida, al no haberse cumplido con los criterios de formalización e implementación establecidos en la acción formulada.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 12 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de revisión por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.

En consecuencia, se mantiene el cumplimiento reportado del 50%, dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos en la ejecución efectiva de la acción. Esta situación podría reflejar una falta de gestión oportuna por parte del proceso responsable, lo cual afectaría la efectividad final de la medida si no se completan las fases de validación, aprobación e implementación antes de la fecha de cierre establecida.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 50 %      Estado: Critico (0% y 69%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:44 PM

Durante la verificación inicial efectuada con corte al 30/06/2025, la Oficina de Control Interno identificó como avance la elaboración del borrador del “Instructivo para la depuración de cuentas por pagar mayores a 360 días”, así como la ficha técnica de depuración extraordinaria. Sin embargo, en ese momento no se contaba con la aprobación ni la formalización del documento como instrumento institucional, ni con evidencias de su implementación, por lo cual se había asignado un cumplimiento del 50%.

En la nueva verificación, el proceso responsable actualizó el seguimiento el 21/08/2025 reportando como evidencia el Instructivo formalizado como instrumento institucional bajo el código 11-04-IN-0008 “Instructivo Depuración de Cuentas por Pagar Mayores a 360 Días” versión 2 con fecha de aprobación 16/06/2025, y cargado en el aplicativo Almera. Con ello, se evidencia que el documento pasó de la fase de borrador a estar aprobado e implementado, en concordancia con el indicador y la fórmula de cálculo definida para la acción (“Procedimiento normalizado en Almera”).

En la verificación se encontró la versión definitiva del instructivo, lo que permite concluir que la acción de mejora fue formalizada e implementada conforme a la acción de mejora formulada.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 03:54 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 91. Gestión jurídica

★ ID: 3691 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

24. Falta de verificación posterior al cargue en el aplicativo SIVICOF, de la información de los procesos judiciales reportados en los formatos de la Rendición de la Cuenta Anual

**Hallazgo:** 3.4.2.7 Verificar que la información cargada en SIVICOF, corresponda a la registrada en el formato CB-INFORMACIÓN PROCESOS JUDICIALES.

**Proceso:** Gestión Jurídica

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Verificación del formato CB-INFORMACIÓN PROCESOS JUDICIALES en la plataforma SIVICOF

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3691    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Verificar que la información cargada en SIVICOF, corresponda a la registrada en el formato CB-INFORMACIÓN PROCESOS JUDICIALES:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-11 2025-02-26	JULIO ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA, SILVA LARRARTE DIANA LUCIA

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:25 PM

De acuerdo con el seguimiento reportado por el responsable, con fecha 25 de febrero de 2025, se realizó la verificación de la información reportada en el sistema SIVICOF correspondiente al Formato CB - Información de Procesos Judiciales, conforme a la estructura exigida por la Contraloría de Bogotá D.C. para la vigencia 2024.

Se adjuntaron los siguientes soportes que permiten evidenciar el cumplimiento de la acción:

- Formato CB-0423 - Información de Procesos Judiciales (Excel)
- Documento de validación interna del diligenciamiento (Storm User)
- Documento soporte de validación de cargue de informes de gestión CB-008
- Acuse de aceptación de la rendición de cuentas por parte de la Contraloría de Bogotá, en el cual se confirma la conformidad de la rendición de la vigencia 2024.

La revisión documental por parte de la Oficina de Control Interno permite concluir que la acción fue ejecutada de manera oportuna, con soporte verificable de la actividad principal: la verificación y correspondencia entre el formato físico CB-0423 y el sistema de información SIVICOF, lo cual además fue validado formalmente por el ente de control fiscal.

Se da cumplimiento a la acción, en tanto se realizó la verificación requerida, se documentó su desarrollo y se obtuvo la aceptación de la rendición de cuentas por parte de la Contraloría de Bogotá D.C.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:33 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 92. Gestión jurídica

★ ID: 3690 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

23. Pago de intereses moratorios causados por el desembolso extemporáneo del valor de las condenas contenidas, en procesos Judiciales fallados contra la Subred Sur Occidente E.S.E

**Hallazgo:** 3.4.2.6 Realizar el pago de sentencias ejecutoriadas con erogación económica de acuerdo a la apropiación presupuestal en el rubro de pago de sentencias judiciales y al procedimiento de pago de sentencias judiciales

**Proceso:** Gestión Jurídica

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Pago de sentencias ejecutoriadas con erogación económica

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3690 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar el pago de sentencias ejecutoriadas con erogación económica de acuerdo a la apropiación presupuestal en el rubro de pago de sentencias judiciales y al procedimiento de pago de sentencias judiciales:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-05-08 2025-09-25	JULIO ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:25 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno con corte al 21 de junio de 2025, se verificó que el proceso responsable reportó avances relacionados con la ejecución de pagos por concepto de sentencias judiciales ejecutoriadas, conforme a la apropiación presupuestal y al procedimiento actualizado 15-01-PR-0005, vigente desde el 18 de noviembre de 2024. Como evidencia, se aportó certificación emitida por el área de Tesorería con fecha del 16 de junio de 2025, en la cual se relacionan seis (6) resoluciones mediante las cuales se ordenó y ejecutó el pago correspondiente a dichas sentencias judiciales.

