

140

OGPA.USSS - 003 - 17

Bogotá, D.C., Enero 31 de 2017

Doctora  
**YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**  
Gerente  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.  
Ciudad

Asunto: Informe Evaluación Institucional por Dependencias

Referencia: Cumplimiento a lo señalado en el inciso 2 del artículo 39 de la Ley 909 de 2004, Decreto 1227 de 2005 y a la Circular No. 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno.

Respetada Doctora,

De manera atenta nos permitimos remitir a su despacho el Informe "Evaluación Institucional de Gestión por Dependencias", correspondiente a la vigencia 2016, dando cumplimiento a lo señalado en el inciso 2 del artículo 39 de la Ley 909 de 2004, al Decreto 1227 de 2005 y la No. 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de CI.

Cordialmente,

  
**ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA**

Asesor  
Oficina de Gestión Pública y Autocontrol  
USS Chapinero

  
**MARY LUZ MUÑOZ DURAN**

Jefe de Oficina  
Gestión Pública y Autocontrol  
USS Simón Bolívar

  
**TERESA DE JESUS PLAZAS PERALTA**

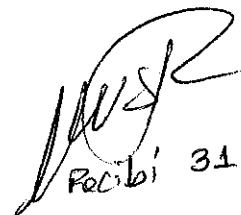
Asesora de Control Interno  
USS Usaquén

  
**MARIA NOHEMI PERDOMO R.**

Jefe de Oficina  
Gestión Pública y Autocontrol  
USS Engativá

  
**MARITZA CIFUENTES SEPULVEDA**

Asesora  
Oficina de Gestión Pública y Autocontrol  
USS Suba

  
Recibi 31 enero/2017

Anexo: (12) folios útiles

## INFORME DE EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADOS NORTE E.S.E. – VIGENCIA 2016

En cumplimiento a lo señalado en el inciso 2 del artículo 39 de la Ley 909 de 2004 y la Circular No. 04 de 2014 de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, las oficinas de Gestión Pública y Autocontrol y/o Control Interno presentan el informe correspondiente a la evaluación institucional de gestión por dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. correspondiente a la vigencia 2016.

**1. OBJETIVO:** Evaluar la gestión institucional por dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. correspondiente a la vigencia 2016 frente al cumplimiento de los Planes Operativos Anuales – POA's 2016 y a lo estipulado en la Hoja de Ruta para el perfeccionamiento del proceso de transformación en el sector salud según lo establecido en el Acuerdo No. 641 de 2016

**2. ALCANCE:** Cumplimiento del Acuerdo No. 000137 de 2010 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, "Por el cual se establece el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral de los servidores de carrera administrativa y en período de prueba", Artículo 5to. Responsables en la Evaluación del Desempeño Laboral, 5.9 Oficina de Control Interno: 1. Remitir el informe sobre los resultados de la evaluación de gestión por áreas o dependencias de la entidad para que sean tomadas como criterio o factor en la evaluación del desempeño laboral de los servidores. 2. Efectuar el seguimiento para que la evaluación del desempeño laboral de los empleados tenga en cuenta las evaluaciones de gestión."

**3. CRITERIOS:** Ley 87 de 1993, Decreto 1599 de 2005, Ley 909 de 2004, Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno "Evaluación Institucional por Dependencias en cumplimiento de la Ley 909 de 2004", Acuerdos Juntas Directivas 2016, matrices de la Oficina de Planeación de la Subred Norte que contienen los POA's por proceso con corte a Junio 30 de 2016 y la hoja de ruta con sus respectivos seguimientos.

**4. METODOLOGIA:** De acuerdo a lo establecido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, la evaluación se realizará teniendo en cuenta los siguientes aspectos, así:

4.1 El cumplimiento de la planeación institucional definida en los Planes Operativos Anuales – POA's vigencia 2016 y de las actividades establecidas en la Hoja de Ruta para el perfeccionamiento del proceso de transformación en el sector salud según lo establecido en el Acuerdo No. 641 de 2016.

