		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3
				PÁGINA: 1 DE 2
				FECHA: 31/12/2024
1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				
<p>1. Desarrollar la hoja de ruta definida por la Secretaría Distrital de Salud para la implementación del Modelo de Atención MAS BIENESTAR en las localidades de influencia de la Subred.</p> <p>3. Disminuir la razón de la mortalidad materna a menos de 27,5 x 100mil nacidos vivos en las localidades de influencia de la Subred</p> <p>4. Disminuir la tasa de mortalidad en menores de 5 años en menos de 10,3 por mil nacidos vivos en las localidades del área de influencia de la Subred Norte</p> <p>5. Alcanzar la certificación de 14 unidades de servicios de salud priorizadas en la Subred Norte como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII).</p>				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
Alcanzar la certificación de 7 unidades de servicios de salud priorizadas en la Subred Norte como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII)	Gestión de Servicios Ambulatorios 1. Realizar el proceso de autoapreciación por cada unidad frente a los requerimientos de la estrategia (Chapinero, álamos, Bachué, Quirigua, Bella Vista, Verbenal, Boyacá Real, Española, Garcés Navas, Suba tipo II, Engativá Calle 80) 2. Establecer Plan de implementación para la certificación de acuerdo a los resultados de la auto apreciación 3. Ejecutar el plan de implementación 4. Elaborar informes de forma trimestral	100	100	Indicador: Número de Unidades Certificadas Como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII): El indicador se encuentra programado para el trimestre I de la vigencia en el que se evidencia certificación de 11 unidades de servicio de salud (Chapinero, Álamos, Bachué, Quirigua, Bella Vista, Verbenal, Boyacá Real, Española, Garcés Navas, Suba tipo II y Engativá-Calle 80) como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMII, superando ampliamente la meta definida. En los trimestres restantes no está programada la Meta POA.
Cumplir la atención de pacientes en consulta de medicina general de primera vez, como lo establece la Resolución 0256 de 2016; en un tiempo menor o igual a 3 días para la vigencia 2025. GA35	1. Mantener el análisis oferta demanda para el servicio de Medicina general 2. Mantener monitoreo periódico a las agendas 3. Mantener el monitoreo prospectivo a la oportunidad de medicina general 4. Realizar ajustes a la oferta del servicio de medicina general de acuerdo los resultados de la oportunidad	100	100	La ficha técnica del indicador correspondiente al objetivo del plan en la plataforma ALMERA está definida para la vigencia 2024. Sin embargo, en la vigencia evaluada de 2025, se registraron dos meses fuera de la meta establecida: abril y mayo. Por otro lado, los análisis realizados por la primera línea están fuera de las fechas correspondientes, ya que el seguimiento debe ser mensual.
Mantener la oportunidad de asignación de citas de odontología menor o igual a 3 días. GA34	1. Mantener el análisis oferta demanda para el servicio de odontología 2. Mantener monitoreo periódico a las agendas 3. Mantener el monitoreo prospectivo a la oportunidad del servicio de odontología 4. Realizar ajustes a la oferta del servicio de odontología general de acuerdo los resultados de la oportunidad	100	100	Durante la vigencia evaluada de 2025, se evidenció el incumplimiento de la meta en varios meses de la vigencia. Por su parte, la primera línea de defensa efectuó los análisis fuera de las fechas correspondientes, teniendo en cuenta que el análisis debe realizarse de manera mensual. Finalmente, no se evidencian soportes cargados para este indicador en la plataforma Almera.
Cumplir la atención de pacientes en consulta de ginecología de primera vez, como lo establece la Resolución 0256 de 2016, en un tiempo menor o igual a 8 días para la vigencia 2024. GA07	1. Mantener el análisis oferta demanda para el servicio de Ginecología 2. Mantener monitoreo periódico a las agendas 3. Mantener el monitoreo prospectivo a la oportunidad de ginecología 4. Realizar ajustes a la oferta del servicio de ginecología de acuerdo a los resultados de la oportunidad	100	100	La ficha técnica del indicador correspondiente al objetivo del plan en la plataforma ALMERA está definida para la vigencia 2024. Además, los análisis realizados por la primera línea se efectuaron fuera de las fechas correspondientes, ya que el seguimiento debe ser mensual. el resultado de este indicador cumple la meta propuesta, por lo que se recomienda su reevaluación con el fin de promover la evolución del indicador dentro del ciclo de mejoramiento continuo.
Oportunidad menor o igual a 15 días en la asignación de cita de primera vez en medicina interna. (R-408) GA09	1. Mantener el análisis oferta demanda para el servicio de medicina interna 2. Mantener monitoreo periódico a las agendas 3. Mantener el monitoreo prospectivo a la oportunidad de medicina interna 4. Realizar ajustes a la oferta del servicio de medicina interna de acuerdo a los resultados de la oportunidad	100	90	Si bien este indicador presenta mediciones mensuales durante la vigencia 2025, el análisis correspondiente a dicha vigencia sólo se encuentra documentado para los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Lo anterior evidencia un vacío en el análisis, dado que este pasa de abril de 2024 a septiembre de 2025. este indicador cumple con la meta muy por debajo de lo propuesto. Se recomienda su reevaluación con el fin de promover la evolución del indicador dentro del ciclo de mejoramiento continuo.

Oportunidad menor o igual a 8 días en asignación de citas de primera vez de obstetricia. GA13	<ol style="list-style-type: none"> Mantener el análisis oferta demanda para el servicio de Obstetricia Mantener monitoreo periódico a las agendas Mantener el monitoreo prospectivo a la oportunidad de obstetricia Realizar ajustes a la oferta del servicio de obstetricia de acuerdo a los resultados de la oportunidad 	100	100	La meta correspondiente a la vigencia 2024 establece un plazo de 5 días, mientras que para la vigencia 2025 se ha fijado una meta de 8 días o menos, la cual no ha sido actualizada en la ficha técnica. Por otro lado, los análisis realizados por la primera línea de defensa se efectuaron fuera de las fechas correspondientes, ya que estos deben realizarse mensualmente. El último soporte cargado para dicho indicador corresponde al mes de julio de 2025.
Oportunidad menor o igual a 5 días en la asignación de citas de primer vez en pediatría. (R-408)	<ol style="list-style-type: none"> Mantener el análisis oferta demanda para el servicio de Pediatría Mantener monitoreo periódico a las agendas Mantener el monitoreo prospectivo a la oportunidad de pediatría Realizar ajustes a la oferta del servicio de pediatría de acuerdo a los resultados de la oportunidad 	100	100	Los análisis realizados por la primera línea de defensa se efectuaron fuera de las fechas correspondientes, ya que deben realizarse mensualmente. No se evidencia soporte cargado para el mes de diciembre. El resultado de este indicador cumple la meta propuesta, por lo que se recomienda su reevaluación con el fin de promover la evolución del indicador dentro del ciclo de mejoramiento continuo.
Calificación Final de la Dependencia		100	98	100

5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:

La Oficina de Control Interno ha identificado deficiencias en la gestión de los indicadores correspondiente a la vigencia 2025, como por ejemplo, las fichas técnicas en la plataforma Almera no se encuentran actualizadas, ya que refleja metas correspondientes a la vigencia 2024 .

Los análisis realizados por la primera línea de defensa se efectuaron fuera de los plazos mensuales establecidos, lo que dificulta la toma de decisiones a tiempo. La segunda línea de defensa no realizó el seguimiento oportuno de los indicadores durante algunos meses de la vigencia.

6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:

Se recomienda actualizar las fichas técnicas de los indicadores en la plataforma Almera para reflejar las metas correctas para la vigencia. Asimismo, se sugiere que la primera línea de defensa efectúe los análisis dentro de los plazos mensuales establecidos para garantizar la toma de decisiones oportuna.

7. FIRMAS

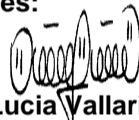
Jefe de Oficina de Control Interno

Denis Parra Suárez



Auditores:

Diana Lucia Vallarino Villarreal



Magda Yohana Chaparro Rodríguez



		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01		
				VERSIÓN: 3		
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 1 DE 2		
				FECHA: 31/12/2024		
1. Fecha	31/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS			
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:						
Consolidar el Modelo de Gestión del Riesgo y prestación de Servicios de Salud con enfoque diferencial, orientado a dar respuesta a las necesidades de salud de la población del área de influencia de la Subred Norte ESE.						
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:						
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%			
8, Mantener el indicador de oportunidad desde la generación de la orden médica hasta la disponibilidad de resultado de laboratorio clínico, para el servicio de hospitalización, menor o igual a 6 horas.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Revisar y documentar el flujo del procedimiento de toma de muestras de laboratorio 2. Socializar el flujo del procedimiento de toma de muestras de laboratorio 3. Monitorear los tiempos transcurridos 4. Elaborar el diligenciamiento mensual de ficha de indicador 5. Elaborar informe mensual de seguimiento con acciones frente a desviaciones encontradas 6. Socializar resultados en mesas primarias mensuales del equipo 	100	100			<p>Se verifica en la plataforma Almera la medición mensual del indicador, encontrándose una descripción amplia y detallada de las mediciones y de los tiempos correspondientes a cada fase del procedimiento de toma de muestras en hospitalización. No obstante, se recomienda verificar los soportes que se adjuntan en Almera.</p> <p>El resultado general calculado por la Oficina de Control Interno para el período comprendido entre enero y diciembre de 2025 es de 2,4 horas, evidenciándose el cumplimiento de la meta establecida de 6 horas.</p> <p>El resultado de 2,4 horas supera la meta propuesta, por lo que se recomienda su reevaluación de acuerdo a la línea base (6 horas), con el fin de promover la evolución del indicador dentro del ciclo de mejoramiento continuo.</p>
9, Mantener el indicador de oportunidad desde la generación de la orden médica hasta la disponibilidad de resultado de laboratorio clínico para el servicio de urgencias, menor o igual a 2 horas.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Revisar y documentar el flujo del procedimiento de toma de muestras de laboratorio 2. Socializar el flujo del procedimiento de toma de muestras de laboratorio 3. Monitorear los tiempos transcurridos 4. Elaborar el diligenciamiento mensual de ficha de indicador 5. Elaborar informe mensual de seguimiento con acciones frente a desviaciones encontradas 6. Socializar resultados en mesas primarias mensuales del equipo 	100	100			<p>El resultado consolidado de enero a diciembre año 2025 calculado por la Oficina de Control es de 2 horas, evidenciándose el cumplimiento de la meta establecida de 2 horas.</p>
Mantener el indicador de oportunidad de la atención ambulatoria en radiología especial en un tiempo menor o igual a 15 días.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir el indicador mensual y generar las acciones de mejora que permita evidenciar desviaciones de los resultados que se encuentren con un tiempo pdte de léctura de 24 horas 2. Realizar informe trimestral. 3. realizar plan de mejoramiento del indicador en caso de desviación del mismo. 	100	100			<p>El resultado general calculado por la Oficina de Control Interno para el período comprendido entre enero y diciembre de 2025 es de 2,1 días, evidenciándose el cumplimiento de la meta establecida de 15 días. Se encuentra que la meta de 15 días resulta superada, por lo que se recomienda su reformulación para promover la evolución del indicador dentro del ciclo de mejoramiento continuo.</p>
12, Mantener el indicador de oportunidad de la disponibilidad de resultado de laboratorio clínico para el servicio de consulta externa, menor o igual a 24 horas	<ol style="list-style-type: none"> 1.Revisar y documentar el flujo del procedimiento de toma de muestras de laboratorio 2. Socializar el flujo del procedimiento de toma de muestras de laboratorio 3. Monitorear los tiempos transcurridos 4. Elaborar el diligenciamiento mensual de ficha de indicador 5. Elaborar informe mensual de seguimiento con acciones frente a desviaciones encontradas 6. Socializar resultados en mesas primarias mensuales del equipo 	100	100			<p>El resultado consolidado de enero a diciembre año 2025 calculado por la Oficina de Control es de 15 horas, evidenciándose el cumplimiento de la meta establecida de 24 horas.</p>
13, Mantener el indicador de oportunidad de la atención ambulatoria en radiología simple menor o igual a 3 días	<ol style="list-style-type: none"> 1.Revisar y documentar el flujo del procedimiento de atención ambulatoria en radiología 2. Socializar el flujo del procedimiento de atención ambulatoria en radiología 3. Monitorear los tiempos transcurridos 4. Elaborar el diligenciamiento mensual de ficha de indicador 5. Elaborar informe mensual de seguimiento con acciones frente a desviaciones encontradas 6. Socializar resultados en mesas primarias mensuales del equipo 	100	100			<p>El resultado consolidado de enero a diciembre año 2025 calculado por la Oficina de Control es de 2,5 días, evidenciándose el cumplimiento de la meta establecida de 3 días.</p>

14, Garantizar la entrega de resultados dentro de los 8 días siguientes a la toma para RNM y TAC	1.Revisar y documentar el flujo del procedimiento de atención ambulatoria en radiología (TAC) 2. Socializar el flujo del procedimiento de atención ambulatoria en radiología 3. Monitorear los tiempos transcurridos 4. Elaborar el diligenciamiento mensual de ficha de indicador 5. Elaborar informe mensual de seguimiento con acciones frente a desviaciones encontradas 6. Socializar resultados en mesas primarias mensuales del equipo	100	100	El resultado consolidado de enero a diciembre año 2025 calculado por la Oficina de Control es de 2,4 días, evidenciándose el cumplimiento de la meta establecida Oportunidad menor o igual a 15 días.
Calificación Final de la Dependencia		100	100	100

5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:


La oficina de Control Interno realizó la verificación de todos los indicadores con sus respectivos soportes en la plataforma Almera. Se concluye que es necesario la revisión de las metas de los indicadores que presentan cumplimiento con amplio margen en los resultados y continuar con el ciclo de mejoramiento continuo, toda vez que la oportunidad de entrega o reporte de laboratorio o imagenes diagnósticas se realiza en menor tiempo respecto de la meta establecida.

6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:

Se encuentra que las metas resultan superadas, por lo que se recomienda su reformulación para promover la evolución del indicador dentro del ciclo de mejoramiento continuo.





7. FIRMAS




Jefe de Oficina de Control Interno Denis Parra Suárez 	Audidores:  Diana Lucia Vallarino Villarreal	 Magda Yohana Chaparro Rodríguez
--	--	--


		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3
1. Fecha		2. Dependencia a Evaluar		DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD
30/01/2026				PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 31/12/2024
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia: Consolidar el Modelo de Gestión del Riesgo y prestación de Servicios de Salud con enfoque diferencial, orientado a dar respuesta a las necesidades de salud de la población del área de influencia de la Subred Norte ESE.				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
30, Lograr el 60% en la captación temprana de las gestantes antes de la semana 10 para capital salud.	Gestión del Riesgo: 1. Realizar el fortalecimiento técnico en las unidades de atención 2. Socializar las metas priorizadas en el marco de la mesa materno infantil 3. Fortalecer la búsqueda activa de gestantes 4. Monitorear indicador por unidad a través de estrategias ranking 5. Informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas Gestión de Urgencias: 1. Realizar búsqueda activa de mujeres gestantes con intención reproductiva desde el servicio de urgencias a través del diligenciamiento pertinente de la historia clínica. Gestión de Servicios Ambulatorios: 1. Mantener el monitoreo a la oportunidad de enfermería para favorecer el ingreso oportuno de la gestante al control prenatal. Gestión de Servicios Complementarios: 1. Mantener el acceso permanente de la RUTA Materno perinatal de la Subred Norte a la base del sistema de información del laboratorio -INFOLAB- para la consulta de los resultados de muestras tomadas de la hormona GCH - gonadotropina coriónica cualitativa en sangre.	100	100	Indicador: Porcentaje de Captación Temprana de Gestantes Antes de la Semana 10 Para Capital Salud. La meta propuesta para el año 2025 presenta un incremento trimestral progresivo, establecido en 50%, 53%, 57% y 60%. Los resultados obtenidos evidencian un ascenso constante en cada trimestre y superan ampliamente la Meta POA, alcanzando valores de 65%, 65%, 70% y 70%, respectivamente. El resultado consolidado anual, calculado por la Oficina de Control Interno, corresponde al 67% en atención a la meta del 60% establecida, concluyéndose el cumplimiento del 100% relacionado con el ingreso de usuarias gestantes Capital Salud la ruta materno perinatal antes de la semana 10 de gestacion. Se recomienda soportar en la plataforma Almera los datos registros, que permitan la verificación de la información reportada.
32, Lograr que el 90% de mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional reciban tratamiento completo y oportuno.	Gestión del Riesgo: 1. Realizar el fortalecimiento técnico en las unidades de atención 2. Socializar las estrategias priorizadas en el marco de la mesa materno infantil 3. Socializar las estrategias establecidas para garantía del tratamiento 4. Monitorear indicador por unidad a través de estrategias ranking 5. Elaborar informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas Gestión de Servicios Ambulatorios: 1. Mantener plan de capacitación continuo al equipo de atención materno perinatal de consulta externa orientado a garantizar la adherencia a las Guía de Práctica Clínica Gestión de Urgencias: 1. Garantizar que se de tratamiento en el servicio de urgencias para las parejas de la gestante con diagnóstico de sífilis gestacional Gestión de hospitalización y cirugía: 1. Fortalecer las competencias técnicas en la Guía de Práctica Clínica de sífilis gestacional en el talento humano que brinda atención a la población gestante; aplicación de la Guía de Práctica Clínica e inicio de tratamiento en las pacientes con diagnóstico en la estancia hospitalaria Gestión de Servicios Complementarios: 1. Mantener el acceso permanente de la RUTA Materno perinatal de la Subred Norte a la base del sistema de información del laboratorio -INFOLAB- para la consulta de los resultados de muestras tomadas de prueba serológica VDRL.	100	100	Indicador: Porcentaje de Mujeres Gestantes con Diagnóstico de Sífilis que Recibieron Tratamiento Completo y Oportuno. Se registra en la plataforma Almera un reporte trimestral que supera ampliamente la meta propuesta, con resultados de 100%, 100%, 97,2% y 96,4%. La variación observada en los dos últimos trimestres se asocia a casos de mujeres en condición de habitantes de calle, caracterizados por difícil ubicación y baja adherencia al tratamiento. El resultado consolidado anual, calculado por la Oficina de Control Interno, corresponde al 98%, evidenciándose el cumplimiento total de la meta establecida. Para vigencias futuras, se recomienda la reformulación de la meta con el fin de aumentar el fortalecimiento del ciclo de calidad.
34, Alcanzar y mantener la adherencia al 90% de adherencia a las Guías de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte.	Gestión del Riesgo: 1. Realizar el fortalecimiento técnico al talento humano de la socialización de las guías de practica clínica Oficina de Calidad: 1. Monitorear al indicador 2. Elaborar Informe trimestral de la medición de la guía Ambulatorios: 1. Mantener plan de capacitación continuo al equipo de atención materno perinatal de consulta externa orientado a garantizar la adherencia a las Guía de Práctica Clínica	100	100	Indicador: Resultado de porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en la Subred Norte. Se evidencia que, durante los cuatro trimestres evaluados, la revisión de historias clínicas de mujeres gestantes, con base en los ocho criterios establecidos en la guía de atención en control prenatal, mostró deficiencias en la adherencia a la guía de práctica clínica de control prenatal, evidenciándose que el porcentaje del indicador se mantuvo por debajo del 90% en todos los períodos analizados. De acuerdo con el instrumento de evaluación de la SDS, el resultado obtenido se ubica dentro del rango aceptable (80% a 89%); no obstante, se establece que la Institución requiere intensificar las acciones de mejoramiento en los aspectos deficientes identificados.
36, Alcanzar y mantener el 85% en la adherencia a la Guías de Práctica Clínica de Diabetes Mellitus en la Subred Norte.	Gestión del Riesgo: 1. Realizar el fortalecimiento técnico al talento humano de la socialización de las guías de practica clínica Oficina de Calidad: 1. Monitoreo al indicador 2. Elaborar informe semestral de la medición de la guía Gestión de Servicios Ambulatorios: 1. Mantener plan de capacitación continuo al equipo de atención materno perinatal de consulta externa orientado a garantizar la adherencia a las Guía de Práctica Clínica	100	100	Indicador: Resultado de porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de DM en la Subred Norte. La meta propuesta para el año 2025 presenta un incremento trimestral progresivo, establecido en 82%, 83%, 84% y 85%. El indicador de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Diabetes Mellitus (DM) en la Subred Norte presenta un desempeño favorable y sostenido durante 2025, 85%, 85%, 88% y 88% respectivamente, con cumplimiento superior a la meta programada en los trimestres evaluados y resultados clasificados como satisfactorios según el estándar institucional. La estabilidad y mejora progresiva del indicador reflejan el impacto positivo de las estrategias de fortalecimiento al talento humano, el acompañamiento técnico de la RIAS CCVM y la mejora en la calidad del dato. No obstante, se recomienda continuar con las acciones implementadas, con énfasis en los criterios que aún presentan niveles de criticidad, y enfoque a los profesionales identificados, con el fin de consolidar y optimizar la adherencia a la GPC.
35, Alcanzar y mantener el 85% en la adherencia a la Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial en la Subred Norte.	Gestión del Riesgo: 1. Realizar el fortalecimiento técnico al talento humano de la socialización de las guías de practica clínica Oficina de Calidad: 1. Monitorear indicador 2. Elaborar informe semestral de la medición de la guía Gestión de Servicios Ambulatorios: 1. Mantener plan de capacitación continuo al equipo de atención materno perinatal de consulta externa orientado a garantizar la adherencia a las Guía de Práctica Clínica	100	100	Indicador: Resultado de porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de HTA en la Subred Norte A partir de la evaluación de historias clínicas de los servicios de medicina interna, cardiología, medicina familiar y medicina general, se evidencia el cumplimiento, con un resultado del 89%.