Sin embargo, al realizar la verificación, esta Oficina consideró pertinente referirse al informe final de auditoría de la Contraloría de Bogotá D.C., código 143 de 2025, específicamente al hallazgo 3.1.1.4, el cual advierte una subestimación en las cuentas contables 2701 “Provisión litigios y demandas” y 2460 “Créditos Judiciales”, afectando el 5,46% del total de pasivos en los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2024. Esta situación constituye una incorrección material y un hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria.

Dado que no se reveló en los estados financieros el valor total de sentencias ejecutoriadas con términos vencidos, se limita la posibilidad de evaluar integralmente el cumplimiento del indicador formulado en esta acción, al no contar con un universo consolidado de obligaciones judiciales exigibles y apropiadas.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable reiteró la información previamente

reportada, aportando nuevamente la certificación expedida por Tesorería que relaciona los pagos efectuados desde la fecha de actualización del procedimiento hasta la fecha del informe. No obstante, no se anexaron evidencias adicionales que subsanen las observaciones de tipo contable formuladas por el ente de control externo.

En consecuencia, la acción presenta ejecución parcial en términos operativos al haberse efectuado pagos conforme a las resoluciones expedidas. Sin embargo, el cumplimiento no puede considerarse total mientras no se integren los correctivos contables requeridos para garantizar la trazabilidad completa de las obligaciones judiciales, por lo que, se asigna un cumplimiento del 60%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 60 %      Estado: **Critico (0% y 69%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:32 PM

La Oficina de Control Interno verificó la información reportada por la Oficina Jurídica el 25/09/2025 en un archivo en Excel respecto a 12 procesos judiciales, cuyo valor total liquidado asciende a \$1.367.850.601. De este monto, se han cancelado \$765.374.109, es decir, el 56%.

El valor de 6 fallos judiciales restantes está pendiente de pago, en razón a que, se adelantan las gestiones para la obtención de los recursos económicos para su pago, según lo reportado por la Oficina Jurídica.

Se evidenció que las sentencias canceladas no generaron intereses moratorios y que el saldo pendiente de \$602.476.492 (44%) no ha sido apropiado presupuestalmente, razón por la cual no puede ser considerado dentro del indicador de cumplimiento, teniendo en cuenta que éste se definió así: Valor pagado de sentencias ejecutoriadas con erogación económica / Valor apropiado para el pago de sentencias ejecutoriadas con erogación económica) \*100

Si bien persiste el riesgo derivado de la falta de recursos para atender el saldo pendiente de sentencias judiciales, en términos de la acción evaluada y bajo el indicador definido, esta se considera cumplida en un 100%. No obstante, se reitera la necesidad de que la Subred fortalezca su planeación financiera y presupuestal, a fin de evitar futuras erogaciones por intereses moratorios y garantizar el pago oportuno de las condenas judiciales.

Auditor(a): Angélica del Pilar Sánchez Pacheco

Fecha: 27/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

Angélica del Pilar Sánchez Pacheco 2025-09-27 07:02 PM

[Ver historial](#)



Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 93. Gestión del Talento Humano

★ ID: 3684 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

17. Se evidenció en el histórico reportado por la Dirección de Talento Humano que durante cada vigencia se generaron entre 40 y 50 nuevas vacantes. De igual manera, la provisión de cargos durante la vigencia no tiene un impacto significativo porque no tiene en cuenta esas nuevas vacantes que se generaron, disminuyendo al final de cada vigencia un promedio que va entre 30 a 35 vacantes.

**Hallazgo:** 3.4.1.4 Adelantar de manera progresiva y gradual la provisión de vacantes definitivas generadas a partir del segundo semestre 2024, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la Ley 909 de 2004, modificado por el artículo 1° de la Ley 1960 de 2019. Esta provisión se realizará teniendo en cuenta el análisis de las necesidades de empleos de la entidad para el cumplimiento de la misionalidad y la disponibilidad presupuestal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

**Proceso:** Gestión Integral del Talento Humano

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Porcentaje de cumplimiento de las vacantes definitivas en el semestre inmediatamente anterior.

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3684    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Adelantar de manera progresiva y gradual la provisión de vacantes definitivas generadas a partir del segundo semestre 2024, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la Ley 909 de 2004, modificado por el artículo 1° de la Ley 1960 de 2019. Esta provisión se realizará teniendo en cuenta el análisis de las necesidades de empleos de la entidad para el cumplimiento de la misionalidad y la disponibilidad presupuestal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-14 2025-08-22	Yeimy            Lorena Colmenares González - Dirección Talento Humano

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV "REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes."

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:19 PM

En atención a la acción de mejora encaminada a adelantar de manera progresiva y gradual la provisión de vacantes definitivas generadas a partir del segundo semestre de 2024, la Oficina de Control Interno verificó el avance reportado por el proceso responsable con corte al 21 de junio de 2025. En dicha verificación se evidenció la provisión formal de doce (12) vacantes, mediante figuras como el encargo por derecho preferente y el nombramiento en provisionalidad. Esta gestión incluyó cargos tanto asistenciales como administrativos, tales como auxiliares de salud, médicos especialistas, odontólogos y personal administrativo, soportados con los respectivos actos administrativos.