4.2 El análisis de la gestión de cada proceso se fundamentó en la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional y reportados por cada dependencia en el informe seguimiento a los POA's con corte a Junio 30 de 2016 y a la Hoja de Ruta consolidado por la Oficina Asesora de Planeación con corte a 31 de Diciembre de 2016.

4.3 El formato sugerido para la evaluación de la gestión de los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E., se encuentran dispuesto por la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.

**5. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE CADA PROCESO:** Para la vigencia 2016, la evaluación por parte de las oficinas de Gestión Pública y Autocontrol y/o Control Interno se realizó en dos etapas:

En primera instancia se evaluó la gestión realizada por cada proceso y reportada en los POA's con corte a 30 de Junio de 2016 y una segunda fase en la cual se evaluó el cumplimiento a las acciones y actividades establecidas en la hoja de ruta teniendo en cuenta el cronograma definido, para dar cumplimiento al Acuerdo No. 641 de fecha 6 de Abril de 2016, en el cual se dictan las disposiciones frente a la Reorganización del Sector Salud del Distrito.

**5.1 POA'S CON CORTE A 30 DE JUNIO DE 2016 – E.S.E.:** A continuación se muestra la gestión realizada por los procesos en cada Unidad de Servicios de Salud correspondiente al primer semestre de la vigencia 2016, así:

**5.1.1 HOSPITAL DE CHAPINERO**

La Junta Directiva del Hospital de Chapinero, aprobó el Plan Operativo Anual para la vigencia 2016, mediante el Acuerdo No. 001 de fecha 27 de enero de 2016. Estos planes no fueron publicados en la página web del Hospital.

- El Hospital de Chapinero para la vigencia 2016 estableció once (11) POA's, con un total de 48 metas, desarrolladas bajo diferentes líneas de acción.
- Los POAS se construyeron bajo la siguiente estructura, mostrando resultados de gestión alcanzados con corte a junio 30 de 2016, así:

PROCESO	% EJEC. 1er TRIMESTRE	% EJEC. 2do TRIMESTRE	% EJECUCION I SEMESTRE
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	96%	96%	96%
MISIONALES	92%	93.8%	92.9%
GESTIÓN GERENCIAL	100%	100%	100%
GESTIÓN TALENTO HUMANO	97%	93%	95%
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	95%	93%	94%
GESTION DE LA INFORMACIÓN Y TECNOLOGIA	98%	100%	99%
GESTIÓN FINANCIERA	95%	93%	94%

GESTIÓN AMBIENTAL	100%	100%	100%
GESTIÓN JURIDICA	100%	0%	50%
GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO	90%	0%	50%
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	100%	100%	100%

<b>TOTAL</b>	<b>96.6%</b>	<b>79%</b>	<b>88%</b>
--------------	--------------	------------	------------

Fuente: Consolidado POA's vigencia 2016 - Oficina de Gestión Pública y Autocontrol – USS Chapinero

**OBSERVACION:** De acuerdo a la escala de calificación definida en el Hospital de Chapinero se pudo establecer que nueve (9) POA's de los once (11) establecidos superaron el 90% de ejecución, con corte a 30 de Junio de 2016, ubicándose en el rango de SATISFACTORIO.

### 5.1.2 HOSPITAL DE ENGATIVA

La Junta Directiva del Hospital de Engativá, aprobó el Plan Operativo Anual para la vigencia 2016, mediante el Acta No. 001 de fecha 29 de enero de 2016. Estos planes fueron publicados en la página web del Hospital.