<p>42. Disminuir la tasa de mortalidad en menores de 5 años en menos de 10,3 por mil nacidos vivos en las localidades del área de influencia de la Subred Norte.</p>	<p>Gestión del Riesgo en Salud: 1. Realizar el fortalecimiento técnico en las unidades de atención 2. Socializar las estrategias priorizadas en el marco de la mesa materno infantil (AIEPI - IAMII) 3. Búsqueda activa de menores de 5 años sin atenciones desde los entornos y componentes transversales del PSPIC 4. Monitoreo al indicador institucional 5. Informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas Gestión de Servicios Ambulatorios: 1. Canalizar a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, a la población infantil que ingresa a los servicios ambulatorios. Gestión de Urgencias: 1. Garantizar valoración por pediatra a todos los usuarios menores de 5 años en el servicio de urgencias. Gestión de Hospitalización y Cirugía: 1. Fortalecer competencias técnicas en Guía de Práctica Clínica de enfermedades respiratorias, diarrea y desnutrición en población pediátrica. Gestión de Servicios Complementarios: 1. Entrega de medicamentos por indicación médica según la contratación vigente</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>Indicador: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años: El comportamiento del indicador de mortalidad en menores de cinco años en la Subred Norte durante 2025 fue variable. En tres de los cuatro trimestres se cumplió la meta distrital; sin embargo, en el tercer trimestre se presentó un incremento que superó el valor de referencia, asociado principalmente a eventos en menores de un año por causas prevenibles como sepsis neonatal, prematuridad y complicaciones del parto.</p> <p>En las acciones implementadas de fortalecimiento técnico, articulación de rutas y canalización efectiva, se evidencia la necesidad de intensificar estrategias sostenidas de prevención, control prenatal de calidad, atención segura del parto y seguimiento integral del recién nacido, con énfasis territorial en Suba y Engativá.</p>
<p>45. Lograr coberturas de vacunación del 95% en los niños y niñas menores de un año con pentavalente en la Subred Norte</p>	<p>Gestión del Riesgo en Salud: 1. Realizar búsqueda activa de menores de un año con esquema de vacunación incompleta desde los entornos y componentes transversales del PSPIC 2. Realizar el fortalecimiento técnico en las unidades de atención 3. Monitorear el indicador por unidad con la meta asignada desde la estrategia ranking 4. Elaborar informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>Indicador: Porcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con pentavalente. La meta propuesta para el año 2025 se formuló con incremento trimestral, establecido en 23,7%, 47,4%, 71,1 % y 95%. El indicador de cobertura de vacunación con tercera dosis de pentavalente en niños y niñas menores de un año en la Subred Norte presenta un desempeño sobresaliente durante 2025, con cumplimiento superior al 100% de la meta anual y un comportamiento sostenido y estable a lo largo de los cuatro trimestres. Los resultados muestran efectividad en las estrategias de búsqueda activa.</p>
<p>46. Lograr coberturas de vacunación del 95% en los niños y niñas menores de un año con triple viral en la Subred Norte</p>	<p>Gestión del Riesgo en Salud: 1. Realizar búsqueda activa de menores de un año con esquema de vacunación incompleta desde los entornos y componentes transversales del PSPIC 2. Realizar el fortalecimiento técnico en las unidades de atención 3. Monitoreo al indicador por unidad con la meta asignada desde la estrategia ranking 4. Informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas.</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>Indicador: Porcentaje de cobertura de vacunación para niños y niñas menores de un año con triple viral. La meta propuesta para el año 2025 se formuló con incremento trimestral, establecido en 23,7%, 47,4%, 71,1 % y 95%. El indicador de cobertura de vacunación con triple viral en niños y niñas de un año en la Subred Norte muestra un comportamiento favorable y progresivo durante 2025, con cumplimiento de la meta anual al cierre del cuarto trimestre. El ajuste de la meta por parte de la SDS en el último trimestre contribuyó al cumplimiento global, consolidando un desempeño satisfactorio y reflejando una adecuada articulación operativa del programa de vacunación.</p>
<p>47. Lograr el 55% de cobertura en la atención integral a la primera infancia para la Subred Norte.</p>	<p>Gestión del Riesgo en Salud: 1. Realizar el fortalecimiento técnico en las unidades de atención 2. Socializar las estrategias priorizadas en el marco de la mesa materno infantil 3. Búsqueda activa de menores de 5 años sin CVI desde los entornos y componentes transversales del PSPIC 4. Monitoreo al indicador por unidad 5. Informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas Gestión de Urgencias: 1. Garantizar atención oportuna a todo menor de edad que llegue al servicio de urgencias de acuerdo a sus necesidades en salud. Gestión de Hospitalización y Cirugía: 1. Fortalecer competencias técnicas en Guía de Práctica Clínica de enfermedades respiratorias, diarrea y desnutrición en población pediátrica.</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Cobertura en la Atención Integral a la Primera Infancia Para la Subred Norte. En la ficha técnica, la meta está definida como lograr el 55% de cobertura en la atención integral a la primera infancia para la Subred Norte.</p>
<p>49. Implementar el 100% de las acciones a cargo de la Subred del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito local</p>	<p>Gestión del Riesgo en Salud: 1. Diseñar e implementar del plan de acción para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito local 2. Socializar las estrategia para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito local 3. Elaborar informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas.</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>Se observó cumplimiento de la meta, como recomendación es importante registrar el análisis realizado dentro de los plazos establecidos (trimestral).</p>
<p>51. Realizar seguimiento efectivo mínimo al 95% de los casos de conducta suicida notificados por las unidades de la subred y residentes de las localidades de la Subred Norte.</p>	<p>Gestión del Riesgo en Salud: 1. Realizar el fortalecimiento técnico en las unidades de atención 2. Ejecutar Investigación Epidemiológica de Campo del perfil de psicología de casos de conducta suicida notificados por las unidades de la subred y residentes de las localidades de la Subred Norte. 3. Elaborar informe trimestral de avance con acciones de mejora a las desviaciones encontradas.</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>Indicador: Porcentaje de cumplimiento de seguimientos realizados a casos notificados de conducta suicida Desde el subsistema SISVECOS realizan seguimiento de los casos notificados. El indicador de cumplimiento de seguimiento a casos notificados de conducta suicida reportó un abordaje del 100% durante todos los trimestres de 2025 con cumplimiento de la meta POA; no obstante, el comportamiento epidemiológico evidencia predominio sostenido de la ideación suicida que refleja una progresión de eventos en un número importante de casos.</p>
<p align="center">Calificación Final de la Dependencia</p>		<p>100</p>	<p>100</p>	<p>100</p>
<p>5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia: Se observa cumplimiento de la dependencia respecto a sus once indicadores programados para la vigencia 2025 - dando cumplimiento del 100%</p>				
<p>6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno: * Revisión de la información de las fichas técnicas del indicador y del análisis dentro de los plazos establecidos (indicador: Porcentaje de Cobertura en la Atención Integral a la Primera Infancia Para la Subred Norte). * Análisis de los resultados de manera oportuna para toma de decisiones y gestión efectiva de los indicadores.</p>				
<p>7. FIRMAS</p>				
<p>Jefe de Oficina de Control Interno  Denis Parra Suárez</p>	<p>Audidores:  Diana Lucia Vallarino Villarreal</p>	<p> Magda Yohana Chaparro Rodríguez</p>		

	FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3	
				PÁGINA: 1 DE 2
				FECHA: 31/12/2024
1. Fecha	30/01/2025	2. Dependencia a Evaluar	DIRECCION DE HOSPITALARIOS	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				
1.Consolidar el Modelo de Gestión del Riesgo y prestación de Servicios de Salud con enfoque diferencial, orientado a dar respuesta a las necesidades de salud de la población del área de influencia de la Subred Norte ESE.				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
2. Lograr adherencia mayor o igual al 85% en la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de morbilidad atendida Infección de Vías Urinarias - IVU (R-408)	<ol style="list-style-type: none"> Realizar socialización al referente técnico de medicina interna (urología), sobre observaciones identificadas en el informe de adherencia a la guía. Intervenir y capacitar por parte del referente técnico a los especialistas de medicina interna y otros perfiles de ser necesario, de manera grupal o individual según el caso, sobre las observaciones identificadas en el informe de adherencia a la guía. Realizar pretest y post - test a los especialistas de medicina interna y otros perfiles de ser necesario sobre la capacitación o intervención dada. Elaborar Informe trimestral de resultados de aplicación a la guía y presentar resultados en Comité de Calidad 	100	80	<p>El proceso se evaluó en Almera con los siguientes resultados en los cuatro trimestres:</p> <p>En Trimestre I 2025: 71,11% por revisión de 87 historias las cifras más bajas fueron Simón Bolívar (75,89%), CSE (77,96%) y la Gaitana (38,67%)</p> <p>En Trimestre II 2025: 84,38% por revisión de 83 historias los niveles más bajos. Emaús (65,62%) y la Unidad Gaitana (62,77%)</p> <p>En Trimestre III 2025: 80% por revisión 40 historias Simón Bolívar 67% afectado por registro de antecedentes familiares, identificación del riesgo individual en salud y educación al paciente</p> <p>En Trimestre IV 2025: 88% por revisión 50 historias.</p>
7. Oportunidad mayor o igual al 90% en la realización de apendicetomía dentro de las primeras 6 horas posterior al diagnóstico de apendicitis en la Subred. (R-408)	<ol style="list-style-type: none"> Realizar socialización al referente técnico de cirugía general, sobre observaciones identificadas en el informe de apendicetomía. Intervenir y capacitar a los especialistas de cirugía general de manera grupal o individual según el caso, sobre las observaciones identificadas en el informe de apendicetomía. Elaborar Informe trimestral de resultados presentar resultados en Comité de Calidad 	100	89	<p>El proceso se evaluó en Almera para los cuatro trimestres:</p> <p>En Trimestre I 2025: 93%</p> <p>En Trimestre II 2025: 78%</p> <p>En Trimestre III 2025: 91%</p> <p>Trimestre IV 2025: 95%</p> <p>En el año 2025 alcanzaron el 89,2% que NO cumple la META POA de 90% en oportunidad de menor a 6 horas en realización de apendicetomía después de diagnóstico.</p>
18. Disminuir el tiempo de respuesta a la solicitud de interconsultas a 12 horas para las especialidades en el servicio de hospitalización (Simón Bolívar - Engativá - Suba)	<ol style="list-style-type: none"> Actualizar instructivo clínico de solicitud de interconsultas. socializar a los medicos especialistas de la direccion hospitalarios sobre los tiempos de respuesta en la solicitud de interconsultas. Medir adherencia a la oportunidad de respuesta de la solicitud de interconsulta. Socializar a los líderes de unidad y referentes técnicos la adherencia a la oportunidad de respuesta de la solicitud de interconsulta Intervenir y capacitar a los especialistas de manera grupal o individual según el caso, sobre las observaciones identificadas en el informe de adherencia de respuesta a interconsulta. Elaborar Informe trimestral de respuesta de la solicitud de interconsulta con acciones frente a desviaciones encontradas 	100	100	<p>En la revisión de Control Interno se encuentra El resultado general de la vigencia fue de 8,3 horas respecto de la Meta de 12 horas.</p> <p>El registro en Almera muestra medición trimestre I: 7,4 horas, Trimestre II: 7,9, Trimestre III: 7,9 y Trimestre IV: 9,7. En conclusión la Oficina de Control Interno evidencia resultado anual para 2025 de 8,3 horas dando cumplimiento a la meta propuesta.</p>
19. Disminuir el tiempo de respuesta a la solicitud de interconsultas 12 horas para las especialidades en el servicio de urgencias (Simón Bolívar - Engativá - Suba)	<ol style="list-style-type: none"> Actualizar instructivo clínico de solicitud de interconsultas. socializar a los medicos especialistas de la direccion hospitalarios sobre los tiempos de respuesta en la solicitud de interconsultas. Medir adherencia a la oportunidad de respuesta de la solicitud de interconsulta. Socializar a los líderes de unidad y referentes técnicos la adherencia a la oportunidad de respuesta de la solicitud de interconsulta Intervenir y capacitar a los especialistas de manera grupal o individual según el caso, sobre las observaciones identificadas en el informe de adherencia de respuesta a interconsulta. Elaborar Informe trimestral de respuesta de la solicitud de interconsulta con acciones frente a desviaciones encontradas 	100	100	<p>Control Interno verificó que el resultado general de la vigencia fue de 6 horas respecto de la Meta de 12 horas dando cumplimiento a la meta.</p> <p>La medicion trimestre I: 6,4 horas, Trimestre II: 6,4, Trimestre III: 5,7 y Trimestre IV: 5, 9.</p>
40. Lograr adherencia mayor o igual al 90% en la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias III trimestre en gestantes. (R-408)	<ol style="list-style-type: none"> Realizar socialización al referente técnico de medicina interna (urología), sobre observaciones identificadas en el informe de adherencia a la guía. Intervenir y capacitar por parte del referente técnico a los especialistas de medicina interna y otros perfiles de ser necesario, de manera grupal o individual según el caso, sobre las observaciones identificadas en el informe de adherencia a la guía. Realizar pretest y post - test a los especialistas de medicina interna y otros perfiles de ser necesario sobre la capacitación o intervención dada. Elaborar Informe trimestral de resultados de aplicación a la guía y presentar resultados en Comité de Calidad 	100	72	<p>La medición del indicador en la vigencia 2025 se encontró que no alcanzó la meta en ningún periodo.</p> <p>Trimestre I: 50% por revisión de 4 historias clínicas, Trimestre II: 90% por revisión de 10 historias clínicas, Trimestre III: 70% por revisión de 7 historias clínicas y Trimestre IV: 60% por revisión de 5 historias clínicas.</p> <p>El resultado general de la vigencia calculado por Control Interno es de 72,4% el cual No cumple con la meta. Se observa registro de seguimiento de la segunda línea de defensa en los tres primeros trimestres en Almera.</p>
Calificación Final de la Dependencia		100	88	99
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:				
Se observó registro de seguimiento oportuno dentro del Aplicativo Almera. Se identifica en Gaitana y Emaús oportunidades en la adherencia de las Guías de Infección de vías urinarias e implementación de seguimiento permanente.				
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:				
Se recomienda ampliar la muestra de historias clínicas de los indicadores de Guías de Práctica Clínica				
7. FIRMAS				
Jefe de Oficina de Control Interno		Audidores:		
Denis Parra Suárez 		Diana Lucia Vallarino Villarreal 		
		Magda Yohana Chaparro Rodríguez 		

		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01		
				VERSIÓN: 3		
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 1 DE 2		
				FECHA: 31/12/2024		
1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	DIRECCION DE URGENCIAS			
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:						
- Desarrollar la hoja de ruta definida por la Secretaría Distrital de Salud para la implementación del Modelo de Atención MAS BIENESTAR en las localidades de influencia de la Subred.						
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:						
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%			
Brindar atención específica dentro de la hora siguiente al 90% de los pacientes diagnosticados con infarto agudo de miocardio -IAM. GU03	Gestión de hospitalarios 1. Realizar auditoria a los pacientes con diagnóstico de IAM 2. Generar informe de resultados de auditoria de oportunidad 3. Realizar retroalimentación a profesionales que atendieron el caso	100	100			Para este indicador, los análisis correspondientes para la vigencia dan cuenta del cumplimiento de la meta del 90% definida.
Disminuir 0,03 del número pacientes que reingresan al servicio de urgencias por debajo de las 72 horas con el mismo diagnóstico. GU02	1. Revisar los casos que presentan reingreso, verificando que su diagnóstico sea igual al de egreso original 2. Realizar auditoria de pertinencia respecto a los casos evidenciados generado informe 3. Retroalimentar a profesionales de la salud que atienden el caso. 4. Elaborar informe de seguimiento a los casos totales de reingreso.	100	90			Para este indicador, los análisis correspondientes para la vigencia dan cuenta del cumplimiento de la meta definida (0,03).
Brindar atención al paciente con clasificación triage II con una oportunidad menor o igual a 30 minutos. GU08	1. Auditoria a la pertinencia de triage 2. Revisar los casos que presenten una atención superior a los 30 minutos con clasificación triage II 3. Identificar y documentar las causas a la demora en la atención 4. Retroalimentar a los profesionales de salud que atienden el caso 5. Elaborar informe trimestral al seguimiento del indicador con acciones frente a desviaciones encontradas.	100	100			Se observa cumplimiento de la meta establecida de 30 minutos de atención al paciente con clasificación Triage II, para la vigencia 2025.
Disminuir en un porcentaje menor o igual al 95% el porcentaje de ocupación de los servicios de urgencias. GU05	1. Realizar rondas diarias a cargo del referente de urgencias de cada unidad, con la identificación de las razones de demoras clínico o administrativas. 2. Identificar los pacientes que requieren mayor o menor unidad de complejidad para su traslado y manejo integral. 3. Captar pacientes diariamente, a través del programa de atención domiciliaria. 4. Seguimiento por parte de referentes de urgencias al proceso de los pacientes que se encuentran en remisión. 5. Informe mensual de seguimiento a la ocupación y acciones frente a las desviaciones encontradas	100	100			Se observa cumplimiento de la meta para la vigencia 2025, la cual estaba establecida en la disminución del porcentaje menor o igual al 95% el porcentaje de ocupación de los servicios de urgencias.
Calificación Final de la Dependencia		100	98	100		
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:						
La Oficina de Control Interno ha evaluado los compromisos establecidos por la dependencia y ha observado que algunas metas no alcanzaron los resultados esperados, particularmente en lo que respecta al seguimiento de los indicadores.						
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:						
Se recomienda a la dependencia una revisión y ajuste en la asignación de metas dentro de la ficha técnica, para garantizar una mejor trazabilidad y cumplimiento de los objetivos.						
Se sugiere que las auditorías y los análisis se realicen dentro de los plazos establecidos, para asegurar que el seguimiento a las metas sea oportuno y efectivo.						
Se recomienda también fortalecer la capacitación de las líneas de defensa en cuanto a la gestión de plazos y la implementación de controles internos adecuados.						
Finalmente, se enfatiza en la importancia de que las segundas líneas de defensa realicen un seguimiento continuo y dentro de los plazos establecidos durante todo el período de la vigencia.						
7. FIRMAS						
Jefe de Oficina de Control Interno		Auditores:				
Denis Parra Suárez 		 Diana Lucía Vallarino Villarreal		 Magda Yohana Chaparro Rodríguez		

