



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

Bogotá D.C.; 5 de febrero de 2026

Honorables Concejales

JULIÁN ESPINOSA ORTIZ

ANDRÉS DARIO ONZAGA

Concejo de Bogotá, D. C.

comisiondegobierno@concejobogota.gov.co

Calle 36 No. 28 A - 41

Bogotá

Asunto: Respuesta - Proposición No. 117 cuyo tema es: "Solicitud de información Oficina de Control Interno Aditiva No. 115 del 2026", de la Subred Centro Oriente E.S.E.

Respetados Concejales, un cordial saludo,

En atención al requerimiento del asunto, dentro de la Proposición No. 117, aprobada el 26 de enero de 2026, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., emite respuesta a los puntos respecto de los cuales la Entidad es competente, en los siguientes términos:

1. Relación completa y consolidada de los hallazgos u observaciones identificados, indicando de manera expresa el proceso, dependencia o área auditada, así como la incidencia determinada en cada caso (administrativa, disciplinaria, fiscal o penal). En los eventos en que se haya establecido incidencia fiscal, informar la cuantía estimada del presunto detrimento patrimonial y el estado de las acciones adelantadas para su recuperación.

Respuesta: La Oficina de Control Interno (OCI), de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., en cumplimiento a lo establecido en los artículos 209 y 269 de la Constitución Política de Colombia, así en relación con el alcance de los hallazgos de auditoría interna, es pertinente precisar que, conforme a las competencias previstas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993 y en el Decreto 1083 de 2015, las auditorías adelantadas por las Oficinas de Control Interno tienen como finalidad agregar valor a la gestión institucional, mediante la identificación de brechas, debilidades de control y riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

En este contexto, los hallazgos u observaciones identificados tienen naturaleza administrativa y se comunican a la administración con el propósito de promover la adopción de acciones de mejora, orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al mejoramiento continuo de la gestión. En ningún caso dichos hallazgos implican, por sí mismos, la determinación de responsabilidades de carácter fiscal, disciplinario o penal.

No obstante, a partir del análisis basado en riesgos aplicado en las auditorías internas se



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

identifiquen situaciones críticas que eventualmente puedan dar lugar a responsabilidades de esta naturaleza, la Oficina de Control Interno deberá efectuar los reportes correspondientes ante los organismos de control o autoridades competentes, aportando los informes y las evidencias documentales que sustenten dichas actuaciones.

En consecuencia, los informes de auditoría interna no constituyen una declaratoria de responsabilidad ni tienen por objeto la calificación, tipificación o determinación de incidencias fiscales, disciplinarias o penales, funciones que corresponden de manera exclusiva a los organismos de control y a las autoridades administrativas y judiciales competentes, en el marco de sus atribuciones constitucionales y legales.

Por tanto, las Oficinas de Control Interno carecen de competencia para calificar, tipificar o determinar responsabilidades de carácter fiscal, disciplinario o penal derivadas de los hallazgos u observaciones identificados, limitándose su actuación a la formulación de estos, con base en un análisis de riesgos, así como a la emisión de conclusiones y recomendaciones orientadas a la adopción de acciones de mejora por parte de la administración, cuando a ello haya lugar.

Así las cosas en el marco de la política institucional de mejora continua, y en cumplimiento de las directrices establecidas por el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), la Oficina de Control Interno en atención al Rol de evaluación y seguimiento, llevó a cabo el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora de las auditorías realizadas en la vigencia 2024 y 2025, siendo relevante mencionar que la Oficina de Control Interno ha puesto en conocimiento de los procesos auditados, de los representantes legales de la entidad y/o interventores, el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas realizadas. Adicionalmente inmerso en los informes semestrales realizados a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno del proceso Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. se han socializado los resultados de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría a los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 221 del 2023.

Por lo anteriormente expuesto, a continuación, se presenta el estado de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento producto de las auditorías internas realizadas en la vigencia 2024 y 2025 y de cada auditoría se plasma el(los) hallazgo(s) que a la fecha se encuentran para la vigencia 2024 en estado incumplido y para la vigencia 2025 en estado abierto.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA DE AUDITORIAS REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2025

En la vigencia 2025 la Oficina de Control Interno realizó 10 auditorías internas basada en riesgos las cuales se encontraban aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación de



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

Control Interno.

En la siguiente tabla se relaciona las auditorías realizadas, identificando en cada una ellas el número de hallazgos generados, el estado a la fecha del presente informe, siendo importante mencionar que la oficina de control interno tiene presente la fecha final establecida por el proceso auditado para la verificación de su cumplimiento.

Tabla No. 1 Seguimiento al Cumplimiento de Plan de Mejoramiento de Auditorías Basadas en Riesgos Vigencia 2025

| Auditoría Interna Basada en Riesgos | Proceso Auditado | Hallazgos Generados | Total de acciones Formuladas | Fecha finalización de acciones Plan de Mejoramiento | Formulación Plan de Mejora (Observación) DICIEMBRE 2025 | Acción terminada o cerrada | Acciones sin ejecutar | % cumplimiento acciones de mejora | Hallazgos Cerrados | % Cumplimiento Plan de Mejoramiento | Estado del Plan de Mejoramiento |
|--|---|---------------------|------------------------------|---|--|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|---|
| AUDITORÍA A LA CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | CONTRATACION / DIRECCION ADMINISTRATIVA | 3 | 4 | 31/07/2026 | El informe final fue enviado y radicado bajo el SISSCO 2025-00003215 de fecha 11/11/2025, a la fecha el proceso auditado allegó el Plan de Mejoramiento, seguimiento a Revisión a cabo durante la vigencia 2026 | 0 | 4 | 0% | 0 | 0% | ABIERTO |
| AUDITORÍA A LAS INCAPACIDADES DE LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA SUBRED | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | 3 | 11 | Julio a octubre 2025 | Se realizó seguimiento en el aplicativo Alimera a las acciones propuestas, sin evidencia de cumplimiento, no obstante lo anterior se realizará un segundo seguimiento al plan de mejoramiento en la vigencia 2026 | 0 | 11 | 0% | 0 | 0% | ABIERTO |
| AUDITORÍA A MANUAL DE FUNCIONES DIRECTIVA DOB 21 | GESTION DEL TALENTO HUMANO | 0 | NA | NA | Se envió informe final Auditoría no generó hallazgos | NA | NA | NA | NA | NA | Auditoría no generó hallazgos |
| AUDITORÍA MANTENIMIENTOS EQUIPOS BIOMEDICOS ODONTOLÓGIA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS | DIRECCION ADMINISTRATIVA / GESTIÓN AMBIENTAL | 13 | 52 | 30/06/2026 | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 | 0 | 52 | 0% | 0 | 0% | ABIERTO |
| AUDITORÍA CONTRATACIÓN DE OPS PERSONAL ASISTENCIAL | GESTION DE CONTRATACION Y PROCESO MISIONAL - DIRECCION CONTRATACION / SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD | 6 | 24 | Junio de agosto 2025 | El proceso formuló 24 acciones de mejora para los 6 hallazgos. La OC ha realizado a la fecha 2 seguimientos al cumplimiento del plan de mejora, verificando bajo los SISSCO-2025-0000293 de fecha 10/08/2025 y SISSCO-2025-0000315 de fecha 23/12/2025 evidenciando avances en cumplimiento del 50% (12) y cierrando un (1) hallazgo | 12 | 12 | 50% | 1 | 17% | ABIERTO |
| AUDITORÍA PAGO DE MULTAS DE SANCIONES INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS | GESTIÓN JURÍDICA | 4 | 4 | 08/12/2025 | La OC realizará seguimiento en la vigencia 2026 | 0 | 4 | 0% | 0 | 0% | ABIERTO |
| AUDITORÍA PAGO DE SENTENCIAS EJECUTORIAS | GESTIÓN JURÍDICA/GESTIÓN FINANCIERA | | | | Auditoría en etapa de Informe Preliminar | 0 | 0 | 0%/0/1 | 0 | 0%/0/1 | Auditoría en etapa de Informe Preliminar |
| AUDITORÍA AL LABORATORIO CLÍNICO Y CONTRATACIÓN | GESTION DE CONTRATACION Y PROCESO MISIONAL - DIRECCION DE COMPLEMENTARIO DIRECCION DE CONTRATACION | 2 | 7 | 31 de diciembre del 2025 | El proceso a auditado allegó Plan de mejora y se realizará seguimiento en la vigencia 2026 | 0 | 7 | 0% | 0 | 0% | ABIERTO |
| AUDITORÍA CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES | GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO | 0 | NA | NA | A/ resultado del ejercicio auditor no generó hallazgos | NA | NA | NA | NA | NA | El Resultado del ejercicio de auditor no generó hallazgos |
| AUDITORÍA SEGURIDAD DEL PACIENTE (EVENTOS ADVERSOS) | GESTIÓN DE CALIDAD | 1 | 5 | 31/03/2026 | Se realizó entrega del informe final de la Auditoría 04/12/2025, y fue entregado Plan de Mejoramiento formulado. La OC realizará seguimiento en la vigencia 2026 | 0 | 5 | 0% | 0 | 0% | ABIERTO |
| | | 32 | 107 | | | 12 | 95 | 11% | 1 | 3% | |



ORIGEN:
DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTA - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

Fuente: Elaboración propia OCI

De las 10 auditorías realizadas, dos (2) de ellas “auditoría a manual de funciones y auditoría convenios docentes asistenciales Directiva 008-21” en el resultado del ejercicio auditor no se identificaron hallazgos, por tanto, no requirieron formulación de Plan de Mejoramiento; una (1) auditoría a la fecha se encuentra en etapa de informe preliminar “Auditoría Pago de Sentencias Ejecutoriadas” y en las siete (7) auditorías restantes se generó un total treinta y dos (32) hallazgos en donde los procesos auditados atendiendo al procedimiento de formulación de planes de mejoramiento allegaron Plan de Mejoramiento, con la formulación de un total de ciento siete (107) acciones de mejoramiento, que a la verificación de los avances en el cumplimiento a la fecha del presente informe se evidenció cumplimiento del 11% (12 acciones de mejora) y cierre de un (1) hallazgo.