En esa oportunidad, se indicó que, aunque los nombramientos y encargos representaban un avance concreto, la proporción de vacantes provistas frente a un promedio estimado de 45 vacantes generadas durante el semestre anterior reflejaba un cumplimiento parcial del 26,6% frente al indicador formulado.

Posteriormente, el 4 de julio de 2025, el proceso reportó la provisión total de cincuenta y cuatro (54) vacantes, de las cuales treinta y una (31) corresponden a vacantes definitivas convocadas en el marco del proceso de formalización laboral, y veintitrés (23) a vacantes generadas por otras situaciones administrativas. La distribución reportada fue la siguiente: siete (7) empleos cubiertos por encargo con derecho preferente, cuarenta y cuatro (44) mediante nombramiento en provisionalidad y tres (3) vinculaciones como trabajadores oficiales.

No obstante, en la segunda verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenciaron cincuenta y una (51) resoluciones disponibles en el repositorio de evidencias de la herramienta Almera, lo cual no concuerda con las 54 mencionadas en el avance reportado. Esta diferencia de tres resoluciones impide confirmar en su totalidad el cumplimiento informado. A pesar de esta situación, se logró verificar documentalmente el 94,4% de las vacantes reportadas, razón por la cual se reconoce un avance significativo.

En consecuencia, se ajusta el porcentaje de avance previamente establecido y se asigna un cumplimiento del 94.4%, en tanto se demuestra el cumplimiento sustancial de la acción formulada, soportado mayoritariamente con evidencia documental.

Adicionalmente, se identificó que el proceso incluyó evidencias dentro de seguimientos anteriores ya verificados. Por ejemplo, para el mes de mayo, en el seguimiento del 21 de junio se reportaron siete (7) resoluciones, las cuales fueron validadas en la primera verificación; sin embargo, en una segunda verificación del mismo mes, se incluyeron nueve (9) archivos adicionales relacionados con el mismo avance. Es importante señalar que la incorporación de nuevas evidencias debe realizarse en registros de seguimiento distintos y posteriores dentro del sistema Almera, conforme a su fecha de radicación, ya que la modificación de seguimientos previos puede comprometer la trazabilidad de la gestión y la integridad de la información auditada.

Igualmente, se identificó que la resolución “RESOL 0731 DE 2024 NOMBRAMIENTO LORENA SANTODOMINGO.pdf”, incluida originalmente en el avance del mes de mayo, fue eliminada posteriormente, situación que también debe evitarse para no generar inconsistencias en el seguimiento de las acciones.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 94.4 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:16 PM

El 21/06/2025 la Oficina de Control Interno verificó el avance reportado por el proceso responsable, donde evidenció la provisión formal de 12 vacantes, mediante figuras como el encargo por derecho preferente y el nombramiento en provisionalidad. Esta gestión incluyó cargos tanto asistenciales como administrativos, tales como auxiliares de salud, médicos especialistas, odontólogos y personal administrativo, soportados con los respectivos actos administrativos.

En esa oportunidad, se indicó que, aunque los nombramientos y encargos representaban un avance concreto, la proporción de vacantes provistas frente a un promedio estimado de 45 vacantes generadas durante el semestre anterior reflejaba un cumplimiento parcial del 26,6% frente al indicador formulado.

Posteriormente, el 04/07/2025 el proceso reportó la provisión total de 54 vacantes, de las cuales, 31 corresponden a vacantes definitivas convocadas en el marco del proceso de formalización laboral y 23 a vacantes generadas por otras situaciones administrativas. La distribución reportada fue la siguiente: 7 empleos cubiertos por encargo con derecho preferente, 44 mediante nombramiento en provisionalidad y 3 vinculaciones como trabajadores oficiales.

En la segunda verificación realizada por la Oficina de Control Interno se evidenció 51 resoluciones en el aplicativo Almera, lo cual no concuerda con las 54 mencionadas en el avance reportado. Esta diferencia de 3 resoluciones impidió confirmar en su totalidad el cumplimiento informado. A pesar de esta situación, se logró verificar documentalmente el 94,4% de las vacantes reportadas, razón por la cual se reconoció un avance significativo.

En la verificación documental se identificó que el proceso incluyó evidencias dentro de seguimientos anteriores ya verificados. Por ejemplo, para el mes de mayo, en el seguimiento del 21/06/2025 se reportaron 7 resoluciones, las cuales fueron validadas en la primera verificación; sin embargo, en una segunda verificación del mismo mes, se incluyeron 9 archivos adicionales relacionados con el mismo avance. Es importante señalar que, la incorporación de nuevas evidencias debe realizarse en registros de seguimiento distintos y posteriores dentro del sistema Almera, conforme a su fecha de radicación, ya que la modificación de seguimientos previos puede comprometer la trazabilidad de la gestión y la integridad de la información auditada.

Igualmente, se identificó que la “RESOL 0731 de 2024 Nombramiento Lorena Santodomingo.pdf”, incluida originalmente en el avance del mes de mayo, fue eliminada posteriormente, situación que también debe evitarse para no generar inconsistencias en el seguimiento de las acciones.