		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01		
				VERSIÓN: 3		
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 1 DE 2		FECHA: 31/12/2024		
		1. Fecha 30/01/2026		2. Dependencia a Evaluar OFICINA DIRECCION ADMINSTRATIVA		
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia: - Desarrollar línea de gestión ambiental - Sostenibilidad - Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred Norte - Incrementar nivel de fidelización y satisfacción de los usuarios - Diversificar portafolio de servicios						
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:						
4.1 Meta POA		4.2 Actividades Asociadas a la Meta		Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
				90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno			
57. Garantizar la entrega del 95% de los pedidos solicitados por los servicios asistenciales con oportunidad según pedidos registrado en el sistema dinamica gerencial.		<ul style="list-style-type: none"> Definir cronograma de entrega con forme a las solicitudes realizadas por los servicios en Dinamica Gerencial Realizar alistamiento de los pedidos, gestionados por los servios en el sistema dinamica gerencial. Realizar las distribisión según la remisión de los despachos y priorizacion de las unidades. Informe trimestral de seguimiento al cumplimiento de las entregas 		100	100	Según lo verificado en el aplicativo Almera el indicador AT15 Porcentaje de Cumplimiento en la Entrega de Pedidos durante la vigencia 2025, se determina un total de 14.947 de solicitudes de pedido y despachados 14.172, lo que representa un cumplimiento del indicador es 94,82% del año, Con lo que se observa cumplimiento de la meta establecida.
72. Cumplir al 81% el PINAR (definido en proyecto)		<ul style="list-style-type: none"> Formular el PINAR 2025 - 2028 y el plan de accion para la vigencia 2025 Diseñar las estratgias a implenetar con las metas de cada una. Realizar seguimiento a la implenetación de la estrategia y presentar informe trimestral de la ejecucion del plan de accion de la vigencia 2025 ante el Comité de Gestión y Desempeño. 		75	67	Según lo verificado en Almera y lo propuesto en el documento AP-AT-PL-7 PINAR versión 5 del 31/01/2025 el total de actividades para realizar durante la vigencia 2025 correspondia a 28 actividades, de las cuales se cumplieron 19 actividades.
73. Incrementar en 7,5% sobre la línea de base el número de sedes inscritas en la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables		<ul style="list-style-type: none"> Determinar e inscribir 2 sedes en la red global. Definir e implementar las lineas de intervencion en cada una de las sedes priorizadas Realizar seguimiento trimestral a la implementacion de las sedes inscritas en la red global y presentar avances en el comite de Gestión ambiental. 		100	100	Según lo verificado en Almera el cumplimiento de la meta correspondia en realizar la inscripción de 2 sedes durante la vigencia 2025, observando inscripcion de las sedes Fray Bartolome de las Casas y San Cristobal, cumpliendo con la meta propuesta.
74. Cumplir en un porcentaje mayor o igual al 95% el Plan de Accion de Gestion Ambiental - PIGA 2025		<ul style="list-style-type: none"> Formular el plan de trabajo PIGA por cada estartegia definida "Programa" para la vigencia 2025 Ejecutar las estrategias establecidas en el plan de Trabajo segun programa. monitorear el cumplimiento al plan de trabajo definido para la vigencia 2025 Realizar informe trimestral del avance y presentarlos los resultados y acciones de mejora frente a las acciones encontradas, en el comité de gestion ambiental. 		100	92	Según lo verificado, se observaron 107 actividades programadas en el plan PIGA 2025, ejecutadas 98 acciones, es decir, el 92% de ejecución del plan, en atención a la meta del 95% establecida.
Calificación Final de la Dependencia		94	90	93		
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia: Se evidencia en el aplicativo Almera la actualización en las mediciones de los indicadores de las Metas POA, con base en el instructivo del Formato de Evaluación de Dependencias, la Oficina de Control Interno determina un cumplimiento "Aceptable", cumpliendo de formar parcial las meta establecidas en el Plan Operativo Anual.						
6. Recomendaciones de Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno: Fortalecer las estrategias que conlleven al cumplimiento de las metas, implementando herramientas de monitoreo permanente.						
7. FIRMAS						
Jefe de Oficina de Control Interno DENIS PARRA SUÁREZ 			Auditores:  ELIZABETH ARIZA LEON			

	FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01	
			VERSIÓN: 3	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 1 DE 2	
			FECHA: 31/12/2024	
1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	DIRECCION DE CONTRATACION	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				
Alcanzar la sostenibilidad financiera de la Subred, a través del uso racional de recursos y la optimización del ingreso.				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
Adquirir en un porcentaje mayor o igual al 70% los medicamentos y material medico-quirúrgico mediante los siguientes mecanismos: (R-408) a). Compras conjuntas b). Compras a través de cooperativas de E.S.E. c). Compras a través de mecanismos electrónicos	1. Identificar los contratos nuevos y las modificaciones relacionadas a la adquisición de medicamentos medico-quirúrgico. 2. Realizar seguimiento a los contratos 3. Generar informe trimestral con avances y acciones frente a desviaciones encontradas si aplica.	98	100	En el aplicativo ALMERA reposan soportes publicados por los responsables del cumplimiento de la meta. Observando el cumplimiento de la programado por parte del proceso.
Calificación Final de la Dependencia		98	100	98
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:				
Con base en el instructivo del Formato de Evaluación de Dependencias, la Oficina de Control Interno determina un cumplimiento "Sobresaliente", cumpliendo la meta establecida en el Plan Operativo Anual.				
6. Recomendaciones de Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:				
Se recomienda revisar y ajustar los permisos de acceso en el aplicativo ALMERA, toda vez que los documentos cargados no permiten su visualización ni descarga, arrojando el mensaje "No tiene privilegios para descargar el archivo", lo cual limita la verificación de los soportes.				
7. FIRMAS				
Jefe de Oficina de Control Interno		Auditores:		
DENIS PARRA SUÁREZ 		 ELIZABETH ARIZA LEON		

	FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3	
				PÁGINA: 1 DE 2
				FECHA: 31/12/2024
1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	DIRECCION FINANCIERA	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				2.
Alcanzar la sostenibilidad financiera de la Subred, a través del uso racional de recursos y la optimización del ingreso.				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
Radicar un porcentaje mayor o igual al 97% de la facturación causada en términos legales	<ul style="list-style-type: none"> •Planear integralmente el proceso de radicación. •Presentar las cuentas de cobro debidamente soportadas. •Validar completamente las cuentas de cobro. •Actualizar los saldos de facturación pendiente por radicar. •Realizar informe trimestral. 	96	50	Con base en el aplicativo Almera se observó el seguimiento por parte del área de facturación a la radicación de las facturas de la vigencia, evidenciando cumplimiento del indicador unicamente en dos trimestres del año.
Optimizar los costos de manera que estos no superen 83% del total de venta de los servicios de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentar la metodología institucional de costos, de acuerdo a la normatividad vigente 2. Socializar y capacitar en la metodología definida 3. Implementar la metodología de costos 4. Monitorear la implementación de la metodología 5. Realizar informe trimestral de avance y generar acciones frente a desviaciones encontradas <p>Gestión de Servicios Complementarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso eficiente de los servicios de radiología 2. Uso eficiente del servicio de laboratorio clínico 3. Informe mensual de las estrategias implementadas según el plan estratégico financiero Según anexo al Acuerdo 051 de 2024 	86	50	Al efectuar la verificación de los datos publicados en Almera, el resultado y medición genera incertidumbre, teniendo en cuenta la descripción de la meta "Los costos que no superen los ventas de los servicios de salud", mientras que la fórmula refiere el total de costos sobre el total del ingreso. Adicional al generar el reporte del Estado de Resultados en "Dinamica Gerencial" del período de julio-septiembre 2025, las cifras no coinciden con los valores publicados. Los dos primeros trimestres según los responsables de la información del proceso de Gestion Financiera , este indicador presenó cumplimiento.
Optimizar los gastos Administrativos de manera que estos no superen 15% del total de venta de los servicios de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento y análisis financiero mensual a la estrategia de contención del gasto. 	52	50	Revisando los datos publicados en Almera, el resultado y medición genera incertidumbre, teniendo en cuenta la descripción de la meta, que está enfocada a que, los gastos administrativos no superen el total de la venta de servicios . Mientras que la fórmula refiere el total de gastos administrativos sobre el total del ingreso. Adicional al generar el reporte del Estado de Resultados en "Dinamica Gerencial" del período de julio-septiembre 2025, las cifras no coinciden con los valores publicados. Este indicador no observó cumplimiento en el transcurso del año 2025.
Aumentar el 12% del recaudo por venta de servicios de salud para el año 2025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer capacidades al equipo de facturación bimensualmente 2. Radicar dentro del mes subsiguiente a la facturación 3. Monitorear el recaudo según radicación efectuada 4. Adelantar el cobro pre-jurídico sobre la cartera que supera los 180 días. 5. Informe trimestral con análisis y seguimiento al recaudo con acciones frente a las desviaciones encontradas. 	7	50	Al consultar en Almera se presenta seguimiento, donde la meta no se viene cumpliendo.
Lograr al 100% el equilibrio presupuestal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar Ejecución presupuestal. 2. Validar y actualizar la ejecución presupuestal. 3. Realizar informe trimestral de seguimiento a la ejecución presupuestal. 4. Socializar seguimiento al comité directivo. 	86	75	Mediante Almera se observa el seguimiento de este indicador de forma mensual por parte del proceso de Gestión Financiera. Durante la vigencia 2025 presentó cumplimiento en los primeros 9 meses, es decir, parcialmente.
Calificación Final de la Dependencia		65	55	64
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno a los Compromisos de la Dependencia:				
Con base en el instructivo del Formato de Evaluación de Dependencias, la Oficina de Control Interno determina un cumplimiento "Deficiente", es decir, desarrollo parcial de las actividades para el logro de las metas propuestas.				
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:				
<ol style="list-style-type: none"> a. Implementar estrategias de forma correctiva para el logro del cumplimiento de las metas. b. Fortalecer los seguimientos a los resultados de los indicadores por parte de la primera línea, retroalimentando de forma mensual a los responsables para el cumplimiento de las metas. c. Es indispensable hacer referencia en las fuentes de información donde se extraen las cifras de los indicadores tanto en la Matriz POA como en el análisis de la Información en el aplicativo Almera. 				
7. FIRMAS				
Jefe de Oficina de Control Interno DENIS PARRA SUÁREZ 		Audidores:  ELIZABETH ARIZA LEON		

FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO: EV-EG-F-01

VERSIÓN: 3

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

PÁGINA: 1 DE 2

FECHA: 31/12/2024

1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	DIRECCION DE GESTION DE TALENTO HUMANO
-----------------	------------	---------------------------------	---

3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:
5. Transformar la cultura organizacional de la Subred, orientada por los principios y valores institucionales.