A continuación, de manera detallada se relaciona las auditorías que a la fecha se encuentra con acciones de mejora y planes de mejoramiento en estado abierto:

1.1 Auditoría a la Contratación de Bienes y Servicios
Proceso Auditado: Gestión de Contratación - Dirección Administrativa
Link página web:

<https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20FINAL%20AUDITORIA%20BIENES%20Y%20SERVICIOS%202025%2011%20NOV.pdf>

| AUDITORIA A LA CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------|--|
| CANTIDAD HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| 3 | Hallazgo No.1. Contratos verificados sin cumplimiento del 5% de la totalidad del cargue de documentos al expediente SECOP II correspondientes a documentos de las etapas precontractual y contractual | acción de mejora pertinente | ABIERTO | El Informe final fue enviado y radicado bajo el SISSCO 2025-CI-002025 de fecha 11/11/2025, a la fecha el proceso auditado allegó el Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| | Hallazgo No. 2. Manual de contratación desactualizado acorde a lo estipulado en la Resolución 2053 del 02 de octubre del 2025 y el Decreto 1600 del 2024 | acción de mejora pertinente | ABIERTO | El Informe final fue enviado y radicado bajo el SISSCO 2025-CI-002025 de fecha 11/11/2025, a la fecha el proceso auditado allegó el Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| | Hallazgo No. 3. Falta de actualización, custodia, conservación y preservación del archivo de gestión contractual de la Dirección de Contratación, | acción de mejora pertinente | ABIERTO | El Informe final fue enviado y radicado bajo el SISSCO 2025-CI-002025 de fecha 11/11/2025, a la fecha el proceso auditado allegó el Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |

Fuente: Elaboración propia OCI



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

1.2 Auditoria a las incapacidades de los funcionarios de planta de la SubredCo

Proceso Auditado: Gestión de Talento Humano

Link página web

<https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20FINAL%20DE%20AUDITORIA%20INCAPACIDADES%20CON%20AJUSTES%20DE%20LA%20REPLICA%20aceptado%20por%20la%20jefe.pdf>

| AUDITORIA A LAS INCAPACIDADES DE LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA SUBREDCO | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------|---|
| CANTIDAD HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| 3 | ID 6152 Hallazgo No.1 Recobro de incapacidades de los funcionarios de planta ante las EPS y ARL | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se realizó seguimiento en el aplicativo Almera a las acciones propuestas, con cumplimiento parcial de las acciones de mejoramiento propuestas, no obstante, lo anterior se realizará un segundo seguimiento al plan de mejoramiento en la vigencia 2026 |
| | ID 6153 Hallazgo No.2 Recobro de dineros que se pagaron a una funcionaria que se encontraba pensionada. | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se realizó seguimiento en el aplicativo Almera a las acciones propuestas, con cumplimiento parcial de las acciones de mejoramiento propuestas, no obstante, lo anterior se realizará un segundo seguimiento al plan de mejoramiento en la vigencia 2026 |
| | ID 6154 Hallazgo No.3 Baja gestión en la recuperación de recursos para el cobro de las incapacidades ante las EPS y ARL | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se realizó seguimiento en el aplicativo Almera a las acciones propuestas, con cumplimiento parcial de las acciones de mejoramiento propuestas, no obstante, lo anterior se realizará un segundo seguimiento al plan de mejoramiento en la vigencia 2026 |

Fuente: Elaboración propia OCI

1.3 Auditoría al Mantenimiento de equipos biomédicos servicios de odontología

Proceso Auditado: Proceso de Gestión de Recursos Físicos y Abastecimiento – Componente Biomédico.

Link página web:

<https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20FINAL%20AUDITORIA%20MTTO%20EQUIPOS%20BIOMEDICOS%20ODONTOLOGIA.pdf>

| AUDITORÍA AL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------|--|
| CANTIDAD HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| 13 | 1. Errores en el registro de nombres del contratista “CONSORCIO BIOMEDICA 2025”, en la minuta del contrato 02 BS 026 2025 (Pág. 3, numerales 12,15 y 18), el cual de manera correcta debe corresponder al “CONSORCIO BIOINGENIERIA 2025”, sin soporte que aclare y/o los corrija | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| | 2. Sin suministro de evidencia | acción de mejora | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | | |
|---|-----------------------------|---------|--|
| al cumplimiento de lo establecido en el Contrato 02 BS 026 2025, numeral 27 "Para la radicación de la factura se debe anexar un certificado por cada encargado de ingeniería biomédica de la sede perteneciente a la subred donde certifique el cumplimiento de la meta establecida | pertinente | | El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 3. Contrato 02-BS-270-2020, (49 Otrosí modificatorios) adiciones que superaron 4.1. veces el valor inicial establecido y prórrogas reiteradas desde el año 2020 al 2025, contradiciendo los principios de planeación principios de transparencia, economía y responsabilidad consagrados en la Ley 80 de 1993. Así como lo establecido en el acuerdo 50 de 2018 y al manual de contratación numerales 8.3.1. y 8.4.4 (Versión 3 y Versión 4). | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 4. Evidencia de disparidad en información contenida en el cronograma de mantenimiento suministrado | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 5. Sin evidencia en los equipos biomédicos del Servicio de Odontología y Odontología especializada de guías de uso rápido en los equipos biomédicos | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 6. Equipos biomédicos de tamaño grande con stiker adherido con registro de fecha del mantenimiento, identificado con logo de la "empresa Biosistemas". Incumpliendo la empresa contratada Consorcio Bioingeniería 2025 a lo establecido en la CLÁUSULA QUINTA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: B. ESPECIFICAS. | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 7. Existencia de 13 incubadoras de Pruebas Biológicas entregadas a la SubredCo propiedad de Rafael Antonio Salamanca - establecimiento de comercio Deposito Drogas Boyacá. han pasado 2 años y 9 meses aproximadamente, los equipos biomédicos se encuentran en los servicios sin que se documento comodato vigente. | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 8. Sin expedientes | acción de mejora | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | | |
|---|-----------------------------|---------|--|
| documentales que soporten las fichas técnicas/hojas de vida, los mantenimientos realizados y el historial de mantenimiento realizado a las incubadoras encontradas en los servicios de odontología y pertenecientes al proveedor Rafael Antonio Salamanca - propietario del establecimiento de comercio Deposito Drogas Boyacá | pertinente | | El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 9. Equipos biomédicos del servicio de Odontología con fallas en su funcionamiento o dañados, evidenciando falencias en los puntos de control que debe aplicar el personal Biomédico del Componente de Gestión de la Tecnología Biomédica en el cumplimiento del plan de mantenimiento y metrología | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 10. Sin suministro de 308 (52%) expedientes documentales de hoja de vida de equipos biomédicos verificados por la Oficina de Control Interno y a la revisión de las 284 expedientes suministrados se evidenció incumplimiento en 258 expedientes que soportan la trazabilidad de los equipos biomédicos en la entidad, priorizando el Formato de Ficha Técnica del equipo biomédico / Hoja de vida, Soportes de mantenimiento y metrología realizados vigente y al corte del 30 de agosto del 2025 y el Formato de historial de Mantenimiento diligenciado y actualizado con los mantenimientos realizados, evidenciando falencias en el Componente de Gestión de la Tecnología biomédica en el manejo y control de la gestión documental | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 11.Evidenciar mantenimientos realizados con fecha vigente en 167 de los 592 equipos biomédicos verificados, correspondiente al 28%; en cuanto a los equipos que requieren adicional al mantenimiento periódico calibración o validación se encontró soporte vigente en 4 de 117 equipos, correspondiente al 3%. | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 12.Soportes de mantenimiento "orden de trabajo" realizados de | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | | |
|--|-----------------------------|---------|--|
| los meses de abril a junio del 2025 con logo de una empresa llamada "Biosistemas", contratista que no corresponde al contrato 02 BS 026 2025 Consorcio Bioingeniería 2025 con el cual la SubredCo celebró contrato para tal fin | | | seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |
| 13. falencias en el ejercicio de supervisión, de los supervisores designado a los siguientes contratos: * Contratos de prestación de servicios del personal biomédico vinculado a la entidad y relacionados en la tabla No.4. * Contrato 02-BS-026-2025 * Contrato 02-BS-270-2020 * Contrato de comodato 02 BS 0138 2022 y al contrato el contrato 02-BS-0059-2022 | acción de mejora pertinente | ABIERTO | Se entregó Informe Final con 13 hallazgos generados. El proceso auditado allegó Plan de Mejoramiento, seguimiento a llevarse a cabo durante la vigencia 2026 |