- El Hospital de Engativá para la vigencia 2016 estableció dieciséis (16) POA's, con un total de 167 metas, desarrolladas bajo 16 líneas de acción.
- Los POAS se construyeron bajo la siguiente estructura, mostrando resultados de gestión alcanzados con corte a junio 30 de 2016, así:

#### ➤ GERENCIA

PROCESO	EJEC. 1er. TRIMESTRE	EJEC. 2do TRIMESTRE	% EJECUCION I SEMESTRE
GESTION ESTRATEGICA	97%	90%	93.5%
SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	98%	97%	97.5%
OGPA	100%	99%	99.5%
JURIDICA	92%	93%	92.5%
<b>TOTAL</b>	<b>97%</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>

➤ **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

PROCESO	EJEC. 1er. TRIMESTRE	EJEC. 2do TRIMESTRE	% EJECUCION I SEMESTRE
FINANCIERA	71%	81%	76%
APOYO LOGISTICO	82%	95%	88.5%
TALENTO HUMANO	88%	90%	89%
SISTEMAS	83%	100%	91.5%
GESTION COMUNIDAD EN SALUD	92%	80%	86%

<b>TOTAL</b>	<b>83%</b>	<b>89%</b>	<b>86%</b>
--------------	------------	------------	------------

➤ **SUBGERENCIA DE SERVICIOS**

PROCESO	EJEC. 1er. TRIMESTRE	EJEC. 2do TRIMESTRE	% EJECUCION I SEMESTRE
URGENCIAS	98%	97%	97.5%
CIRUGÍA	90%	87%	88.5%
HOSPITALIZACIÓN	99%	99%	99%
CONSULTA EXTERNA	92%	96%	94%
APOYO DIAGNÓSTICO	96%	95%	95.5%
CENTROS	94%	93%	93.5%
SALUD PUBLICA	96%	97%	96.5%

<b>TOTAL</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>
--------------	------------	------------	------------

Fuente: Consolidado POA's vigencia 2016 - Oficina de Planeación Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**OBSERVACION:** De acuerdo a la escala de calificación definida en el Hospital de Engativá se pudo establecer que once (11) POA's de los dieciséis (16) establecidos superaron el 90% de ejecución, con corte a 30 de Junio de 2016, ubicándose en el rango de SATISFACTORIO.

**5.1.3 HOSPITAL SIMON BOLIVAR**

La Junta Directiva del Hospital Simón Bolívar, aprobó el Plan Operativo Anual para la vigencia 2016, mediante el Acta No. 001 de enero de 2016.

- El Hospital Simón Bolívar para la vigencia 2016 al parecer estableció diez (10) POA's, con un aproximado de 356 indicadores, los cuales permitirán evaluar la gestión realizada en el

cumplimiento a los POA's, así:

PROCESO	TOTAL INDICADORES ESTABLECIDOS EN EL POA
SUBGERENCIA CIENTIFICA	70
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	139
SUBGERENCIA FINANCIERA Y COMERCIAL	33
OFICINA DE ATENCION AL USUARIO Y PARTICIPACION SOCIAL	16
GERENCIA	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	46
CALIDAD	36
GESTION DE MEJORA CONTINUA DEL SIG	
OFICINA ASESORA JURIDICA	12
OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	4

Fuente: Informes Históricos Evaluación por Dependencias – Oficina de Gestión Pública y Autocontrol – USS Simón B.

**OBSERVACION:** Se evidencia que en el Hospital Simón Bolívar para la vigencia 2016, el seguimiento al cumplimiento de los POA's se realiza de forma mensual por parte de la oficina de Planeación.

La oficina de planeación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, informó que en los archivos de la entidad no reposa el consolidado de los POA's, que evalúa la gestión realizada por los procesos con corte a junio 30 de 2016.

#### 5.1.4 HOSPITAL DE SUBA

La Junta Directiva del Hospital de Suba, aprobó el Plan Operativo Anual para la vigencia 2016, mediante el Acuerdo No. 001 de fecha 29 de enero de 2016. Estos planes no fueron publicados en la página web del Hospital.