Finalmente, el proceso responsable reportó actualización del seguimiento el 22/08/2025, donde anexó una matriz de información en la que relaciona el total de empleos provistos y reportados durante los avances de la Oportunidad de Mejora, incluyendo nombre, cargo, acto administrativo, fecha de posesión y ubicación del soporte en la herramienta Almera.

En consecuencia, se ajusta el porcentaje de avance previamente establecido y se asigna un cumplimiento del 100%, en tanto se demuestra el cumplimiento sustancial de la acción formulada, soportado mayoritariamente con evidencia documental.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 04:01 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 94. Gestión jurídica

★ ID: 3671 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

6. No recuperación de los dineros representados en títulos de depósitos judiciales, con antigüedad superior a 10 años

Hallazgo: 3.2.1.5 Actualizar el procedimiento de Demandas Código:15-01-PR-000, incluyendo la actividad de hacer seguimiento sobre la entrega de títulos judiciales por remanentes o por cualquier otro concepto a favor de la Entidad.

Proceso: Gestión Jurídica

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Seguimiento de la entrega de títulos judiciales por remanentes u otros

Sistema    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    Tipo    3671    Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el procedimiento de Demandas Código:15-01-PR-000, incluyendo la actividad de hacer seguimiento sobre la entrega de títulos judiciales por remanentes o por cualquier otro	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-05-08 2025-06-27	JULIO      ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA

concepto a favor de la Entidad:

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:05 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno con corte al 21 de junio de 2025, se evidenció que el proceso responsable reportó como avance la programación de una reunión con el equipo de defensa judicial y el jefe de la Oficina Jurídica, realizada el 23 de mayo de 2025, con el objetivo de revisar y actualizar el procedimiento de demandas, incorporando la actividad específica de seguimiento a la entrega de títulos judiciales a favor de la entidad.

Como evidencia, se aportó únicamente la citación a la reunión mencionada. No obstante, en la verificación documental efectuada por esta Oficina, no se identificó ningún soporte del procedimiento actualizado, ni se presentó versión preliminar en construcción o revisión. Esta situación reflejaba una fase inicial de gestión, sin resultados verificables al momento del corte.

En consecuencia, se asignó un porcentaje de avance del 10%, recomendando avanzar con la elaboración, aprobación y publicación del procedimiento actualizado, garantizando la trazabilidad documental del producto comprometido.

Posteriormente, en el avance reportado por el proceso el 27 de junio de 2025, se evidenció la actualización del procedimiento de demandas, con versión 4, bajo el código 15-01-PR-0004. En dicho documento se incorporaron los lineamientos necesarios para el seguimiento a los pagos por concepto de costas, agencias en derecho y remanentes a favor de la entidad. Como soporte, se aportó el procedimiento ajustado en versión definitiva y validada.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno constató la existencia del procedimiento actualizado y publicado, el cual cumple con los criterios establecidos en la acción formulada, incluyendo la actividad específica de control requerida.

Por tanto, se asgina un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 % Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:41 PM

Ver historial

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 95. Gestión de contratación

★ ID: 3689 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

22. Incumplimiento del ejercicio de la publicación de los documentos correspondiente a la ejecución de los contratos por parte de la Supervisión

**Hallazgo:** 3.4.2.5 Desarrollar en el aplicativo SURESOC un nuevo punto de control, que permita al supervisor evidenciar la publicación de la cuenta de cobro del mes anterior en la plataforma SECOP II por medio de un pantallazo cargado por el contratista.

2. Capacitar a los supervisores de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión sobre sus responsabilidades y las consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión

**Proceso:** Gestión de Contratación

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** 1. Desarrollo en el aplicativo SURESOC

2. Capacitación Supervisión Contractual

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3689 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Desarrollar en el aplicativo SURESOC un nuevo punto de control, que permita al supervisor evidenciar la publicación de la cuenta de cobro del mes anterior en la plataforma SECOP II por medio de un pantallazo cargado por el contratista.:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-04-03 2025-05-28	GILMA LUCILA DUARTE AMADO

2. Capacitar a los supervisores de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión sobre sus responsabilidades y las consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-24 2025-09-19	GILMA LUCILA DUARTE AMADO
--	----------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado la ejecución de las acciones. Estas acciones tienen fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de las acciones se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

---

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:23 PM

Total OM: 70%

Acción de Mejora 1- 100%

Estado: Cumplida

Fecha de inicio: 2024/12/18

Fecha de terminación planeada: 2025/06/30

Seguimiento OCI:

La Dirección de Contratación reporta la implementación de un nuevo punto de control en el aplicativo SURESOC, orientado a verificar que el contratista haya publicado la cuenta de cobro del mes anterior en la plataforma SECOP II. Esta verificación debe realizarla el supervisor a través del cargue por parte del contratista, de un pantallazo como evidencia.

Como soporte de este avance, se verificaron los siguientes elementos:

Se anexa un video instructivo del funcionamiento del aplicativo y capturas de pantalla del módulo implementado, evidenciando el desarrollo técnico y la operatividad del punto de control.