Fuente: Elaboración propia OCI

1.4 Auditoría Contrato de Prestación de Servicios - personal asistencial

Proceso Auditado: Gestión de Contratación y Proceso Misional Dirección de Contratación / Subgerencia de Servicios de Salud

Link página web:

<https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20FINAL%20AUDITORIA%20CONTRATOS%20DE%20PRESTACION%20DE%20SERVICIOS%20ASISTENCIALES.pdf>

| AUDITORÍA CONTRATACIÓN DE CPS PERSONAL ASISTENCIAL | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------|---|
| CANTIDAD HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| 6 | ID 6106 Hallazgo No. 2. Falencias en los puntos de control Sin verificación que la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate | acciones de mejora pertinentes | ABIERTO | El proceso formulo 24 acciones de mejora para los 6 hallazgos. La OCI ha realizado a la fecha 2 seguimientos al cumplimiento del plan de mejora socializados bajo los informes radicados bajo el SISSCO-2025-CI-001593 de fecha 10/09/2025 y el SISSCO-2025-CI-002315 de fecha 23/12/2025 evidenciando avance en cumplimiento del 50% (12) y cierre del hallazgo No.1. (ID 6105) |
| | ID 6107 Hallazgo No.3. falta de adherencia del área de selección de la Dirección de Contratación a lo establecido en el procedimiento de verificación de títulos académicos para contratistas por orden de prestación de servicios | acciones de mejora pertinentes | ABIERTO | El proceso formulo 24 acciones de mejora para los 6 hallazgos. La OCI ha realizado a la fecha 2 seguimientos al cumplimiento del plan de mejora socializados bajo los informes radicados bajo el SISSCO-2025-CI-001593 de fecha 10/09/2025 y el SISSCO-2025-CI-002315 de fecha 23/12/2025 evidenciando |



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -

TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | | | |
|--|--------------------------------|----|---------|---|
| | | | | avance en cumplimiento del 50% (12) y cierre del hallazgo No.1. (ID 6105) |
| ID 6108 Hallazgo No. 4. valores pagos por horas de consulta y procedimientos diferentes a los estipulados en la Resolución 579 del 2024 | acciones de mejora pertinentes | de | ABIERTO | El proceso formulo 24 acciones de mejora para los 6 hallazgos. La OCI ha realizado a la fecha 2 seguimientos al cumplimiento del plan de mejora socializados bajo los informes radicados bajo el SISSCO-2025-CI-001593 de fecha 10/09/2025 y el SISSCO-2025-CI-002315 de fecha 23/12/2025 evidenciando avance en cumplimiento del 50% (12) y cierre del hallazgo No.1. (ID 6105) |
| ID 6109 Hallazgo No. 5. Personal vinculado por CPS sin algunos documentos que soportan la educación formal registrada en la hoja de vida, así como certificaciones de cursos de educación no formal sin vigencia | acciones de mejora pertinentes | de | ABIERTO | El proceso formulo 24 acciones de mejora para los 6 hallazgos. La OCI ha realizado a la fecha 2 seguimientos al cumplimiento del plan de mejora socializados bajo los informes radicados bajo el SISSCO-2025-CI-001593 de fecha 10/09/2025 y el SISSCO-2025-CI-002315 de fecha 23/12/2025 evidenciando avance en cumplimiento del 50% (12) y cierre del hallazgo No.1. (ID 6105) |
| ID 6110 Hallazgo No.6. Error en el valor certificado por parte del área de cuentas médicas de los procedimientos realizados y cobrados por evento de los meses de enero y febrero del 2025 y por parte del supervisor al pago de los meses de enero, febrero y marzo del 2025 de servicios prestados por el profesional especializado del contrato PS 1066 del 2025 | acciones de mejora pertinentes | de | ABIERTO | El proceso formulo 24 acciones de mejora para los 6 hallazgos. La OCI ha realizado a la fecha 2 seguimientos al cumplimiento del plan de mejora socializados bajo los informes radicados bajo el SISSCO-2025-CI-001593 de fecha 10/09/2025 y el SISSCO-2025-CI-002315 de fecha 23/12/2025 evidenciando avance en cumplimiento del 50% (12) y cierre del hallazgo No.1. (ID 6105) |

Fuente: *Elaboración propia OCI*

1.5 Auditoría Pago de Multas de Sanciones por Investigaciones Administrativas

Proceso Auditado: Gestión Jurídica-Gestión de Calidad-Gestión de Recursos Financieros.

Link página web:

<https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20FINAL%20AUDITORIA%20PAGO%20MULTAS%20SANCIONES%20ADMINISTRATIVAS.pdf>

| AUDITORÍA PAGO DE MULTA DE SANCIONES POR INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------|---|
| CANTIDAD HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| 4 | ID 601 Hallazgo No.1. sin evidencia de cifras exactas consolidadas de 1a y 2a instancia por concepto de fallos definitivos de sanciones | acciones de mejora pertinente | ABIERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025. A la fecha el proceso auditado no ha cargado soportes, ni análisis en el SIG |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -

TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--|
| administrativas pendientes del pago | | | que evidencien avances o cumplimiento Seguimiento por la OCI 2026 |
| ID 6402 Hallazgo No. 2. 368 expedientes con procedimiento administrativo sancionatorio con multas en contra de la subred, sin puntos de control en los procesos y procedimientos de la entidad (fallas en la prestación del servicio de salud, irregularidades en la información suministrada por parte del personal médico, irregularidades y deficiencias prestación del servicio a los pacientes, estándares de habilitación, manejo de historias clínicas, fallas en el control de medicamentos, entre otras) | acciones de mejora pertinente | ABIERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025. A la fecha el proceso auditado no ha cargado soportes, ni análisis en el SIG que evidencien avances o cumplimiento Seguimiento por la OCI 2026 |
| ID 6403 Hallazgo No. 3. Incumplimiento en la obligatoriedad de realizar pagos por sanciones administrativas ejecutoriadas | acciones de mejora pertinente | ABIERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025. A la fecha el proceso auditado no ha cargado soportes, ni análisis en el SIG que evidencien avances o cumplimiento Seguimiento por la OCI 2026 |
| ID 6404 Hallazgo No.4. Sin evidencia de soluciones de carácter jurídico como acciones de caducidad y prescripción a expedientes que se encuentran aún en desarrollo procesal y los procesos con fallo definitivo sancionatorio que datan desde 2017 en atención a lo establecido en artículo 52 de la ley 1439 de 2011 | acciones de mejora pertinente | ABIERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025. A la fecha el proceso auditado no ha cargado soportes, ni análisis en el SIG que evidencien avances o cumplimiento Seguimiento por la OCI 2026 |

Fuente: Elaboración propia OCI

1.6 Auditoría laboratorio clínico y contratación

Proceso Auditado: Gestión de Contratación y Proceso Misional – Dirección de Complementarios / Dirección de Contratación.

Link página web:

<https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20FINAL%20AUDITORIA%20LABORATORIO%20CLINICO%20Y%20CONTRATACION.pdf>

| AUDITORÍA LABORATORIO CLÍNICO Y CONTRATACIÓN | | | | |
|--|---|--|---------------|---|
| CANTIDAD HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| 2 | ID 6131 Hallazgo No.1. El 71 % de los equipos biomédicos listados se encuentran sin clasificación del Riesgo, incompletitud en el diligenciamiento de las hojas de vida de los equipos, favoreciendo la inadecuada gestión de mantenimiento de los equipos | acciones de mejora pertinente, recomendando fortalecer los controles | ABIERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025 Seguimiento por la OCI 2026 |
| | ID 6130 Hallazgo No. 2. Aplicación insuficiente de puntos de control por parte en las etapas pre contractual y contractual relacionados con la vinculación del personal por orden de | acciones de mejora pertinente, recomendando fortalecer los controles | ABIERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025 Seguimiento por la OCI 2026 |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2026-CS-002051
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | | | |
|--|-------------------------|--|--|--|
| | prestación de servicios | | | |
|--|-------------------------|--|--|--|

Fuente: *Elaboración propia OCI*

1.7 Auditoría seguridad del paciente (eventos adversos)

Proceso Auditado: Gestión de Calidad

Link página web:

<https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20FINAL%20AUDITORIA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EVENTOS%20ADVER SOS.pdf>

| AUDITORÍA LABORATORIO CLÍNICO Y CONTRATACIÓN | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------|---|
| CANTIDAD HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| 1 | Hallazgo No.1. Incumplimiento en el abordaje y plazo de gestión de los Eventos Adversos de acuerdo a lo descrito en el Manual Programa de Seguridad del Paciente | acciones de mejora pertinente | ABIERTO | Se realizó entrega del Informe final de la Auditoría 04/12/2025, y fue entregado Plan de Mejoramiento formulado por el proceso auditado, con fecha final de cumplimiento al 31/03/2026. Seguimiento por la OCI 2026 |

Fuente: *Elaboración propia OCI*

2. Relación detallada de los traslados realizados como consecuencia de las incidencias señaladas en el numeral anterior, precisando la autoridad competente a la cual se efectuó el respectivo traslado, la fecha de remisión, el fundamento jurídico y el estado actual de cada actuación.