- El Hospital de Suba para la vigencia 2016 estableció treinta y uno (31) POA's, con un total de 283 metas, desarrolladas bajo diferentes líneas de acción.
- Los POAS se construyeron bajo la siguiente estructura, mostrando resultados de gestión alcanzados con corte a junio 30 de 2016, así:

PROCESO	No. POAS	EJEC. 1er. TRIMESTRE	EJEC. 2do TRIMESTRE	% EJECUCION I SEMESTRE
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	11	85%	86%	85.5%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	7	88%	81%	84.5%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	7	93%	93%	93%
OFICINA ASESORA JURIDICA	1	100%	100%	100%
OFICINA ASESORA DE GESTION PUBLICA Y AUTOCONTROL	1	95%	96%	95.5%
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	1	100%	100%	100%
GESTION DE CALIDAD	1	66%	63%	64.5%
ATENCION AL USUARIO	1	180%	83%	131.5%
PARTICIPACION SOCIAL	1	180%	83%	131.5%

<b>TOTAL</b>	<b>109.6%</b>	<b>87.2%</b>	<b>98.4%</b>
--------------	---------------	--------------	--------------

Fuente: Consolidado POA's vigencia 2016 - Oficina de Planeación Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**OBSERVACION:** De acuerdo a la escala de calificación definida en el Hospital de Suba se pudo establecer que doce (12) POA's de los treinta y un (31) establecidos superaron el 90% de ejecución, con corte a 30 de Junio de 2016, ubicándose en el rango de SATISFACTORIO.

### 5.1.5 HOSPITAL USAQUEN

La Junta Directiva del Hospital de Usaquén, aprobó el Plan Operativo Anual para la vigencia 2016, mediante el Acuerdo No. 001 de 2016. Estos planes fueron publicados en la página web del Hospital.

- El Hospital de Usaquén para la vigencia 2016 estableció ocho (8) POA's, con un total de 42 metas, desarrolladas bajo diferentes líneas de acción.
- Los POAS se construyeron bajo la siguiente estructura, mostrando resultados de gestión alcanzados con corte a junio 30 de 2016, así:

PROCESO	PONDERACION PROGRAMADA	PONDERACION EJECUTADA	% DE AVANCE I SEMESTRE
PLANEACION DE LA SALUD TERRITORIAL	4.5	12	38%
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2	15	13%
COMUNICACIONES	8.245	15	55%
GESTION FINANCIERA	2.25	17	13%
SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA	NO HAY REPORTE	NO HAY REPORTE	NO HAY REPORTE
PARTICIPACION SOCIAL Y CORRESPONSABILIDAD	2	5	40%
INTERSECTORIALIDAD	6	9	67%
SEGUIMIENTO, CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO	4.09	8	51%

Fuente: Consolidado POA's vigencia 2016 - Oficina de Planeación Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

### 5.2 HOJA DE RUTA CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2016 - SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADOS NORTE E.S.E.

Esta herramienta fue establecida por la Secretaría de Salud Distrital para toda la Red, con el objeto de unificar los procesos de acuerdo a lo contemplado en la reorganización del sector salud a través de las redes integradas de servicios.

La hoja de ruta contempla cinco etapas que se han venido desarrollando desde el mes de Febrero de 2016, de las cuales evaluamos la gestión realizada desde el inicio de su ejecución hasta el 31 de Diciembre de 2016, con los siguientes resultados:



### 5.2.1 PROCESO DE INICIO

ACCIONES	FECHA PROG.	% DE EJEC.	OBSERVACIONES
Elaboración y ajuste de documento de red (propuesta de reordenamiento de la red de servicios de salud)	Febrero - Junio	100%	Se observa que desde el mes de Febrero se da por cumplida esta acción, pero no se evidencia la fecha exacta de cuando fue entregado el documento final por parte de la SDS.
Presentación al MSPS del documento de ajuste de la propuesta de red de servicios	Junio	100%	La propuesta de reordenamiento de la red de servicios de salud fue radicada el día 24 de junio de 2016, por la SDS al MSPS.
Aprobación por el Ministerio de Salud y Protección Social	Junio - Julio	100%	Se observa que la propuesta fue aprobada por el MINSALUD hasta el 13 de octubre de 2016 (dos meses y medio después de lo programado)
Presentación y ajustes al plan bienal de inversiones	Marzo - Julio	100%	Se observa que se da inicio a la actividad en el mes de Marzo, pero se termina la gestión hasta el 14 de Diciembre con la última modificación y ajuste al Plan Bienal de Inversiones en el cual se incluyó CAPS Verbenal y el proyecto de dotación para reposición.