Se encuentra publicada la Nota Interna No. SSO-2025-440-003337-3 en Agilsalud, la cual establece los lineamientos sobre la obligatoriedad del seguimiento a la publicación de la ejecución contractual y la verificación del pantallazo correspondiente por parte del supervisor.

Se valida entonces el desarrollo requerido permitiendo cumplir con el propósito de trazabilidad y control requerido en la acción.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Acción de Mejora 2- 40%

Estado: Ejecución

Fecha de inicio: 2023/12/21

Fecha de terminación planeada: 2024/10/21

Seguimiento OCI:

De acuerdo con el avance reportado por el proceso responsable, se han desarrollado dos jornadas de capacitación orientadas al fortalecimiento del rol de supervisión:

El 6 de mayo de 2025 se realizó una sesión dirigida a 16 servidores de apoyo a la supervisión de diferentes servicios de la Subred.

El 23 de mayo de 2025 se efectuó una capacitación específica para los servidores del área de activos fijos de la Dirección Administrativa, quienes cuentan con funciones de supervisión.

Ambas jornadas incluyeron temas como las responsabilidades legales y contractuales del supervisor, las consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión, y lineamientos operativos relacionados con el SECOP II. Las actividades fueron soportadas mediante actas y presentaciones cargadas en el aplicativo Almera.

Sin embargo, el indicador definido para esta acción establece como población objetivo a:

Todos los directivos de la Subred (21 en total), y

Todos los servidores designados como supervisores.

En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno no se identificaron listados que permitieran evidenciar el universo total de servidores capacitados ni la trazabilidad completa de los asistentes respecto a las metas definidas. Tampoco se evidenció que la totalidad de directivos haya sido convocada o capacitada, lo cual representa una brecha significativa frente al cumplimiento de la acción formulada.

La acción presenta avances iniciales relevantes y estructurados, reflejados en el desarrollo de sesiones temáticas y su respectiva documentación. No obstante, el alcance actual no permite acreditar el cumplimiento del indicador formulado ni validar una cobertura institucional amplia o representativa.

Por lo anterior, se asigna un cumplimiento del 40% para esta acción.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales



respecto al seguimiento efectuado el 27 de mayo de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.

Finalmente, considerando los avances de las dos (2) acciones que componen este hallazgo, a partir de un promedio simple se asigna un cumplimiento de la OM del 70%

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 70 %      Estado: **Acceptable (70% al 89%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 04:30 PM

Acción de Mejora 2

Evidencias verificadas el 26/09/2025

- Actas de capacitación (11/09/2025 - sesiones mañana y tarde) que documentan el desarrollo temático sobre el Manual de Supervisión e Interventoría, funciones del supervisor, riesgos financieros, prohibiciones, responsabilidades y buenas prácticas
- Base de supervisores 2025 y relación de colaboradores capacitados, que permiten establecer trazabilidad de la población objetivo frente al indicador.
- Informe de capacitación consolidado, que presenta resultados de apropiación, asistencia y participación en las sesiones de 2025.

A partir de la documentación aportada se evidenció la realización de capacitaciones virtuales y presenciales con amplia cobertura y se generó trazabilidad entre el universo de supervisores y directivos y los asistentes, permitiendo validar el cumplimiento del indicador así como de un instrumento de evaluación para asegurar la apropiación de los conocimientos.

De esta manera, en concepto de esta Oficina de Control Interno la acción supera las limitaciones señaladas en el seguimiento anterior, pues ahora existe respaldo documental verificable sobre asistentes, contenidos y evaluación.

Así entonces se concluye que la acción fue ejecutada y cuenta con evidencia verificable de cumplimiento del indicador.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 09:14 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 96. Gestión del Riesgo en Salud

★ ID: 3680 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

14. situación que no ocurre con la RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas, con la cual los informes solo se remiten a la Dirección de Urgencias, por lo tanto, los tableros de control no pueden ser consultados en la Intranet ni los resultados consolidados de logros hacen parte del informe de gestión para la vigencia.

**Hallazgo:** 3.4.1.1 Integrar las RIAS para población en riesgo o sujeta a agresiones, accidentes, traumas y violencias con la Dirección de Gestión del Riesgo, con el fin de unificar los procesos de gestión del riesgo, y la visibilidad de los indicadores en los tableros de mando, lo que permitirá mejorar el seguimiento, la visibilidad y la toma de decisiones basadas en datos actualizados y consolidado

**Proceso:** Gestión del Riesgo en Salud

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Informes mensuales de la Ruta de Atención Integral en Salud - RIAS

**Sistema**    Fuente externa: [Seguimientos y evaluaciones](#)    **Tipo**    3680    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Integrar las RIAS para población en riesgo o sujeta a agresiones, accidentes, traumas y violencias con la Dirección de Gestión del Riesgo, con el fin de unificar los procesos de gestión del riesgo, y la visibilidad de los indicadores en los tableros de mando, lo que permitirá mejorar el seguimiento, la visibilidad y la toma de decisiones basadas en datos actualizados y consolidado:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-05 2025-08-27	DIANA PATRICIA HURTADO PEÑA, Mónica María Peña Osorio, MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:15 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el proceso responsable reportó como avance la integración de la Ruta de Atención Integral en Salud (RIAS) para población en riesgo, agresiones, accidentes, traumas y violencias con la Dirección de Gestión del Riesgo, mediante el seguimiento a indicadores y la inclusión de los resultados en los informes de gestión presentados a la Junta Directiva.