Respuesta: La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función de control y seguimiento, remitió a la Oficina de Control Interno Disciplinario de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. la información correspondiente, de hechos ocurridos en períodos comprendidos entre los años 2013 y 2022, lo que dio lugar a la apertura del Proceso No. 040 de 2025, el cual actualmente se encuentra en etapa de indagación previa.

3. Informar si la OCI, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 62 del Decreto Ley 403 de 2020, ha efectuado reportes al sistema de alertas del control interno a la Contraloría General de la República, relacionados con hechos u operaciones, actos, contratos, programas, proyectos o procesos en ejecución en los cuales, en desarrollo de sus funciones, se haya evidenciado un riesgo de afectación o pérdida de recursos públicos y/o de bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En caso afirmativo, indicar el número de reportes efectuados y una descripción general de los mismos.

Respuesta: A la fecha la Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. no ha reportado al Sistema de Alertas de Control Interno de la Contraloría General de la República, como quiera que no se ha detectado riesgo de afectación o pérdida de recursos públicos y/o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública.



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

4. Relación de los procesos disciplinarios adelantados durante la vigencia objeto de consulta, indicando el responsable, el estado actual del proceso, la autoridad competente y una breve descripción de los hechos que dieron origen a cada actuación.

Respuesta: Se adjunta en formato Excel, la relación de los procesos disciplinarios activos adelantados durante la vigencia 2025 y 2026.

A su vez es importante indicar que las actuaciones disciplinarias se encuentran amparadas por reserva legal, razón por la cual no es posible suministrar información relacionada con la identificación de los presuntos responsables, ni con aspectos que permitan inferir su identidad o el contenido específico de las actuaciones en curso. En consecuencia, esta Subred se encuentra legalmente impedida para revelar información individualizada sobre los disciplinables, sin que ello implique desconocimiento del deber de colaboración armónica entre las entidades del Estado, sino el estricto cumplimiento del marco normativo vigente y la garantía del debido proceso, la presunción de inocencia y el derecho a la defensa.

5. Relación de las decisiones de fondo proferidas dentro de los procesos disciplinarios, señalando el sentido de la decisión, la fecha de expedición y, de ser posible, las sanciones impuestas o medidas adoptadas.

Respuesta: En relación con el estado procesal y las decisiones adoptadas, es importante mencionar que en aquellos asuntos en los cuales se cuenta con fecha de apertura de indagación previa, la decisión de fondo corresponde al auto de apertura de indagación, de conformidad con lo previsto en el Código General Disciplinario, etapa orientada a verificar la ocurrencia de la conducta y la posible relevancia disciplinaria de los hechos. En los casos en que se cuenta con fecha de apertura de investigación disciplinaria, se informa que efectivamente se profirió auto de apertura de investigación, conforme a lo dispuesto en la Ley 1952 de 2019, al haberse identificado elementos que permiten inferir la posible comisión de una falta disciplinaria y la individualización del presunto responsable, sin que ello implique prejuzgamiento alguno.

6. Informar sobre el nivel de cumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, indicando las acciones correctivas y preventivas implementadas, los responsables de su ejecución y el porcentaje de avance a la fecha.

Respuesta: Como parte del monitoreo al componente de auditoría interna y externa, la Subred Centro Oriente, cuenta con el procedimiento de planes de mejoramiento, el cual tiene una orientación hacia el cumplimiento de los principios y ejes de acreditación que busca impactar positivamente en la mejora institucional a través de la ejecución eficiente de las acciones de mejora, mediante la formulación, el registro y el seguimiento a los planes de mejoramiento.



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

La formulación de los planes de mejora se realiza de acuerdo a lo estipulado en el ET-CA-PC-02 Procedimiento planes de mejora llevándolos al formato formulación plan de mejoramiento ET-CA-FT-014 actualizado durante el 2025, alineado al modelo evaluativo de acreditación, con su posterior registro en la Plataforma ALMERA.

Como herramienta de control, la Subred cuenta con el módulo de planes de mejoramiento en el sistema de información ALMERA, por medio del cual se ha logrado implementar un método organizado, planificado y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad y tiempos de respuesta y custodia de la información que se genera de los planes de mejora que apoyan los cierres del ciclo. Adicionalmente favorece el seguimiento de autocontrol y segundo orden de verificación de las acciones y sus actividades en pro de la mejora.

Desde la oficina de calidad se efectúa acompañamiento metodológico para la construcción de los planes de mejora con sus respectivas acciones de mejora resultado de las auditorías internas como externas. Así mismo se efectúa seguimiento y monitoreo al cumplimiento de las acciones registradas en cada uno de los dichos planes.

En cuanto al comportamiento de los planes de mejoramiento para el año 2024 el porcentaje de cumplimiento acumulado es del 100% con respecto a la meta del 92%, donde se formularon 1292 acciones de mejora y se gestionaron 1291.

Para la vigencia 2025, se formularon 2054 acciones de mejora, cuyas fuentes generadoras se relacionan a continuación:

Tabla 2. Número de acciones de mejora formuladas por fuente



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| FUENTE | PENDIENTES | TERMINADA | TOTAL ACCIONES | % CUMPLIMIENTO |
|--|------------|-------------|----------------|----------------|
| SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | | 599 | 599 | 100% |
| ACREDITACION | 18 | 300 | 318 | 94% |
| PERSONERIA | | 160 | 160 | 100% |
| REVISORIA FISCAL | | 156 | 156 | 100% |
| AUDITORIA DE CALIDAD | | 138 | 138 | 100% |
| AUDITORIAS CONTROL INTERNO | | 122 | 122 | 100% |
| CAPITAL SALUD | | 121 | 121 | 100% |
| PLAN DE ACCION HABILITACION | | 79 | 79 | 100% |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE | | 77 | 77 | 100% |
| INVIMA | | 61 | 61 | 100% |
| SIVIGILA INSTITUCIONAL | | 49 | 49 | 100% |
| AUDITORIA INTERNA SUPER SALUD | | 33 | 33 | 100% |
| AUDITORIA CONCURRENT | | 30 | 30 | 100% |
| COVES | | 21 | 21 | 100% |
| PLANES DE MEJORA DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES | | 20 | 20 | 100% |
| FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES | | 19 | 19 | 100% |
| FAMISANAR | | 12 | 12 | 100% |
| ALIANSA SALUD | | 10 | 10 | 100% |
| PLANES DE MEJORA COMITES INSTITUCIONALES | | 9 | 9 | 100% |
| FENIX-SUPERSALUD | | 6 | 6 | 100% |
| INSATISFACCION DE LA ATENCION | | 5 | 5 | 100% |
| PETICIONES QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS | | 5 | 5 | 100% |
| GESTION DEL RIESGO | | 2 | 2 | 100% |
| COOSALUD | | 1 | 1 | 100% |
| SALUD TOTAL | | 1 | 1 | 100% |
| TOTAL | 18 | 2036 | 2054 | 99,1% |

Fuente. *ALMERA -Modulo Planes de Mejoramiento*

De estas 2054 acciones de mejora formuladas se gestionaron 2036 quedando por gestionar 18 acciones que corresponden a actividades que no cumplieron su ciclo de gestión dentro de la autoevaluación del sistema único de Acreditación, logrando un porcentaje de cumplimiento del 99.1%, superior a la meta institucional del 90%.

ENERO 2026

Para el mes de enero de 2026 se hace un informe parcial del cumplimiento donde el resultado es el siguiente: Se han formulado 172 acciones de mejora de las cuales a corte de 30 de enero se han gestionado 139, dando un porcentaje de avance del 81%.

En la siguiente tabla se relacionan las fuentes, así como el desarrollo parcial de ejecución.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2026-CS-002051
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| FUENTE | EN DESARROLLO | TERMINADAS | TOTAL | % CUMPLIMIENTO |
|-------------------------------|------------------|------------|------------|-------------------|
| ASMET SALUD | | 14 | 14 | 100% |
| AUDITORIA CONCURRENTE | | 1 | 1 | 100% |
| AUDITORIA CUENTAS MEDICAS | 1 | | 1 | 0% |
| AUDITORÍA DE CALIDAD | 1 | 5 | 6 | 83% |
| AUDITORIA INTERNA SUPER SALUD | 6 | 40 | 46 | 87% |
| AUDITORIAS CONTROL INTERNO | 1 | 1 | 2 | 50% |
| CAPITAL SALUD | 15 | 38 | 53 | 72% |
| COVES | | 3 | 3 | 100% |
| GESTION DEL RIESGO | | 3 | 3 | 100% |
| PERSONERIA | 4 | 2 | 6 | 33% |
| REVISORIA FISCAL | 1 | 14 | 15 | 93% |
| SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 1 | 4 | 5 | 80% |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE | 3 | 8 | 11 | 73% |
| SIVIGILA INSTITUCIONAL | | 6 | 6 | 100% |
| TOTAL | 33 | 139 | 172 | 81% |