### 5.2.2 FASE DE TRANSICION: OBSERVACIONES

- Se definieron veintiocho (28) acciones de las cuales veintitrés (23) se cumplieron al 100%, cinco (5) quedaron "en desarrollo", es decir con un cumplimiento parcial, con corte a 31 de Diciembre de 2016, según el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y los responsables de cada actividad. (Se observó un cumplimiento del 82%).

### 5.2.3 FASE DE OPERACIÓN

- Se definieron veintidós (22) acciones de las cuales ocho (8) se cumplieron al 100%, diez (10) quedaron "en desarrollo", es decir con un cumplimiento parcial y cuatro (4) aún no han iniciado la gestión con corte a 31 de Diciembre de 2016, según el seguimiento realizado

por la Oficina de Planeación y los responsables de cada actividad. (Se observó un cumplimiento del 36%).

**5.2.4 PROCESOS GERENCIALES:** En Estos procesos están contempladas las áreas de Calidad, Sistemas de Información y Mercadeo.

- Para el área de Calidad, se definieron ocho (8) acciones de las cuales seis (6) se cumplieron al 100% y dos (2) quedaron "en desarrollo", es decir con un cumplimiento parcial, con corte a 31 de Diciembre de 2016, según el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y los responsables de cada actividad. (Se observó un cumplimiento del 75%).
- Para el área de Sistemas de Información, se definieron seis (6) acciones de las cuales cuatro (4) se cumplieron al 100% y dos (2) quedaron "en desarrollo", es decir con un cumplimiento parcial, con corte a 31 de Diciembre de 2016, según el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y los responsables de cada actividad. (Se observó un cumplimiento del 66.6%).
- Para el área de Mercadeo, se definieron cuatro (4) acciones y veinte (20) actividades, de las cuales cinco (5) se cumplieron al 100% y quince (15) quedaron "en desarrollo", es decir con un cumplimiento parcial, con corte a 31 de Diciembre de 2016, según el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y los responsables de cada actividad. (Se observó un cumplimiento del 75%).

**5.2.5 PROCESOS FINANCIEROS:** En Estos procesos están contempladas las áreas de Facturación, Cartera, Auditoría de cuentas médicas (Glosas), Presupuesto, Cuentas por Pagar, Tesorería, Contabilidad, Sistema Integral de Costos Hospitalarios, Implementación NIFF.

- Para las áreas de los procesos financieros, se definieron sesenta y siete (67) acciones y cien (102) actividades, de las cuales sesenta y nueve (69) se cumplieron al 100% y treinta y tres (33) quedaron "en desarrollo", es decir con un cumplimiento parcial, con corte a 31 de Diciembre de 2016, según el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y los responsables de cada actividad. (Se observó un cumplimiento del 68%).

**5.2.6 PROCESOS ADMINISTRATIVOS:** En Estos procesos están contempladas las áreas de Talento Humano y Recursos Físicos (Compras, Activos Fijos, Inventarios, Servicios Generales, Mantenimiento y Transporte, Ingeniería, Gestión Documental y Gestión Ambiental)

- Para las áreas de los procesos administrativos, se definieron setenta y cuatro (74) acciones y ochenta y seis (86) actividades, de las cuales treinta y siete (37) se cumplieron al 100% y cuarenta y nueve (49) quedaron "en desarrollo", es decir con un cumplimiento parcial, con corte a 31 de Diciembre de 2016, según el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y los responsables de cada actividad. (Se observó un cumplimiento del 43%).