Como evidencia, se aportaron tres informes mensuales correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2025, además de la matriz de indicadores y el soporte de publicación en la intranet institucional. En dichos informes se documenta el seguimiento a casos atendidos, clasificación por triaje (II y III), y acciones orientadas al fortalecimiento del talento humano.

No obstante, teniendo en cuenta que el producto esperado de la acción consiste en la entrega mensual de informes durante toda la vigencia 2025, y que con corte al 30 de junio se esperaba un total de seis informes, el avance reportado representa únicamente la mitad del cumplimiento requerido a la fecha.

Por lo anterior, se asigna un porcentaje de avance del 50%.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 30 de abril de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.

En consecuencia, se mantiene el porcentaje de cumplimiento reportado del 50%, dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos adicionales en la ejecución de la acción. Esta situación refleja una posible falta de seguimiento por parte del proceso responsable, lo cual podría comprometer la efectividad de la acción si no se implementan medidas correctivas antes del cierre del período evaluado.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 50 %      Estado: Critico (0% y 69%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:58 PM

El proceso responsable actualizó seguimiento el 27/08/2025.

En la primera verificación realizada el 21/06/2025 se evidenció la entrega de tres informes correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo, lo que representaba un cumplimiento parcial del 50%, dado que a esa fecha se esperaban seis informes mensuales.

Posteriormente, en la segunda verificación realizada el 16/07/2025, no se identificaron avances adicionales.

Sin embargo, en el reporte del 27/08/2025 el proceso aportó como evidencias los informes correspondientes a los meses de abril, mayo, junio y julio de 2025, además del tablero de indicadores de monitoreo de la ruta en el marco de la Circular 008 y soportes de publicación en la intranet institucional. Con este reporte, se completa la entrega de siete informes mensuales consecutivos (enero a julio de 2025), lo cual evidencia la continuidad en la integración de la RIAS con la Dirección de Gestión del Riesgo y la consolidación de la información en los espacios de Junta Directiva.

En este sentido, se evidencia que el proceso ha dado cumplimiento frente a la acción e indicador formulado, en la medida en que se evidencia trazabilidad en la entrega de los informes de enero de julio de 2025.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 03:56 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 97. Gestión Financiera

★ ID: 3678 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

12. Sanción de extemporaneidad en el reporte de información exógena vigencia 2020, impuesta por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN

Hallazgo: 3.3.2.2 Radicar solicitud de devolución de pagos por concepto de lo no debido de manera oportuna, ante la DIAN departamento de grandes contribuyentes

Proceso: Gestión Financiera

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Oportunidad en la radicación de tramites

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3678 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Radicar solicitud de devolución de pagos por concepto de lo no debido de manera oportuna, ante la DIAN departamento de grandes contribuyentes:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-02-03 2025-06-16	Ana Lucia Quintero Mojica, CORRALES GOMEZ MONICA LILIANA

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 % Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:13 PM

Se constató que el procedimiento fue ejecutado según la acción formulada en el plan de mejoramiento, puesto que se radicó la solicitud ante la DIAN, se atendieron los requerimientos de subsanación y se obtuvo respuesta formal por parte de la autoridad tributaria mediante acto administrativo debidamente notificado.

No obstante, la respuesta negativa se sustentó en que, según la DIAN, la Subred ya ostentaba la calidad de “Gran Contribuyente” desde el 1° de enero de 2021, por lo que debía haber cumplido los plazos establecidos para ese régimen. El incumplimiento en la entrega de la información exógena bajo ese marco jurídico conllevó a la aplicación de la sanción.

Así entonces, aunque el resultado de la solicitud fue desfavorable, la acción formulada no pretendía garantizar el reembolso del valor pagado, sino asegurar que la Subred gestionara y radicara oportunamente la solicitud de devolución ante la DIAN. La acción da conformidad según su formulación.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:55 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

☐ 98. Gestión Financiera

★ ID: 3675 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

9. 3.2.1.8.1 Falta de uniformidad en la presentación de la base de medición utilizada en las notas a los Estados Financieros

Hallazgo: Actualizar el procedimiento de elaboración de informes contables código: 11-04-PR-0006

Proceso: Gestión Financiera

Indicador o elemento que identifica el cumplimiento: Procedimiento normalizado en ALMERA

Sistema    Fuente externa: [Seguimientos y evaluaciones](#)      Tipo    3675      Avance ponderado    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Actualizar el procedimiento de elaboración de informes contables código: 11-04-PR-0006:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2024-02-26 2025-06-13	Ana Lucia Quintero Mojica, CORRALES GOMEZ MONICA LILIANA

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:09 PM

El responsable reporta como avance la actualización del procedimiento institucional de elaboración de informes contables, y adjunta como evidencia el documento actualizado.

En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno se identificó en la herramienta Almera el procedimiento 11-04-PR-0006, versión 3.0, con fecha de aprobación del 16 de junio de 2025. El documento se encuentra debidamente estructurado, registrado y publicado, cumpliendo con los requisitos normativos y técnicos para su vigencia institucional.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.

Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:47 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 99. Gestión del Ambiente Físico

★ ID: 3677 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

11. No se adelantaron oportunamente los trámites administrativos y financieros, encaminados al retiro del vehículo de los patios de la Secretaría de Movilidad.

**Hallazgo:** 3.3.2.1 Documentar el procedimiento para los trámites administrativos del parque automotor de la Subred, incluyendo los puntos de control a través de los cuales se garantice la oportunidad para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos

**Proceso:** Gestión Administrativa

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Adherencia al procedimiento de tramites administrativos del parque automotor

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3677    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Documentar el procedimiento para los trámites administrativos del parque automotor de la Subred, incluyendo los puntos de control a través de los cuales se garantice la oportunidad para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-04-01 2025-05-12	Martín Alfonso Rodriguez Lopez, Tatiana Eugenia Marín Salazar - Dirección Administrativa

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:12 PM

Se evidenció el “Procedimiento trámites administrativos parque automotor” registrado bajo el código 14-07-PR-0015, versión 1, con fecha de aprobación del 12 de mayo de 2025.

Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento.



Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus

Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:55 PM

Ver historial

Priorización	Riesgo	Costo	Volumen	
	5	5	5	Alta (125)

☐ 100. Gestión Financiera

★ ID: 3668 / Plan de Mejoramiento PAD 2024 No.164 (2025-01-28) / CONTR

3. Registro de cuentas canceladas o inactivas en Boletín de Tesorería

**Hallazgo:** 3.2.1.1 Conciliar en el sistema de información la desactivación de las cuentas bancarias inactivas o canceladas para que no se reflejen en la impresión del reporte del BOLETIN DE TESORERIA

**Proceso:** Gestión Financiera

**Indicador o elemento que identifica el cumplimiento:** Boletín de Tesorería - cuentas bancarias activas

**Sistema**    Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones    **Tipo**    3668    **Avance ponderado**    100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Conciliar en el sistema de información la desactivación de las cuentas bancarias inactivas o canceladas para que no se reflejen en la impresión del reporte del BOLETIN DE TESORERIA:	100,00% [100%]	2024-12-18 2025-06-30	2025-01-31 2025-09-18	Ana Lucia Quintero Mojica, Luz Yaneth Gómez Ruiz

Seguimientos

A diciembre 31 de 2024 no se había iniciado su ejecución. Esta acción tiene fecha de terminación en junio 30 de 2025.

El avance de la ejecución de la acción se reporta a 31/12/2024, atendiendo lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. Capítulo IV “REPORTE. El Plan de Mejoramiento con el respectivo seguimiento de la totalidad de las acciones abiertas, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, se presentará, por parte del sujeto de vigilancia y control fiscal, a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin, de conformidad con los parámetros y términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., para la rendición de la cuenta anual y presentación de informes.”

Porcentaje: 0 %      Estado: No iniciado

Jefe de Oficina de Control Interno - Claudia Patricia Quintero Cometa 2025-02-17 02:02 PM

Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el 21 de junio de 2025, se verificó que el proceso responsable reportó la ejecución mensual de la desactivación en el sistema de información de las cuentas bancarias canceladas o inactivas, lo cual permite la generación del boletín individual únicamente para las cuentas activas. Como soporte de esta gestión, se aportaron las siguientes evidencias:

Nota interna dirigida a la Oficina TIC solicitando la modificación del reporte general del boletín de tesorería.

Boletines individuales de las cuentas activas 007590426990, 007500996736 y 482800040347, correspondientes al mes de enero de 2025, los cuales presentan movimientos contables.

Documento titulado Cuentas bancarias canceladas e inactivadas - enero-febrero 2025, en el cual se relacionan las cuentas 007500992958 y 007501015197, ambas en estado inactivo y con saldo en cero, lo que respalda su depuración por parte del área de tesorería.

No obstante, a la fecha del seguimiento, no se evidencian resultados tangibles de la modificación estructural del reporte consolidado del boletín de tesorería por parte de la Oficina TIC, ni se ha documentado la validación funcional del ajuste en el sistema institucional. Por lo anterior, se asignó un porcentaje de avance del 80%.

Se recomendó dar seguimiento a la solicitud elevada a la Oficina TIC e incorporar una funcionalidad en el sistema que excluya de manera definitiva las cuentas inactivas del boletín consolidado.

En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 21 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de revisión.

En consecuencia, se mantiene el cumplimiento reportado del 80%, dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos adicionales en la ejecución de la acción. Esta situación podría reflejar una falta de gestión o seguimiento por parte del proceso responsable, lo cual podría afectar la efectividad final de la acción si no se implementan medidas correctivas oportunas antes de la fecha de cierre establecida.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 18/07/2025

Porcentaje: 80 %      Estado: **Acceptable (70% al 89%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-07-29 03:29 PM

El proceso responsable actualizó seguimiento el 18/09/2025 relacionando como evidencia Boletines Resumidos de Tesorería correspondientes a julio y agosto de 2025, en los cuales se evidenció que:

- Solo se reportan cuentas bancarias en estado “Activo”.
- No se incluyen cuentas canceladas o inactivas.