Fuente. ALMERA -Modulo Planes de Mejoramiento

Por otra parte, producto de las auditorías internas, la oficina de Control Interno para la vigencia 2025 se permite informar el estado de los hallazgos de acuerdo con la siguiente relación y en archivo anexo Excel:

| FICHA TÉCNICA DE PLANES DE MEJORA POR PROCESO | | | | | | | |
|---|--|---------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|---------------|--|
| PROCESO: | GESTION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO - CONTROL INTERNO - SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA DE AUDITORIAS REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2025 | | | | | | |
| LIDER DEL PROCESO | ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO - JEFE OCI | | | | | | |
| AUDITORIA | PROCESO AUDITADO | UN FAF MA RES | CANTIDAD DE HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| AUDITORÍA INCAPACIDADES DE LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA SUBREDCO | GESTIÓN DE TALENTO HUMANO- | | 3 | ID 6152 Hallazgo No.1 Recobro de incapacidades de los funcionarios de planta ante las EPS y ARL | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | Se realizó seguimiento en el aplicativo Almera a las acciones propuestas, con cumplimiento parcial de las acciones de mejoramiento propuestas, no obstante lo anterior se realizará un segundo seguimiento al plan de mejoramiento en la vigencia 2026 |
| | | | | ID 6153 Hallazgo No.2 Recobro de dineros que se pagaron a una funcionaria que se encontraba pensionada. | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | |
| | | | | ID 6154 Hallazgo No.3 Baja gestión en la recuperación de recursos para el cobro e las incapacidades ante las EPS y ARL. | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | |
| AUDITORÍA A LA CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | CONTRATACION / DIRECCION ADMINISTRATIVA | | 3 | Hallazgo No.1. Contratos verificados sin cumplimiento del 50% de la totalidad del cargue de documentos al expediente SECOP II correspondientes a documentos de las etapas precontractual y contractual | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | El Informe final fue enviado y radicado bajo el SISSCO 2025-CI-002025 de fecha 11/11/2025, a la fecha el proceso auditado allegó el Plan de Mejoramiento Seguimiento por la OCI 2026 |
| | | | | Hallazgo No.2 Manual de contratación desactualizado acorde a lo estipulado en la Resolución: 2053 del 02 de Octubre del 2025 y el Decreto 1650 del 2024 | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | |
| | | | | Hallazgo No. 3. Falta de actualización, custodia, conservación y preservación del archivo de gestión contractual de la Dirección de Contratación, | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | |
| AUDITORÍA PAGO DE MULTAS DE SANCIONES INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS | GESTIÓN JURÍDICA | | 4 | ID 601 Hallazgo No.1. sin evidencia de cifras exactas consolidadas de la 1ª y 2ª instancia por concepto de fallos definitivos de sanciones administrativas pendientes del pago | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025. A la fecha el proceso auditado no ha cargado soportes, ni análisis en el SIG que evidencien avances o cumplimiento Seguimiento por la OCI 2026 |
| | | | | ID 6402 Hallazgo No. 2. 368 expedientes con procedimiento administrativo sancionatorio con multas en contra de la subred, sin puntos de control en los procesos y procedimientos de la entidad (fallos en la prestación del servicio de salud, irregularidades en la información suministrada por parte del personal médico, irregularidades y deficiencias prestación del servicio a los pacientes, estándares de habitación, manejo de historias clínicas, fallos en el control de medicamentos, entre otras) | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | |
| | | | | ID 6403 Hallazgo No. 3. Incumplimiento en la obligatoriedad de realizar pagos por sanciones administrativas ejecutoriadas | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | |
| | | | | ID 6404 Hallazgo No.4. Sin evidencia de soluciones de carácter jurídico como acciones de caducidad y prescripción a expedientes que se encuentran aun en desarrollo procesal y los procesos con fallo definitivo sancionatorio que datan desde 2017 en atención a lo establecido en artículo 52 de la ley 1439 de 2011 | exclucion de mujeres participante | ABIERTO | |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2026-CS-002051
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| FICHA TÉCNICA DE PLANES DE MEJORA POR PROCESO | | | | | | | |
|---|--|----------------------|---------------------------------|---|--|---------------|---|
| PROCESO: | GESTION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO - CONTROL INTERNO - SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA DE AUDITORIAS REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2025 | | | | | | |
| LIDER DEL PROCESO | ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO - JEFE OCI | | | | | | |
| AUDITORIA | PROCESO AUDITADO | LINEA PLAN DE MEJORA | CANTIDAD DE HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| AUDITORIA LABORATORIO CLINICO Y CONTRATACION | GESTION DE CONTRATACION Y PROCESO MISIONAL - DIRECCION DE COMPLEMENTARIO/ DIRECCION DE CONTRATACION | 1 | 2 | ID 6131 Hallazgo No.1. El 71% de los equipos biomédicos listados se encuentran sin clasificación del Riesgo, incompletitud en el diligenciamiento de las hojas de vida de los equipos, favoreciendo la inadecuada gestión de mantenimiento de los equipos. | accionar de manera puntual, recomendarle al proveedor la actualización de la clasificación de riesgo | ABERTO | Fecha final de cumplimiento al plan de mejora propuesto por el proceso auditado 31/12/2025 |
| | | | | ID 6130 Hallazgo No. 2. Aplicación insuficiente de puntos de control por parte en las etapas pre contractual y contractual relacionados con la vinculación del personal por orden de prestación de servicios | accionar de manera puntual, recomendarle al proveedor la actualización de la clasificación de riesgo | ABERTO | Seguimiento por la OCI 2026 |
| AUDITORIA SEGURIDAD DEL PACIENTE (EVENTOS ADVERSOS) | GESTIÓN DE CALIDAD | 2 | 1 | Hallazgo No.1. Incumplimiento en el abordaje y plazo de gestión de los Eventos Adversos de acuerdo a lo descrito en el Manual Programa de Seguridad del Paciente | accionar de manera puntual | ABERTO | El proceso auditado formuló 5 acciones de mejora, cuya fecha final fue establecida al 31/03/2026. La OCI realizará seguimiento en la vigencia 2026 |
| AUDITORIA CONTRATACION DE CFS PERSONAL ASISTENCIAL | GESTION DE CONTRATACION Y PROCESO MISIONAL - DIRECCION DE CONTRATACION /SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD | 3 | 6 | ID 6105 Hallazgo No. 1. Procedimiento Supervisión, Interventoría y Liquidación de Contratos con información desactualizada. | accionar de manera puntual | CERRADO | El proceso auditado formuló 24 acciones de mejora para subsanar los seis (6) hallazgos generados dentro del ejercicio auditor. Al segundo seguimiento realizado por la OCI, el proceso auditado avanzó en cumplimiento en doce (12) acciones de mejora cumplidas, equivalente al 50% y el cierre del hallazgo No.1, equivalente al 17%. (identificado bajo el ID 6105). La OCI realizará nuevamente seguimiento en la vigencia 2026 |
| | | | | ID 6106 Hallazgo No. 2. Faltencias en los puntos de control Sin verificación con la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | ID 6107 Hallazgo No.3. Falta de adherencia del área de selección de la Dirección de Contratación a lo establecido en el procedimiento de verificación de títulos académicos para contratistas por orden de prestación de servicios | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | ID 6108 Hallazgo No. 4. valores pagos por horas de consulta y procedimientos diferentes a los estipulados en la Resolución 579 del 2024 | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | ID 6109 Hallazgo No. 5. Personal vinculado por CFS sin algunos documentos que soportan la educación formal registrada en la hoja de vida, así como certificaciones de cursos de educación no formal sin vigencia | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | ID 6110 Hallazgo No.6. Error en el valor certificado por parte del área de cuentas médicas de los procedimientos realizados y cobrados por evento de los meses de enero y febrero del 2025 y por parte del supervisor al pago de los meses de enero, febrero y marzo del 2025 de servicios prestados por el profesional especializado del contrato PIS 1056 del 2025 | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| FICHA TÉCNICA DE PLANES DE MEJORA POR PROCESO | | | | | | | |
| PROCESO: | GESTION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO - CONTROL INTERNO - SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA DE AUDITORIAS REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2025 | | | | | | |
| LIDER DEL PROCESO | ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO - JEFE OCI | | | | | | |
| AUDITORIA | PROCESO AUDITADO | LINEA PLAN DE MEJORA | CANTIDAD DE HALLAZGOS GENERADOS | CONCEPTO DE LOS HALLAZGOS PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO | PERTINENCIA DE ACCIONES DE MEJORA | ESTADO ACTUAL | OBSERVACIONES A LOS PLANES ASIGNADOS |
| AUDITORIA MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS SERVICIO DE ODONTOLOGIA | PROCESO DE GESTION RECURSOS FISICOS Y ABASTECIMIENTO COMPONENTE BIOMEDICO | 4 | 13 | Hallazgo No.1. Errores en el registro de nombres del contratista "CONSORCIO BIOMEDICA 2025", en la minuta del contrato 02 BS 026 2025 (Pág. 3, numerales 12,15 y 18), el cual de manera correcta debe corresponder al "CONSORCIO BIOINGENIERIA 2025", sin soporte que aclare y/o los corrija | accionar de manera puntual | ABERTO | El proceso auditado formuló 52 acciones de mejora, en búsqueda de subsanar los 13 hallazgos, cuya fecha final fue establecida a dar cumplimiento el 2026-06-30 La OCI realizará seguimiento en la vigencia 2026 |
| | | | | Hallazgo No. 2. Sin suministro de evidencia al cumplimiento de lo establecido en el Contrato 02 BS 026 2025, numeral 27 "Para la radicación de la factura se debe anejar un certificado por cada encargado de ingeniería biomédica de la sede perteneciente a la subred donde certifique el cumplimiento de la meta establecida. | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No. 3. Contrato 02-BIS-270-2020, (49 Otros/ modificatorios) adiciones que superaron 4.1. veces el valor inicial establecido y prórrogas reiteradas desde el año 2020 al 2025, contradiciendo los principios de planeación principios de transparencia, economía y responsabilidad consagrados en la Ley 80 de 1993. Así como lo establecido en el acuerdo 50 de 2018 y al manual de contratación numerales 8.3.1 y 8.4.4 (Versión 3 y Versión 4). | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No.4. Evidencia de disparidad en información contenida en el cronograma de mantenimiento suministrado | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No.5. Sin evidencia en los equipos biomédicos del Servicio de Odontología y Odontología especializada de guías de uso rápido en los equipos biomédicos | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No.6. Equipos biomédicos de tamaño grande con strike adherido con registro de fecha del mantenimiento, identificado con logo de la "empresa Biosistemas". Incumpliendo la empresa contratada Consorcio Bioingeniería 2025 a lo establecido en la CLÁUSULA QUINTA. | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No.7. Existencia de 13 incubadoras de Pruebas Biológicas entregadas a la SubredCo propiedad de Rafael Antonio Salamanca - establecimiento de comercio Deposito Drogas Bogotá, han pasado 2 años y 9 meses aproximadamente, los equipos biomédicos se encuentran en los servicios sin que se documente comodato vigente. | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No.8. Sin expedientes documentales que soporten las fichas técnicas/hojas de vida, los mantenimientos realizados y el historial de mantenimiento realizado a las incubadoras encontradas en los servicios de odontología y pertenecientes al proveedor Rafael Antonio Salamanca - propietario del establecimiento de comercio Deposito Drogas Bogotá | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No.9. Equipos biomédicos del servicio de Odontología con fallas en su funcionamiento o dañados, evidenciando fallencias en los puntos de control que debe aplicar el personal Biomédico del Componente de Gestión de la Tecnología Biomédica en el cumplimiento del plan de mantenimiento y metrología | accionar de manera puntual | ABERTO | |
| | | | | Hallazgo No.10. Sin suministro de 308 (62%) expedientes documentales de hoja de vida de equipos biomédicos verificados por la Oficina de Control Interno y a la revisión de las 284 expedientes suministrados se evidenció incumplimiento en 250 expedientes que soportan la trazabilidad de los equipos biomédicos en la entidad, priorizando el Formato de Ficha Técnica del equipo biomédico / Hoja de vida, Soportes de mantenimiento y metrología realizados vigente y al corte del 30 de agosto del 2025 y el Formato de historial de Mantenimiento diligenciado. | accionar de manera puntual | ABERTO | |