**OBSERVACION:** Cabe mencionar que la hoja de ruta no contemplo acciones ni actividades para los procesos misionales, razón por la cual no se pudo verificar su gestión en el segundo semestre de la vigencia 2016. Al cierre de este informe aún no se habían consolidado los informes de Gestión de cada proceso por el área de Planeación, correspondientes a la vigencia 2016, siendo

presupuestales disponibles en cada proceso.

- Al formular las metas es indispensable considerar la línea base para determinar la magnitud de lo que se desea lograr, analizando la pertinencia de mantener, disminuir o incrementarla según la naturaleza de la meta, el entorno y los recursos disponibles.
- Formular los indicadores de cada proceso teniendo en cuenta que son instrumentos que permiten medir cuantitativamente los resultados de las metas y que se definen para monitorear y determinar el nivel de cumplimiento total o parcial de la meta definida, facilitando la toma de decisiones de forma oportuna.
- Formular los indicadores de manera que permitan determinar el nivel de eficacia (logros), de eficiencia (gestión de recursos) y de efectividad (impacto) de las metas planteadas.
- Poner en operación el aplicativo PIGI para la consolidación y reporte automatizado de los Planes Operativos Anuales o en su defecto, la herramienta que se disponga para la sistematización de la información de los Planes Estratégico y Operativos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- Realizar mesas de trabajo, con los funcionarios públicos de planta o carrera administrativa, la oficina de planeación y las Oficinas de Control Interno o Gestión Pública y Autocontrol, que den cumplimiento a las obligaciones incluidas en el Acuerdo No. 565 de 2016 "Nuevo Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral", tales como: Divulgar el Plan Operativo Anual – POA, dar a conocer los seguimientos realizados al POA durante la vigencia, suministrar de manera oportuna a las oficinas de Gestión Pública y Autocontrol y/o Control Interno la evaluación del POA, trabajar de manera articulada con las dependencias.
- Informar a los líderes de los procesos y a sus colaboradores, que el propósito de este informe de Ley, especialmente a partir de la vigencia 2017, es la de estimular la actuación sobresaliente en los funcionarios públicos al realizar sus funciones y que sirva de herramienta de gestión de competencias y mejoras, tanto individuales como grupales, para el logro de los objetivos y metas estratégicas establecidos en la Subred y los fines del Estado.
- Socializar a todos los funcionarios públicos que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., el Acuerdo 565 del 2016, el cual contiene el "Nuevo Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral", que incorporó, entre otros componentes, obligatoriamente tener en cuenta la evaluación de la gestión por áreas o dependencias que realizan los Jefes de la Oficinas de Control Interno o Gestión Pública y Autocontrol de la entidad.
- Realizar seguimiento al cumplimiento del POA, de manera permanente, (el Acuerdo No. 565 de 2016, señala que debe realizarse de forma trimestral), con el fin de implementar acciones de mejora a tiempo o antes de terminar la vigencia.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SAUD  
Sistema Integrado de Servicios  
de Salud Norte S. S. C.

## INFORME DE EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADOS NORTE E.S.E. – VIGENCIA 2016

### EQUIPO AUDITOR

**ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA**  
Asesor  
Oficina de Gestión Pública y Autocontrol  
USS Chapinero

**MARY LUZ MUÑOZ DURAN**  
Jefe de Oficina  
Gestión Pública y Autocontrol  
USS Simón Bolívar

**TERESA DE JESUS PLAZAS PERALTA**  
Asesora de Control Interno  
USS Usaquén

**MARIA NOHEMI PERDOMO R.**  
Jefe de Oficina  
Gestión Pública y Autocontrol  
USS Engativá

**MARITZA CIFUENTES SEPULVÉDA**  
Asesora  
Oficina de Gestión Pública y Autocontrol  
USS Suba