4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:

4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
104. Implementar el 90% del Plan de Acción de Transformación cultural vigencia 2025	1. Diseñar el Plan de Transformación Cultural 2025 - 2028 2. Presentar para aprobación en Comité Directivo el Plan acción de Transformación Cultural 2025 3. Implementar las acciones del Plan de Transformación Cultural 2025 4. Monitorear el plan de transformación cultural 5. Realizar el seguimiento trimestral al plan y generar acciones a las desviaciones encontradas 6. Socializar resultados ante Comité Directivo y presentar acciones a las desviaciones encontradas	100	100	Se observa mediante Almera en gestión del talento humano, que el indicador presenta cumplimiento según descripción de los resultados de las acciones por la Dirección de Talento Humano se da cumplimiento al 100% en la vigencia 2025. Se observa seguimientos de primera y segunda línea hasta el IV trimestre determinando cumplimiento del indicador. El proceso publica soportes que evidencian las ejecución de las actividades, sin embargo, al verificarlos no deja abrirlos por las restricciones de permisos en el sistema operativo, bloqueo del antivirus o falta de derechos de administrador.
Calificación Final de la Dependencia		100	100	100

5. Evaluación De La Oficina De Control Interno a Los Compromisos De La Dependencia:
Con base en el instructivo del Formato de Evaluación de Dependencias, la Oficina de Control Interno determina un cumplimiento "Sobresaliente", de la meta establecida en el Plan Operativo Anual.

6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:
Continuar con los controles para el cumplimiento de las metas u objetivos establecidos.

7. FIRMAS

Jefe de Oficina de Control Interno DENIS PARRA SUÁREZ 	Auditores: WILLIAM MORALES LÓPEZ 
---	--



FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO: EV-EG-F-01

VERSIÓN: 3

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

PÁGINA: 1 DE 2

FECHA: 31/12/2024

1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES
-----------------	------------	---------------------------------	--

3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:
Implementar el 90% del Plan de Acción de Transformación cultural

4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:



4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
106. Cumplir en un porcentaje mayor o igual al 95% el plan estratégico de comunicación organizacional 2025	1. Formular el plan estratégico de comunicación PECO 2025 2. Implementar las acciones definidas en el plan estratégico de comunicaciones 2025 3. Realizar seguimiento y medición al cumplimiento del PECO. 4. Elaborar informe con el análisis de resultados y acciones frente a las desviaciones encontradas.	100	100	Se observa mediante Almera, el indicador presenta cumplimiento según descripción de los resultados de las acciones por la Oficina de Comunicaciones al cuarto trimestre de 2025. Durante la vigencia 2025 se observa seguimientos. El proceso publica Matriz de PECO 2025 como soporte de seguimiento en los trimestres 2025.
Calificación Final de la Dependencia		100	100	100

5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:

Con base en el instructivo del Formato de Evaluación de Dependencias, la Oficina de Control Interno determina un cumplimiento "Sobresaliente", de la meta establecida en el Plan Operativo Anual.

6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:

Revisar el porcentaje formulado para cumplimiento del plan estratégico de comunicaciones.

7. FIRMAS	
Jefe de Oficina de Control Interno DENIS PARRA SUÁREZ 	Audidores: WILLIAM MORALES LÓPEZ 

		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01	
				VERSIÓN: 3	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 1 DE 2	
				FECHA: 31/12/2024	
1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO		
<p>3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia: 3. la participación social, como un factor de transformación en el ejercicio de los derechos y deberes en salud. Fortalecer</p>					
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:					
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados	
		90%	10%		
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno		
65. Alcanzar el 80% de cobertura en la socialización de derechos y deberes de los usuarios, en el cliente interno, de acuerdo con las áreas de servicio priorizadas (áreas de mayor interacción con los usuarios)	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar el plan de trabajo de divulgación de derechos y deberes. Implementar el plan de trabajo de derechos y deberes. Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo de derechos y deberes Elaborar Informe trimestral de los resultados de la implementación del plan de trabajo de Derechos y Deberes. 	100	100	<p>Se observa mediante Almera, que el indicador presenta cumplimiento según descripción de los resultados de las acciones por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano se da cumplimiento al 100% en la vigencia 2025.</p> <p>Se observa seguimientos de primera y segunda línea hasta el IV trimestre determinando cumplimiento del indicador.</p> <p>El proceso publica soportes que evidencian las ejecución de las actividades, sin embargo al verificarlos no deja abrirlos por que tienen restricciones de permisos en el sistema operativo, bloqueo del antivirus o falta de derechos de administrador.</p>	
68. Mantener en un 96% el índice de satisfacción del usuario.	<ol style="list-style-type: none"> Actualizar la muestra para la aplicación de la encuesta de satisfacción (servicios Ambulatorios, Urgencias y Hospitalización) Aplicar encuesta y reporte de los resultados a los entes correspondientes. Monitorear los resultados de manera mensual Elaborar informe trimestral de satisfacción 	100	100	De acuerdo a los soportes anexos en la plataforma Almera y al seguimiento de primer y segundo orden del POA de la vigencia 2025 se da cumplimiento al 100% del indicador de satisfacción del usuario.	
69. Reducir en un 20% el número de reclamos en salud para fortalecer la confianza y satisfacción de los usuarios en el proceso de atención salud	<ol style="list-style-type: none"> Formular plan de acción orientado a impactar las principales causas que generan reclamos por acceso y oportunidad a los servicios de salud. Implementar las acciones establecidas en el plan de acción y realizar seguimiento a su ejecución Monitorear periódicamente las principales causas de reclamos por oportunidad y acceso a los servicios de salud. Realizar mesas de análisis con las áreas correspondientes, con el fin de revisar el impacto de las acciones implementadas y efectuar ajustes en caso de ser necesario 	40	40	De acuerdo a lo verificado en la plataforma Almera este indicador fue reportado para cada trimestre: I Trimestre: 1,6% II Trimestre: 3,4% III Trimestre: 15% IV Trimestre: Sin reporte	
Calificación Final de la Dependencia		80	80	80	
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:					
Se realizó verificación de los porcentajes de cumplimiento de la meta en la herramienta Almera, así como en el documento de seguimiento enviado por la segunda línea de defensa, evidenciándose que en ningún trimestre se dio cumplimiento a la meta 69. Con base en el instructivo del Formato de Evaluación de Dependencias, la Oficina de Control Interno determina un cumplimiento "Aceptable", cumpliendo la meta establecida en el Plan Operativo Anual.					
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:					
Implementar mecanismos de control que permitan monitorear el cumplimiento de las metas programadas.					
7. FIRMAS					
Jefe de Oficina de Control Interno DENIS PARRA SUÁREZ 		Auditores: WILLIAM MORALES LÓPEZ 			

1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA ASESORA JURIDICA
-----------------	-------------------	---------------------------------	---------------------------------

3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:
Avanzar en la consolidación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Subred.

4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:

4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
Registrar y calificar el 100% de los procesos Judiciales, cuyas demandas sean admitidas en la plataforma SIPROJ WEB	1. Calificar trimestralmente los procesos judiciales registrados en el aplicativo SIPROJ-WEB, que según las directrices de la secretaría jurídica distrital sean objeto de calificación 2. Elaborar informe trimestral de estado y acciones frente a desviaciones encontradas	100	100	Durante el cuarto trimestre de 2025 se evidenció un cumplimiento del indicador, al encontrarse 582 de 582 procesos judiciales calificados en el sistema SIPROJWEB. Los soportes cargados por la Oficina Jurídica son coherentes con los criterios del indicador y permiten consolidar un cumplimiento acumulado del 100% en la vigencia 2025.
Sensibilizar al 90% de los supervisores de planta de los contratos de prestación de servicios, sobre la prevención del daño antijurídico	Capacitar a los supervisores de contrato de la subred norte E.S.E sobre daño antijurídico ,	100	100	Se realizó capacitación el 24 de octubre de 2025, dirigida a los 33 de 33 supervisores de contrato de la Subred Norte E.S.E., en materia de daño antijurídico. Con base en lo anterior, se evidencia un cumplimiento del del indicador para el segundo trimestre de la vigencia 2025. Como soporte se adjuntan listado de asistencia, presentación y demás evidencias correspondientes.
Calificación Final de la Dependencia		100	100	100

5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:

Con base en el instructivo del Formato de Evaluación de Dependencias, la Oficina de Control Interno determina un cumplimiento "Sobresaliente", cumpliendo la meta establecida en el Plan Operativo Anual.

6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:

Se recomienda facilitar el acceso para la descarga de los documentos adjuntos cargados en el aplicativo Almera.

7. FIRMAS

Jefe de Oficina de Control Interno

DENIS PARRA SUÁREZ






Audidores:

TEUSAIN QUIÑONES




Nombre y Firma 





		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3
				PÁGINA: 1 DE 2
				FECHA: 31/12/2024
1. Fecha	29/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				
<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la línea de gestión empresarial operacional - Productividad - Desarrollar línea de gestión institucional - Competitividad - Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred Norte - Incrementar portafolio de clientes - Alcanzar estándares superiores de calidad en salud 				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
52. Incrementar en 12% la venta de servicios de salud para el año 2025.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formular y aprobar del Plan de Ventas vigencia 2025 2. Implementar plan de ventas 3. Diligenciar mensualmente matriz de seguimiento contractual presentada en el comité de ingresos 4. Monitoreo del plan de ventas 5. Generar acciones frente a desviaciones encontradas (actualizar plan de ventas) 6. Presentar informe mensual de seguimiento en comité directivo 	100	100	Al revisar la información de lo reportado en el aplicativo Almera, se evidencia que las cifras de venta de servicios de salud, para la vigencia 2025 fue de un total de 640 mil millones frente a la meta de 602 mil millones, si bien se cumple la meta, en la consulta se observa el valor de la venta en la ejecución presupuestal reportada acciende a 614 mil millones, por lo que se recomienda revisar.
53. Cumplir al 100% las estrategias definidas en el Plan de Ventas para la vigencia 2025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formular y aprobar el Plan de Ventas para la vigencia 2025 2. Implementar estrategias definidas en el Plan de Ventas 3. Realizar informe de seguimiento trimestral 4. Generar acciones frente a desviaciones encontradas 5. Presentar informe mensual de seguimiento en comité directivo 	100	100	La meta de crecimiento del 12% en las ventas de servicios de salud, se determina cumplimiento en la totalidad de las estrategias definidas en el plan de ventas.
79. Cumplir con el 90% del Plan de Desarrollo Institucional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar diagnóstico institucional con base en datos históricos de la Subred. 2. Formular y aprobar el Plan de Desarrollo Institucional para el cuatrienio. 3. Formular a partir de las metas del Plan de Desarrollo Institucional, las metas para los Planes Operativos de cada proceso para la vigencia 2025. 4. Definir las actividades a través de las cuales se realizará la implementación de las metas de los Planes Operativos para cada proceso. 5. Realizar seguimiento a la implementación desde el autocontrol (primera línea de defensa) a través del aplicativo ALMERA. 6. Realizar seguimiento a la implementación de las metas desde la segunda línea de defensa a través del aplicativo ALMERA. 7. Presentar resultados del seguimiento de segundo orden el Comité Directivo. 8. Formular acciones de mejora de acuerdo con las desviaciones detectadas. 	87	50	En las mediciones realizadas trimestralmente se evidencia que de 73 actividades a realizar del plan de desarrollo, se realizaron 64 equivalente al 87% de cumplimiento, al revisar las mediciones en el aplicativo Almera solo hay registro de mediciones de los 2 primeros trimestres de 2025; para el primer trimestre 62.96% y 55,56% para el segundo trimestre.
91. Culminar con el 95% de los planes de trabajo de los proyectos de infraestructura definidos para la vigencia 2025.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar los Planes de Acción de los proyectos de infraestructura y dotación de acuerdo con el cambio de vigencia. 2. Formular herramienta de seguimiento a los Planes de Acción de los proyectos de infraestructura y dotación de la vigencia. 3. Realizar seguimiento a los Planes de Acción de los proyectos de infraestructura y dotación. 4. Presentar informe resultado de los seguimientos con frecuencia trimestral en Comité Directivo. 5. Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados del seguimiento. 	96	96	La Oficina de Desarrollo Institucional presenta un total de 212 acciones programadas para los proyectos de infraestructura, de los cuales se realizaron un total de 192 dando un cumplimiento del 91% lo que está por debajo de la meta programada, el valor calculado fue realizado por la OCI con las mediciones trimestrales registradas por el proceso. Según lo verificado en el aplicativo Almera no se encuentra un indicador relacionado con la meta.
96. Incrementar en un punto porcentual la calificación del índice de desempeño institucional de la vigencia 2024 considerar subir unos puntos adicionales, para nivelar con los pares del sector	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formular plan de acción de preparación para calificación FURAG presentar y aprobar en comité de gestión y desempeño 2. Implementar plan de acción 3. Realizar seguimiento al plan de acción 4. Generar acciones frente a desviaciones encontradas 	100	100	El índice de evaluación desempeño institucional de la vigencia 2024 - FURAG, dio como resultado el 95,4% siendo mayor en 1,5 puntos porcentuales con respecto a la vigencia anterior.
Calificación Final de la Dependencia		97	89	96
5. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los Compromisos de la Dependencia:				
Se observa que se viene dando cumplimiento a la medición de los indicadores relacionados a las metas propuestas por la oficina de Desarrollo Institucional, el cumplimiento de la dependencia arroja como resultado 96%.				
6. Recomendaciones de Mejoramiento Emitidas por la Oficina de Control Interno:				
Se hace necesario implementar mecanismos para la identificación de la información insumo para los datos de medición, en lo referente a las ventas, las actividades de los proyectos de infraestructura y el de la evaluación del plan de desarrollo Institucional.				
Continuar con los reportes y seguimientos de la información de las mediciones a los indicadores publicados en el aplicativo Almera, con el fin de dar soporte del cumplimiento de las metas propuestas.				
7. FIRMAS				
Jefe de Oficina de Control Interno		Audidores:		
Denis Parra Suárez 		Oscar Ivan Vergara Medina 		

		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3
				PÁGINA: 1 DE 2
				FECHA: 31/12/2024
1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA DE CALIDAD	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				
<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar estándares superiores de calidad en salud - Implementar sistemas integrales de gestión en la Subred Norte E.S.E. 				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
Cumplir con un porcentaje mayor o igual al 90% del análisis de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas (R-408). GC08	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar los lineamientos para el análisis de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas 2.. Analizar mínimo el 90% de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas 3. Realizar informe trimestral de avance de análisis de los casos y presentar en comite respectivo 4. Generar acciones frente a las desviaciones encontradas si aplica. 	100	90	Se ha identificado una diferencia entre la ficha técnica del indicador GC08 Porcentaje de análisis de mortalidad intrahospitalaria y los análisis realizados, debido a que la meta se establece una meta del mayor o igual al 90%, mientras que en los análisis se reporta una meta del 95%. Se observa que durante la vigencia se mantiene actualizada la base de mortalidad mayor a 48 horas y se presenta informe sobre el seguimiento al indicador de tasa mortal mayor a 48 horas cumpliendo con la meta , por otro lado no hay información del cuarto trimestre de 2025, lo que limita la evaluación
Cumplir el 90% del plan de mejoramiento de las unidades evaluadas por el ICONTEC.GC09	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar informe trimestral de seguimiento al plan de acreditación vigencia 2025 2. Presentar resultados del cumplimiento del plan de mejora de ICONTEC en comité de calidad 3. Implementar acciones de acuerdo al comportamiento del indicador. 	100	100	Al verificar el Indicador GC09 Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Mejoramiento se identifica en el análisis del primer trimestre que el avance fue de 61%, el segundo trimestre tiene un avance del 86%, para el 3 trimestre llego al 91% de avance y finalmente a terminar la vigencia el cumplimiento del plan fue de 97,37% cumpliendo la meta.
Calificación Final de la Dependencia		100	95	100
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:				
Se pudo observar que la dependencia cumplió con las metas propuestas para la vigencia, aunque pudo evidenciarse que presentan debilidades en el registro completo de los seguimientos y mediciones en el aplicativo Almera, como se observó en el primer indicador donde no se encontró información del cuarto trimestre de 2025, lo que limito la evaluación.				
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:				
Se recomienda actualizar y alinear la metas establecidas en las fichas técnicas con la meta utilizada en los análisis, asegurando que los datos de medición sean coherentes y confiables.				
Garantizar que los análisis reflejen las metas correctas, evitando que se reporten valores como 0% o cumplimientos por debajo de lo establecido, y realizar los ajustes necesarios en los cálculos.				
Permitir la consulta de soportes de seguimiento o medición de los indicadores, así no permitan ser descargados, con el fin de poder verificar y la gestión de las metas.				
7. FIRMAS				
Jefe de Oficina de Control Interno		Audidores:		
Denis Parra Suárez 		Oscar Ivan Vergara Medina 		

		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3
				PÁGINA: 1 DE 2
				FECHA: 31/12/2024
1. Fecha	29/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				
<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar estándares superiores de calidad en salud - Generar y difundir crecimiento científico en salud - Fortalecer competencias del Talento Humano con énfasis en docentes y estudiantes. 				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
113. Incrementar el 5 % de la producción científica formalizada en grupo de investigación de la Subred Norte, de acuerdo con los lineamientos de Minciencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización permanente de la base de datos correspondiente al seguimiento de productos generados. 2. Declarar y formalizar en el grupo de investigación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E cada producto que cumpla con los criterios de existencia en la plataforma de GrupLAC. 3. Elaborar informe trimestral del seguimiento de la producción científica como productos de nuevo conocimiento, apropiación social de conocimiento, divulgación pública de la ciencia o cualquier otro correspondiente al modelo de MINCIENCIAS. 	100	100	Se verificó en Almera el seguimiento al indicador Porcentaje de Incremento en la Producción Científica Acorde al Modelo Minciencias y se evidencia que durante la vigencia 2025 se formalizaron 61 productos de investigación e innovación, lo cual frente a la línea base de 55 productos, representa un incremento de 6 productos equivalentes al 10,91 %. lo que demuestra un cumplimiento de la meta.
114. Cumplir el 95% del plan de trabajo establecido en lo relacionado a los componentes de Docencia e Investigación en los hospitales Simón Bolívar, Engativá Calle 80 y Centro de Servicios Especializado (Suba), para su preparación en el proceso de certificación como Hospital Universitario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar plan de trabajo para la preparación de una de la sedes priorizadas como hospital universitario en lo referente a los componentes de docencia e investigación. 2. Diseño de herramienta de monitoreo de las acciones del plan de trabajo como hospital universitario. 3. Seguimiento al plan de trabajo en el comité de hospital de universitario. 4. Elaborar informe trimestral con el avance y desarrollo al plan de trabajo como hospital universitario. 	100	100	Se verificó en Almera el seguimiento al indicador Porcentaje de implementación del Plan de trabajo para la certificación como Hospital Universitario y se evidencia que durante la vigencia 2025 se formuló plan de acción con un total de 166 acciones propuestas de las cuales durante los 4 trimestres se observa que se ejecutaron un total de 160 actividades generando un cumplimiento del plan de un 96% lo que en términos de la meta propuesta se da por cumplida. se observa el cargue del seguimiento trimestral.
115. Desarrollar tres actividades científico-académicas para el fomento de la cultura de Investigación e Innovación, durante la vigencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planear las acciones logísticas y académicas de los eventos a desarrollar en la Subred. 2. Ejecutar los eventos académicos seleccionados dentro del alcance del presupuesto destinado para los eventos académicos. 3. Elaborar informe trimestral con el avance de la gestión. 	100	100	Se verificó dentro del aplicativo Almera el seguimiento del indicador Porcentaje de Actividades Científico- Académicas Desde la Oficina Gestión del Conocimiento y se evidencia que durante la vigencia 2025 se llevó a cabo el II Congreso de Docencia, Investigación e Innovación de la Subred Norte, el VI Simposio Internacional de Donación y Trasplantes, como un espacio académico especializado y la Semana de Prevención Reto Amarillo "Mi Casa Segura, Cero Quemaduras", la cual incluyó actividades como la sensibilización a estudiantes y docentes. Con la realización de estas 3 actividades se considera que se cumplió con los propósitos de la meta establecida para la dependencia
116. Apoyar desde la Subred Norte la vinculación de 3 profesionales que acompañan actividades de practica formativa, para que puedan acceder a programas de formación posgradual en áreas de docencia, pedagogía y/o educación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el número de profesionales que realizan prácticas formativas interesados en realizar estudios posgraduales. 2. Realizar informe de seguimiento a los colaboradores que están desarrollando estudios posgraduales. 	100	100	Se verificó en Almera el seguimiento al indicador Número de Profesionales Matriculados en Programas de Formación Posgradual y se evidenció que durante el primer y segundo trimestre se realizaron trámites administrativos y financieros para que los profesionales interesados cursaran estudio posgraduales, logrando la matrícula de diez (10) profesionales de planta de la Subred Norte, en la Especialización en Docencia de la Educación Superior y un (1) profesional en la Maestría en Educación, alcanzando así la meta establecida para la vigencia.
Calificación Final de la Dependencia		100	100	100
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:				
Se observó que la dependencia cumplió satisfactoriamente con los compromisos adquiridos en la metas del POA para la vigencia 2025, aportando claramente a los objetivos institucionales relacionados con la dependencia.				
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:				
Se recomienda la presentación y soporte de los informes trimestrales propuestos para las vigencias , de tal manera que se pueda realizar seguimiento de las actividades.				
Reforzar las actividades del cumplimiento del Plan de Trabajo establecido para cada vigencia, porque aunque se cumplió la meta, se presentaron algunas actividades sin ejecutar.				
7. FIRMAS				
Jefe de Oficina de Control Interno		Auditores:		
DENIS PARRA SUAREZ 		OSCAR IVAN VERGARA MEDINA 		

		FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3
				PÁGINA: 1 DE 1
				FECHA: 31/12/2024
1. Fecha	30/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA DE SISTEMAS TICS	
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:				
<p>Liderar la planeación estratégica de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, mediante la definición y ejecución de planes, proyectos y lineamientos que permitan el fortalecimiento de: Gobierno abierto, servicios y soluciones, innovación de TICS en el marco de los objetivos estratégicos institucionales.</p>				
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:				
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%	
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	
Implementar el 70% de los lineamientos del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE) definido por MINTIC.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el estado actual de cumplimiento de los lineamientos del MRAE. 2. Definir el plan de trabajo para la implementación de los lineamientos del MRAE. 3. Ejecutar el plan de trabajo para la implementación de los lineamientos del MRAE. 4. Informe trimestral del avance de la implementación de lineamientos del MRAE. 	100	100	Se evidencia la ejecución del autodiagnóstico que mide el nivel de madurez del Modelo. Teniendo en cuenta el plan de trabajo para implementar los lineamientos definidos en el marco de referencia de arquitectura empresarial, se evidencia el cumplimiento de las 23 acciones propuestas para la vigencia.
Lograr una optimización del 100% en los trámites y servicios de la Subred a través de la implementación de soluciones digitales para 3 trámites.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir el plan de trabajo para la transformación digital de trámites y servicios 2. Ejecutar las acciones definidas en el plan de trabajo para la transformación digital de trámites y servicios. 3. Informe trimestral de la ejecución del plan para la transformación digital de trámites y servicios de la entidad.. 	100	100	A través del informe presentado por el proceso y la verificación en el portal institucional, se constata la digitalización de tres (3) trámites en la sección de "Trámites y Servicios". (copia de la historia clínica, certificado de defunción y el registro de nacido vivo).
Cumplir un porcentaje mayor o igual al 90% del Plan de Trabajo del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación del plan de trabajo PETI para la vigencia 2024. 2. Ejecución del plan de trabajo PETI 3. Elaboración de informe trimestral con el seguimiento realizado al plan de trabajo, avances y análisis a desviaciones encontradas. 	100	100	Se valida la ejecución de las tres actividades planteadas para el logro de la meta: Plan de trabajo, ejecución de las actividades definidas y la presentación de informes periódicos.
Implementar en 90% el Plan de Acción de transformación digital definido para la Subred Norte, que contribuyan al mejoramiento de los procesos institucionales y prestación de servicios al usuario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir el Plan de acción de transformación digital 2. Definir el alcance específico para lograr el 90% de implementación. 3. Seguimiento a la implementación de soluciones digitales implementadas por la Subred. 4. Medir el uso de las herramientas digitales implementadas.(retirar) 5. Elaborar informes trimestrales de la ejecución de la Plan de transformación digital. 	100	100	El avance de esta meta se refleja en la digitalización de tres trámites: historia clínica, certificado de defunción y registro de nacido vivo, los cuales ya se encuentran operativos en el portal institucional. Si bien el alcance actual cumple con el indicador No. 2, se sugiere ampliar el horizonte estratégico para las próximas vigencias, transitando de la digitalización hacia la automatización de procesos internos y el aprovechamiento de la analítica de datos.
Calificación Final de la Dependencia		100	100	100
5. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los Compromisos de la Dependencia:				
<p>La dependencia cumplió técnicamente con las 4 metas del POA; sin embargo, dicha gestión se reportó exclusivamente bajo métricas cuantitativas (23 acciones, 3 trámites, 90% de ejecución). Es recomendable incorporar criterios cualitativos que permitan evaluar el impacto real y la efectividad de los productos entregados frente a las necesidades institucionales.</p>				
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:				
<p>* Articular el Plan de Transformación Digital con el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE) y el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI), bajo objetivos estratégicos compartidos que permitan cuantificar mejoras en la eficiencia operativa y la reducción de tiempos de respuesta en porcentajes medibles.</p> <p>* Mejorar el enfoque de medición basado únicamente en el porcentaje de ejecución de actividades (ej. cumplimiento del 90% del PETI) para transitar hacia indicadores de resultado. Por ejemplo, para el caso de los trámites digitalizados, monitorear métricas de impacto real como el volumen de descargas, la disminución efectiva de solicitudes presenciales, reducción del tiempo promedio de resolución y el índice de satisfacción del usuario final.</p>				
7. FIRMAS				
Jefe de Oficina de Control Interno		Audidores:		
Denis Parra Suárez 		 Luis Antonio Trislancho Robles		

	FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01			
			VERSIÓN: 3			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 1 DE 2			
			FECHA: 31/12/2024			
1. Fecha	29/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA DE CONTROL INTERNO			
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:						
Avanzar en la consolidación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Subred.						
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:						
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno	4.5 Análisis de Resultados
		90%	10%			
90. Cumplir al 100% el Plan Anual de Auditoría - PAA	Ejecutar las actividades definidas en el PAA de acuerdo con la programación definidas. Presentación de seguimiento al comité coordinador de control interno	100	100			La Oficina de Control Interno cumplió al 100% con lo programado para la vigencia, lo que equivale a la ejecución de 90 actividades de las 90 programadas, alcanzando un cumplimiento total del 100%, así como el cumplimiento de los 5 roles establecidos para las oficinas de control interno.
Calificación Final de la Dependencia		100	100	100		
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:						
La meta establecida en el Plan Operativo Anual (POA) para el proceso de Evaluación de Gestión, y conforme a la información suministrada por la dependencia, evidencia el cumplimiento del indicador diseñado y de las acciones asociadas a la Meta 93, registrada en la herramienta Almera, correspondiente a "Cumplir al 100% el Plan Anual de Auditoría (PAA)" para la vigencia 2025. En consecuencia, el resultado se evalúa como un cumplimiento total de las metas, con calificación sobresaliente .						
6. Recomendaciones de Mejoramiento Emitidas por la Oficina de Control Interno:						
*Se recomienda continuar con la sensibilización del fortalecimiento de los principios del Sistema de Control Interno: Autocontrol, Autoregulación y Autogestión, así como la apropiación del mismo.						
7. FIRMAS						
Jefe Oficina de Control Interno		Auditores:				
Denis Parra Suárez 		Alexander Rodríguez Gutiérrez 				

	FORMATO EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		CÓDIGO: EV-EG-F-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		VERSIÓN: 3		
				PÁGINA: 1 DE 2	
				FECHA: 31/12/2024	
1. Fecha	29/01/2026	2. Dependencia a Evaluar	OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO		
3. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:					
Avanzar en la consolidación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Subred.					
4. MEDICIÓN DE COMPROMISOS:					
4.1 Meta POA	4.2 Actividades Asociadas a la Meta	Ponderación		4.5 Análisis de Resultados	
		90%	10%		
		4.3 Resultado Oficina de Desarrollo Institucional	4.4 Evaluación Oficina de Control Interno		
87. Adelantar el 100% del procedimiento disciplinario de las quejas y/o informes recepcionados por la oficina, de acuerdo a la normatividad disciplinaria vigente.	1. Realizar un informe trimestral consolidado de quejas y/o informes recepcionados, discriminando la etapa en la que se encuentra	100%	100%	Según los seguimientos realizados en el aplicativo Almera se evidencia el cumplimiento a la meta respecto al análisis del proceso de actuaciones disciplinarias.	
88. Sensibilizar a 350 servidores públicos el Código General Disciplinario en el marco de prevención, orientación, deberes, derechos y prohibiciones del del servidor público	1. Diseñar estrategia de sensibilización en el marco deberes, derechos y prohibiciones del servidor público en el Código General Disciplinario. 2. Definir plan de acción con las estrategias a desarrollar durante la vigencia 2025. 3. Implementar estrategia de sensibilización en los funcionarios y colaboradores titulados mediante prestación de servicios. 4. Monitorear el porcentaje servidores sensibilizados 5. Realizar informe trimestral de avance y generar acciones ante desviaciones encontradas	100%	100%	Se evidencia que en el tercer trimestre se cumplió con la meta establecida, sensibilizando un total de 784 personas entre funcionarios y colaboradores de la Subred Norte E.S.E.	
Calificación Final de la Dependencia		100%	100%	100%	
5. Evaluación De La Oficina De Control Interno A Los Compromisos De La Dependencia:					
Con base en los seguimientos efectuados en el aplicativo Almera, la Oficina de Control Interno evidencia el cumplimiento total de los compromisos asumidos por la dependencia evaluada, razón por la cual los resultados obtenidos se califican como sobresalientes , al reflejar el cumplimiento de las metas establecidas.					
6. Recomendaciones De Mejoramiento Emitidas Por La Oficina De Control Interno:					
Mantener la continuidad en el seguimiento y la documentación de las acciones desarrolladas en el aplicativo Almera, garantizando la trazabilidad, oportunidad y calidad de los soportes, con el fin de mantener los niveles sobresalientes de cumplimiento alcanzados y promover la mejora continua de la gestión institucional.					
7. FIRMAS					
Jefe de Oficina de Control Interno		Auditores:			
Denís Parra Suárez 		 Alexander Rodriguez Gutierrez /  Teusain Quiñonez Sandoval/			