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

actualmente sujeta a un proceso de auditoría por parte del ente de control fiscal. En este sentido, una vez concluida la respectiva auditoría y emitidos los informes definitivos, el estado de las acciones que a la fecha se reportan como abiertas podrá ser objeto de actualización, de conformidad con las conclusiones y requerimientos establecidos por la Contraloría de Bogotá D. C.

7. Relación de las recomendaciones formuladas por la OCI que se encuentren pendientes de implementación, indicando las causas de su no ejecución y las acciones previstas para su cumplimiento.

Respuesta: En relación con las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno en el marco de las auditorías internas, corresponde a los procesos evaluados determinar la pertinencia de adelantar acciones de mejora frente a las mismas. En este sentido, no se realiza seguimiento a las recomendaciones, sino exclusivamente a los hallazgos que conllevan la formulación de planes de mejoramiento. No obstante, cuando en auditorías o seguimientos posteriores se identifican nuevamente las causas que dieron origen a una recomendación inicial, se procede a su formalización como hallazgo, con el fin de promover la elaboración e implementación del respectivo plan de mejoramiento.

En tal sentido, las recomendaciones establecidas por la Oficina de Control Interno, en el marco de las auditorías internas, se registran en los diferentes informes para ser atendidas en el ejercicio del rol de prevención establecido normativamente. (Decreto 648 de 2017)

8. Informar si durante la vigencia 2025 se identificaron riesgos críticos asociados a la gestión institucional, detallando las medidas de control adoptadas y el seguimiento realizado por la OCI.

Respuesta: La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al mapa de riesgos de gestión y de corrupción SIN encontrar materialización de un riesgo crítico, sin embargo en el marco del seguimiento a los riesgos institucionales se registra lo siguiente:

RIESGO 1: “Posible apropiación por parte de los facturadores de cuotas moderadoras y/o copagos, en la recepción de dineros en efectivo, debido a inadecuada aplicación de controles” Cuenta con cuatro (4) actividades con sus respectivas actividades y entregables, de los cuales se evidenció lo siguiente:

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|---|--|---|
| Implementar Seguimientos (Auditorías Internas) al cobro de los copagos y cuotas moderadoras con el objeto de Identificar posibles desviaciones o irregularidades en el manejo | 1_ Lista de chequeo auditoria. 2_ Informe trimestral auditoria. | Se observó un documento denominado "INFORME TÉCNICO DE AUDITORÍA DE FACTURACIÓN PRIMER SEMESTRE 2025 " el cual describe que existen ciertos porcentajes de incumplimiento en la entrega de los recursos recaudados por concepto de cuotas |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | |
|---|---|---|
| de cuotas moderadoras y copagos (trimestralmente) | 3_ Acta de Socialización líderes 4_ Establecimiento plan de mejora o correctivos cuando aplique. | moderadoras, las cuales debe ser del 100% como condición sinecuanom, el documento no se sabe quién lo elaboró por cuanto carece de firma por parte del funcionario que lo realizó, es por ello que se sigue insistiendo por parte de esta oficina que los informes, tablas de Excel entre otros documentos tengan el nombre de quien lo elabora y por ende el nombre del líder del proceso como responsable de la información. Se entrega una base de datos que contiene el resultado de preguntas efectuadas a los diferentes funcionarios, pero no al total de ellos como tampoco al total de los centros de salud de la Subredco. |
| Desarrollar un Programa de Sensibilización y Ética Organizacional, con el objetivo de Reducir el riesgo de apropiación indebida mediante la promoción de valores éticos y un adecuado entendimiento de las implicaciones legales y reputacionales. (trimestralmente) | 1_ Actas de las sesiones grupales con el área de facturación. 2_ Listado de asistencia a los espacios de socialización con talento humano. | Revisado el aplicativo Almera se pudo evidenciar que la actividad propuesta en el archivo Excel no se encuentra descrita en ese aplicativo para realizar el seguimiento respectivo, se recomienda a la primera y segunda línea de defensa que se determine, se analice y se especifique si efectivamente la actividad propuesta denominada "Desarrollar un Programa de Sensibilización y Ética Organizacional, con el objetivo de Reducir el riesgo de apropiación indebida mediante la promoción de valores éticos y un adecuado entendimiento de las implicaciones legales y reputaciones. (trimestralmente)" será tenida en cuenta para el respectivo seguimiento. |
| Desarrollar una Mesa de Trabajo Permanente para Seguimiento a Riesgos con el Objetivo de Establecer un espacio formal de articulación y análisis para el seguimiento continuo de posibles desviaciones y riesgos en el proceso de facturación. (trimestralmente) | 1 - Cronograma anual de reuniones. 2 - Actas de reuniones | Dentro de las evidencias se aporta un acta de reunión sobre capacitación trimestral de facturación, así mismo una tabla Excel que contiene las siguientes columnas, marca temporal, Puntuación, fecha de capacitación, temática y nombres y apellidos entre otras, sin embargo, no se tiene conocimiento sobre que basó la capacitación, este documento Excel no hace referencia concreta a la mesa de trabajo, no se anexó el entregable de esta actividad que consiste en un cronograma anual de reuniones y sus respectivas actas, por lo tanto no se puede decir que se cumplió con la actividad propuesta |



ORIGEN:
DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| Hacer Seguimiento a órdenes de Salida sin facturas con el Objetivo de Disminuir la cantidad mensual de órdenes de salida sin factura y disminuir el tiempo de cierre de las mismas. (trimestralmente) | Actas de seguimiento por parte de los líderes y técnicos a los facturadores con ingresos injustificados y órdenes de salida sin factura que no sean cerradas en los tiempos establecido (salvo que medie justificación). 2_Drive de seguimiento compartido con el área de autorizaciones diligenciado con oportunidad. | Revisadas las evidencias aportadas por el proceso se observa la entrega de una base de datos en Excel que contiene 17 columnas de las cuales algunas de ellas se encuentran sin diligenciar; como es el caso de las columnas "quien cargo la pre factura, el link de la pre factura el nombre del facturador entre otras", lo cual no responde completamente a la actividad propuesta, así mismo, se planteó como entregables actas de seguimiento por parte de los líderes y técnicos a los facturadores con ingresos injustificados y ordenes de salida sin factura que no sean cerrados en los tiempos establecidos, si se encontró el link de drive de seguimiento compartido en el cual se llega a la base de datos antes mencionada que no se encuentra completamente diligenciada, por lo tanto, la actividad y el indicador no se cumple completamente, se recomienda que si se plantea realizar una actividad, es para cumplirla y mitigar la posible materialización del riesgo, por lo cual también se recomienda que se dé cumplimiento a la actividad propuesta. |

RIESGO 2: Posible apropiación, desvió de fondos, manipulación indebida de recursos por parte del apoyo administrativo o designad@ responsable de hacer el recorrido de recolección y custodia del dinero recaudado en las cajas de Facturación debido a la no adherencia a los procedimientos y fallas administrativas.