De esta manera, producto de la verificación realizada a los boletines se demuestra la efectividad del ajuste implementado en el sistema institucional, dado que los reportes reflejan exclusivamente cuentas activas. Con ello, se garantiza la confiabilidad de la información en el Boletín de Tesorería y se mitiga el riesgo identificado.

En este sentido, se evidencia que el proceso ha dado cumplimiento frente a la acción e indicador formulado, en la medida en que se evidencia trazabilidad en la entrega de los boletines.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno asigna un cumplimiento del 100%, puesto que se da conformidad a la acción de mejora formulada.

Auditor(a): Deissy Nathaly Cárdenas Lemus  
Fecha: 26/09/2025

Porcentaje: 100 %      Estado: **Satisfactorio (90% al 100%)**

DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS 2025-09-29 03:52 PM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
5	5	5	Alta (125)

## □ 101. Gestión Clínica Hospitalaria

★ ID: 3646 / AUDITORIA AL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE A LA IPS GENERADORA (2025-01-01) / SDS

5. Garantizar que los profesionales de los servicios de hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos; urgencias y servicios del grupo quirúrgico en modalidad intramural, cuentan con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud” en institución registrada ante el INS

**Hallazgo:** Verificar el estado actual de personal de planta y de contrato el contar con los certificados avalados por el INS en torno a la certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud” en institución registrada ante el INS

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información

- pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
  - Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
  - Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
  - Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
  - La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
  - Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
  - Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Ley 1805 de 2016 - decreto 780/2016; resolución 2003/2014, decreto 2493 de 2004; resolución 2460 de 2005 , resolución 2279 de 2008 y acuerdo 419 de 2009, acuerdo 140/2005, acuerdo 369/2009 , acuerdo 363 de 2009; acuerdo 530 de 2013; circular 069 de 2012, circular 0038 de 2006

Origen de la Oportunidad de mejora: Interno

Sistema Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones Tipo 3646 Avance ponderado 100,00%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Contar con la relación de los colaboradores de la Subred que no cumplen con la certificación expedida por instituciones avaladas por el INS en cuidado del donante:	100,00% [100%]	2025-01-01 2025-02-14	2025-02-10 2025-05-06	Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto
2. Solicitar el curso en donación de órganos a los colaboradores que no cuentan con la certificación donante expedida por el Instituto Nacional de Salud” o en institución registrada ante el INS:	100,00% [100%]	2025-01-01 2025-02-14	2025-02-14 2025-02-14	Jayson Galindo Alviz, Norma Viviana Morales Prieto

Seguimientos

Se da cierre a la 10M 3646 teniendo en cuenta que se cumple con la ejecución de la acción en un 100%

1. Contar con la relación de los colaboradores de la Subred que no cumplen con la certificación expedida por instituciones avaladas por el INS en cuidado del donante 100,00%.

2. Solicitar el curso en donación de órganos a los colaboradores que no cuentan con la certificación donante expedida por el Instituto Nacional de Salud” o en institución registrada ante el INS 100%

Porcentaje: 100 %

Estado: Satisfactorio (90% al 100%)

Sandra Patricia Giraldo Cosma 2025-05-13 08:30 AM

[Ver historial](#)

Priorización

Riesgo	Costo	Volumen	
1	1	1	Bajo (1)

## ☐ 102. Gestión Clínica Hospitalaria

✓ ID: 3647 / AUDITORIA AL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE A LA IPS GENERADORA (2025-01-01) / SDS

### 6. Aumentar los reportes de alertas en PCR

**Hallazgo:** Continuar con el seguimiento a los reportes de los profesionales médicos en el sistema de alertas de notificación de PCR que se encuentran en la historia clínica de Dinamica Gerencial

**Proceso:** Gestión Clínica Hospitalaria

**Estándar (Calidad esperada) o requisito relacionado:** Estándar 29. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.

- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

#### Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Ley 1805 de 2016 - decreto 780/2016; resolución 2003/2014, decreto 2493 de 2004; resolución 2460 de 2005 , resolución 2279 de 2008 y acuerdo 419 de 2009, acuerdo 140/2005, acuerdo 369/2009 , acuerdo 363 de 2009; acuerdo 530 de 2013; circular 069 de 2012, circular 0038 de 2006

#### Origen de la Oportunidad de mejora: Interno

**Sistema** Fuente externa: Seguimientos y evaluaciones **Tipo** 3647 **Avance ponderado** 99,50%

Acción de mejora	% Avance	Planeación	Ejecución	Responsables
1. Realizar el seguimiento mensual a los reportes de los profesionales médicos en el sistema de alertas de notificación de PCR que se encuentran en la historia clínica de Dinamica Gerencial y reportar aa la dirección hospitalaria.:	100,00% [75%]	2025-02-20 2025-12-31	2025-02-28 2026-01-28	Juan Alberto Fajardo Cortés

2. Realizar plan de mejoramiento individual a los profesionales médicos que no cumplen con la obligatoriedad de realizar las alertas en PCR con criterio de inclusión.:				99,00% [17%]	2025-02-20 2025-12-31	2025-03-07	DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO, DUARTE CELY RODOLFO, JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA, MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO
Ver historial							
Priorización	Riesgo	Costo	Volumen				
	1	1	1	Bajo (1)			