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|---|--|---|
| Revisar y actualizar los procedimientos establecidos para la recolección del recaudo, para minimizar riesgos en el proceso. | procedimiento para la recolección del recaudo actualizado | Se revisó el procedimiento aportado y actualizado el 30/05/2025 en su versión 3, sin embargo, el procedimiento le hacen falta puntos de control como por ejemplo en la actividad 26; “que sucede si no se hace el registro en el libro de recaudo” entre otros aspectos, se recomienda revisar el procedimiento y en caso de aplicar colocar puntos de control en los casos específicos a realizar. |
| Socializar el procedimiento de recolección de recaudo actualizado | Actas de socialización del procedimiento de recolección de recaudo actualizado | Se revisó las evidencias aportadas, en este caso el acta de socialización del procedimiento, sin embargo, se socializó a cuatro (4) personas del área de tesorería, hace falta aportar las evidencias de socialización hacia |



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTA - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | |
|---|--|--|
| | | los facturadores de cada uno de los centros de salud y hospitales. |
| Elaborar de cronograma para la programación de recolección del efectivo, entregada a la dirección administrativa para su aprobación en la asignación de un vehículo para esta actividad.(trimestralmente) | Cronograma para la programación de recolección del efectivo aprobado por la Dirección administrativa | Se verificó la evidencia aportada sobre el cronograma propuesta hasta el mes de junio de 2025, al cierre de este seguimiento en el mes de julio no se Aportó el cronograma para el tercer trimestre de 2025, esta es una actividad que se debe realizar trimestralmente de acuerdo a como fue planteado el cronograma inicial. |

RIESGO 3: Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros para generar imprecisión en los requisitos específicos de procesos precontractuales, para favorecimiento de terceros en procesos de contratación de bienes y servicios.

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|--|---|--|
| Realizar informe de la revisión de los estudios previos a las necesidades requeridas (trimestralmente) | Informe Trimestral de la Revisión de los Estudios Previos | Se revisó por parte de la Oficina de Control Interno los soportes de las evidencias del proceso y se encontró lo siguiente: archivo Excel con 40 ítem a tres columna que dicen: Ítem, fecha de revisión y objeto" no cuenta con encabezado del tipo de información y nombre de quien la elabora como responsable , la actividad dice elaborar informe de la revisión de los estudios previos y la unidad de medida para su cumplimiento (indicador) es informe trimestral de la revisión de los estudios previos, la información aportada no da cuenta a cerca de lo que se informa. |

RIESGO 4: Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros para manipular la certificación de facturas de contratos de bienes y servicios por parte de los supervisores

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|--|---|--|
| Realizar informe de la revisión de los estudios previos a las necesidades requeridas (trimestralmente) | Informe Trimestral de la Revisión de los Estudios Previos | Se revisó por parte de la Oficina de Control Interno los soportes de las evidencias del proceso y se encontró lo siguiente: archivo Excel con 40 ítem a tres columna que dicen: Ítem, fecha de revisión y objeto" no cuenta con encabezado del tipo de |



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | |
|--|--|---|
| | | información y nombre de quien la elabora como responsable , la actividad dice elaborar informe de la revisión de los estudios previos y la unidad de medida para su cumplimiento (indicador) es informe trimestral de la revisión de los estudios previos, la información aportada no da cuenta a cerca de lo que se informa. |
|--|--|---|

RIESGOS 5: Probabilidad de vinculación en la planta de personal de servidores públicos sin el cumplimiento de requisitos determinados para el cargo, por recibir beneficios o dádivas a nombre propio o de terceros.

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|--|---|---|
| Revisión de la completitud de la lista de chequeo, con cada uno de los formatos solicitados. | Formato Lista de Chequeo del funcionario que ingresa a la Subred totalmente diligenciada. Acta de Posesión del Funcionario. Carta de la S.D.S de la Plaza asignada para el año rural. * Formato de verificación de requisitos para el funcionario de libre nombramiento y remoción | En el mapa de riesgos institucionales que fue entregado a la OCI por parte de la Oficina Asesor de Desarrollo Institucional, se describe la actividad como SOCIALIZAR LA LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO DE PERSONAL DE PLANTA, MIENTRAS QUE EN EL APLICATIVO ALMERA dice: REVISIÓN DE LA COMPLETITUD DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CADA UNO DE LOS FORMATOS SOLICITADOS , es decir que se presenta diferencia entre socializar y revisar, se solicita por parte de esta oficina que se unifiquen los criterios de la actividad propuesta. no se evidencia el acta o los soportes de socialización |
| Reportar a nomina previamente las conciliaciones realizadas con las EPS | | Esta actividad propuesta no cuenta con seguimiento por parte de la II línea de defensa, la I línea si ha realizado acciones de conciliaciones con las EPS , para lo cual se le solicita que aporte las evidencias de la gestión realizada durante el primer semestre de 2025. |

RIESGOS 6: Posibilidad de recibir dádivas a nombre propio o de terceros en la expedición de concepto sanitario favorable sin aplicar la normatividad vigente en el marco de visitas de inspección, vigilancia y control a establecimientos abiertos al público, debido a la no aplicación de los procedimientos y comportamientos no éticos.

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|---|------------------------|--|
| Socializar por diferentes medios los mecanismos que los ciudadanos tienen para denunciar situaciones de corrupción y la | Actas de socialización | Revisadas las evidencias aportadas se encuentra el acta de la pieza comunicativa para situaciones de corrupción y describen que se revisa y se publica la pieza comunicativa, dentro del cuerpo del acta se incluye un link de Instagram, pero en la lista de asistencia solo asisten dos personas la diseñadora |



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | |
|---|---|--|
| manera adecuada de usarlos (trimestralmente) | | gráfica y el referente de USA, es decir que no se ha socializado la información por los diferentes medios. |
| Realizar conjuntamente con Gestión de Talento Humano y Gestión Disciplinaria charlas de sensibilización a los colaboradores que realizan visitas de inspección vigilancia y control a establecimientos abiertos a públicos (semestralmente) | Actas charlas de sensibilización a los colaboradores que realizan visitas de inspección vigilancia y control a establecimientos abiertos a públicos | Esta actividad no presentó seguimiento por parte de la II línea de defensa, y el proceso no aportó evidencia al respecto la actividad tenía previsto terminarse en el mes de julio de 2025. |
| Elaborar Documentación para la realización de visitas de inspección vigilancia y control a establecimientos abiertos a públicos y publicarla en Almera | Documentación cargada en aplicativo Almera | La matriz plantea en su actividad ACTUALIZAR la documentación para la realización de visitas En el aplicativo Almera dice ELABORAR LA DOCUMENTACIÓN, EN ESE SENTIDO HAY QUE UNIFICAR LA INFORMACIÓN SEA LA DE ACTUALIZAR O LA DE ELABORAR, El entregable no especifica que tipos y cuanta documentación será actualizada. |

RIESGO 7: Posibilidad de acceso indebido a los sistemas de información para el uso no apropiado y alteración de la información contenida en los sistemas por parte de un (os) colaborador (es) del proceso para favorecimiento propio o de un tercero.

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|---|--|--|
| Realizar mesa de trabajo con contratación para establecer mecanismos de control para establecer paz y salvo al retiro de un contratista | Acta de mesa de trabajo con contratación para establecer mecanismos de control para establecer paz y salvo al retiro de un contratista | Se verificó el acta de la mesa de trabajo como aporte de evidencia al cumplimiento de la actividad, por lo tanto se cumplió con la acción propuesta. |
| Sensibilizar en políticas de seguridad de la información (Trimestral) | Acta y evaluación | Se verificó las evidencias aportadas por el proceso que dan cuenta de la sensibilización sobre seguridad de la información, sin embargo, no se aportó el acta y evaluación de los colaboradores (vale la pena mencionar si la evaluación es hacia los colaboradores o la evaluación hace referencia sobre el tema de la sensibilización. se recomienda se haga claridad sobre el tema. |
| Realizar auditorías de seguridad de la información en uso de claves en procesos sensibles (trimestral) | Informe de auditoría de seguridad de la información en uso de claves en procesos sensibles | Se presenta dualidad de conceptos frente a la actividad propuesta, en la matriz de Excel dice Realizar auditorías de seguridad de la información y en el aplicativo Almera dice REALIZAR MONITOREO, DEBE HABER CLARIDAD EN LOS CONCEPTOS PROPUESTA ESPECIFICANDO SI ES |



ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | | |
|--|--|---|
| | | AUDITORIA O ES MONITOREO. SE REVISÓ LA EVIDENCIA APORTADA Y LA ACTIVIDAD SE CUMPLIÓ aun cuando se propones su cumplimiento hasta el de enero de 2026 por lo cual se supone es una actividad permanente. |
|--|--|---|

RIESGO 8: Posibilidad en el uso de información confidencial y/o uso de la autoridad en la subredco que sean utilizados de forma inapropiada para obtener beneficios personales o para favorecer a terceros, en detrimento de los objetivos de la entidad.

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|--|---|---|
| Realizar actividades de fortalecimiento en el conocimiento de metodologías y procedimientos de auditoria establecidos en la SubredCO (trimestralmente) | Acta y evaluación de fortalecimiento en el conocimiento de metodologías y procedimientos de auditoria establecidos en la SubredCO | Se verificó la evidencia aportada por el proceso, y se encontró el acta de capacitación sobre Dinámica Gerencial, se recomienda que se aporte la evaluación del fortalecimiento de metodología y procedimientos de auditoría. |

RIESGO 9: Posibilidad que las operaciones de la Subred Centro Oriente sean utilizadas como fachada para adelantar acciones de lavado de activos o financiación del terrorismo

| ACTIVIDAD | ENTREGABLE | SEGUIMIENTO |
|---|---|--|
| Actualizar el Manual de SARLAFT | Manual de SARLAFT actualizada | Verificada la evidencia aportada el "MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS SARLAFT" fue actualizado el 04/04/2025 con la creación del documento, AP-CR-MN-02, por lo tanto la actividad se cumplió. |
| Socializar y evaluar el Manual del Sistema de Administración de Riesgos y Lavado de Activos al de los grupos de interés (trimestralmente) | Acta de la socialización de la información Resultados de la evaluación | Se verificó la evidencia aportada y se encuentra una presentación sobre Sarlaft, se recomienda que se aporte el acta de la socialización sobre el manual del sistema de administración de riesgos |

Adicionalmente los informes complementarios de los subsistemas de riesgos se encuentran en la página web de la entidad:

| Informe de Seguimiento. | Enlace de publicación- Página Web |
|--|---|
| INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS INSTITUCIONALES CON CORTE JULIO DE 2025 | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20A%20LOS%20RIESGOS%20INSTITUCIONALES%20JULIO%20DE%202025.pdf |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

| | |
|---|---|
| INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE COF | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20SEMESTRAL%20DE%20RIESGOS%20SICOF%20CORTE%20JULIO%20DE%202025.pdf |
| INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS OPERACIONALES DE LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/seguimiento%20OCI%20subsistema%20riesgos%20en%20salud%20Operacional%20junio%202025.pdf |
| INFORME DE SEGUIMIENTO AL RIESGO OPERACIONAL | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/seguimiento%20OCI%20subsistema%20riesgos%20en%20salud%20Operacional%20junio%202025_0.pdf |
| SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL JUNIO DE 2025 | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/seguimiento%20OCI%20subsistema%20riesgos%20en%20salud%20Operacional%20junio%202025_0.pdf |
| SEGUIMIENTO OCI AL SUBSISTEMA DE RIESGO EN SALUD AL CORTE DEL INFORME 2025 | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/SEGUIMIENTO%20OCI%20AL%20SUBSISTEMA%20DE%20RIESGO%20EN%20SALUD%20%20AL%20CORTE%20DEL%20INFORME%202025.pdf |
| INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 SUPERSALUD A 31 DICIEMBRE DE 2024 RIESGO DE LIQUIDEZ, CRÉDITO Y ACTUARIAL | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/CIRCULAR%20EXTERNA%20%2020211700000004-5%20SUPERSALUD%20%20CORTE%2031122024.pdf |
| INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS SICOF CUARTO TRIMESTRE DE 2024 | https://www.subredcentrooriente.gov.co/sites/default/files/control/INFORME%20DE%20SEGUIMIENTO%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCI%C3%93N%20SICOF%20CUARTO%20TRIMESTRE%202024.pdf |

9. Informar si la OCI emitió informes especiales, preventivos o de advertencia durante la vigencia consultada, indicando su objeto y las principales conclusiones

Respuesta: Para la vigencia 2025 la Oficina de Control Interno elaboró el informe sobre toma física de inventarios, en el cual se realizaron las siguientes recomendaciones:

1. Se hace necesario que la entidad revise y establezca las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación del servicio de las farmacias en óptimas condiciones de Infraestructura y dotación en cumplimiento de la normatividad vigente, así como de seguridad para el personal en salud ocupacional.
2. Realizar inducción, reinducción y evaluación de adherencia al personal de las diferentes farmacias, sub bodegas y almacenes con el fin de fortalecer la implementen de los procedimientos e instructivos, acorde a lo establecido por el servicio farmacéutico.
3. Realizar seguimiento y monitoreo a la calidad de las selectivas realizadas en cada farmacia, dada las diferencias encontradas en cantidades y lotes de algunos medicamentos y Dispositivos médicos verificados.
4. Designar de manera perentoria Director Técnico para las Farmacias ubicadas en el Instituto Materno Infantil que lidere, organice el servicio farmacéutico en el manejo y la custodia de los inventarios.
5. Fortalecer y evaluar la adherencia en el personal en la semaforización respectiva y constante de todos los productos con fechas de vencimiento < a 180 días y el fortalecimiento



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. SISSCO-2026-CS-002051
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

en la implementación del método PEPS (Primeros entrantes y primeros salientes) que visualice la rotación y la gestión de estos medicamentos y DM, acorde a lo establecido en el Procedimiento de Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos⁸

6. Establecer acciones necesarias con el fin de gestionar de manera efectiva la rotación de los Medicamentos y Dispositivos médicos con fechas de vencimiento <180 días, así como la gestión ante los proveedores de cambio de medicamentos y DM con fechas de vencimiento próximas, evitando el vencimiento de productos en la entidad y la materialización del riesgo por vencimiento de productos en la Entidad.

7. Se solicita a la Dirección Complementarios, al comité Técnico de bienes como segunda línea de defensa realizar seguimiento y monitoreo a las inconsistencias encontradas en las diferentes tomas físicas de inventarios, así como a lo encontrado por la Oficina de Control Interno en la verificación selectiva realizada a los inventarios con el fin de subsanar las diferencias halladas, exhortándolos a verificar y monitorear el ejercicio realizado por cada servicio con el fin de garantizar a la entidad la completitud del 100% de estos bienes institucionales.

8. Se Recomienda al personal de las farmacias aplicar los controles establecidos en los diferentes documentos relacionados con el almacenamiento de bienes acorde a lo establecido en el numeral 6.1. Control de Vencidos en Almacén Principal, Sub Almacenes, Farmacias y/o Bodegas del “Instructivo Control De Vencimiento De Dispositivos Y Medicamentos”⁹ y evaluar su adherencia con el fin de mitigar las inconsistencias encontradas.

9. Fortalecer los puntos de control en el ingreso de medicamentos y DM en las farmacias, toda vez que se evidenció Productos físicos, no registrados en el módulo de inventarios del aplicativo DGH, generando en esta oficina incertidumbre sobre la procedencia de estos medicamentos y dispositivos médicos, así como la fragilidad en los puntos de control establecidos para evitar el riesgo de ingreso de medicamentos y dispositivos médicos sin tener en cuenta el instructivo “Instructivo Ingreso de Bienes e Insumos a Almacén y a lo establecido en el instructivo de reposición de bienes *“Reposición o Pago Faltante Inventario De Bienes”*

10. Por otra parte, esta Oficina recomienda a la segunda línea de defensa realizar de manera periódica aleatorios y verificaciones a las pruebas selectivas que realiza la primera línea de defensa con el fin de mitigar los riesgos de pérdida de bienes, estableciendo correctivos de manera oportuna, corregir las desviaciones que se puedan presentar y fortalecer los puntos de control en el manejo y custodia de los medicamentos dispositivos médicos y demás elementos que forman parte de los bienes institucionales

En virtud de lo expuesto, se da por contestada la solicitud, esperando haber atendido lo solicitado en los términos requeridos y quedando atentos de que en caso de necesitar



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Al contestar Cite Este No. **SISSCO-2026-CS-002051**
Folios: 1 Anexos: 1

ORIGEN:

DESTINO: DAVID ANTONIO GARZON FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -
TIPO DE DOCUMENTO: Comunicación Externa Jurídica

información adicional, se eleve nueva solicitud de alcance al correo electrónico notificacionesjudiciales@subredcentrooriente.gov.co

Cordialmente,

ANA MARIA COBOS BAQUERO
Gerente Empresa Social del Estado
Despacho del Gerente

CONCEJO DE BOGOTÁ 06-02-2026 10:19:02
2026ER2586 O 1 Fol:1 Anex:0
ORIGEN: SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE/ANA MARIA COBOS BAQ
DESTINO: COMISION 2ª PERM. GOBIERNO/GARZON FANDIÑO DAVID A
ASUNTO: RESPUESTA A PROPOSICION 117 DE 2026
OBS: ...

CC:

| Responsable | Nombres y Apellidos Completos |
|---|--|
| Elaboró | PAOLA ANDREA GONZALEZ JIMENEZ / OJ |
| Revisó | . ASTRID MARCELA MÉNDEZ CHAPARRO / OCI |
| Aprobó | DIANA CAROLINA BOLAÑO PEDREROS OJ |
| Declaramos los arriba firmantes, que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto, lo presentamos para firma. | |