

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 1 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

FECHA DE CORTE: 30/03/2026

No. 23 – 2026

Fecha del informe: 2/04/2026

Período auditado: 01/2026 – 3/2026

Responsable: Directores y Jefes de Oficinas

1. OBJETIVO

Evaluar el avance del estado del plan de mejoramiento Institucional, consolidando los resultados de las verificaciones realizadas a las acciones de mejora derivadas de los informes presentados por los emisores tanto internos como externos.

2. ALCANCE

El presente seguimiento comprendió el análisis de las acciones de mejora derivadas de hallazgos reportados por emisores internos y externos durante las vigencias 2024, 2025 y el primer trimestre de 2026, cargadas en el sistema Almera.

3. CRITERIOS

- Ley 87 de 1993. “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 1083 de 2015 – Departamento Administrativo de la Función Pública. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.
- Resolución reglamentaria 019 de 2025: “Por la cual se adopta el nuevo procedimiento y reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control a la gestión fiscal de Contraloría de Bogotá D.C. y se adopta el procedimiento interno”
- Procedimiento Auditoría Interna de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., código EV-EG-P-01
- Instructivo seguimiento a planes de mejora de auditorías internas código EV-EG-I-01
- Manual de Gestión de Calidad y Mejora Continua, código ES-GC-M-02

4. DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

4.1 Análisis general del Plan de Mejora Institucional

Durante la fase de validación de los datos, se identificaron y excluyeron 245 registros que presentaban las siguientes características: 204 registros del proceso de 'Autoevaluación de Habilitación' (vigencias 2025 y 2026) sin acciones formuladas, 41 registros identificados como pruebas del sistema sin hallazgos reales. En este sentido, al cierre del primer trimestre de 2026, el plan de mejora institucional estaba conformado por 9.108 acciones, como se muestra a continuación:

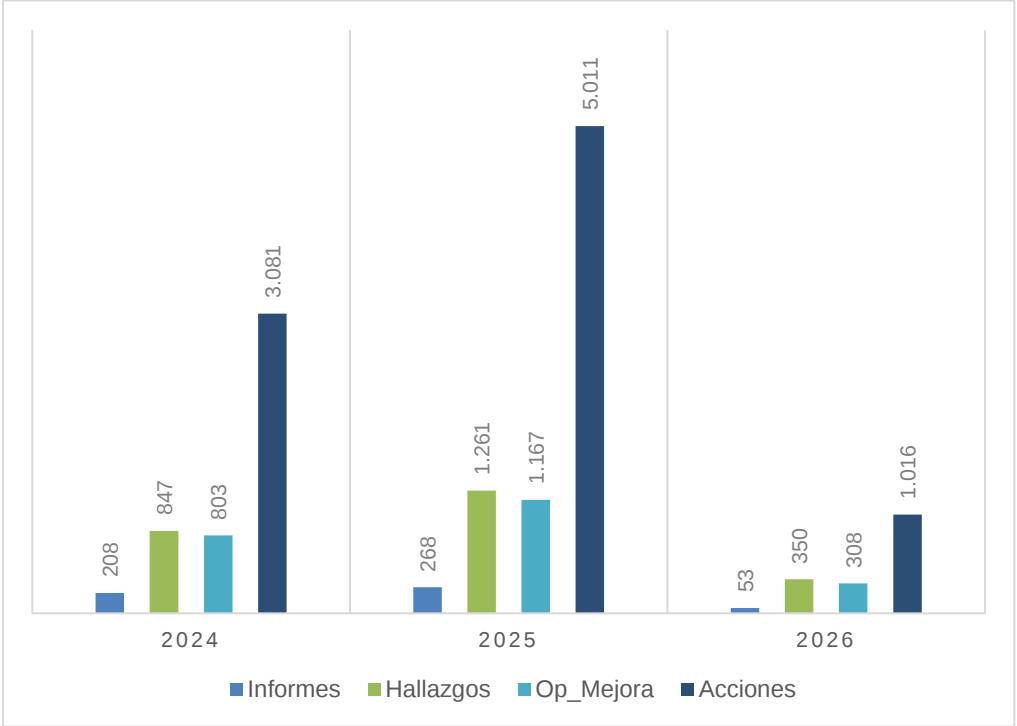
	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-12
			VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 2 DE 14
			FECHA: 04/05/2026

Tabla 1. Resumen anualizado Plan de Mejora Institucional

Año	Informes	Hallazgos	Oportunidad de Mejora	Acciones
2024	208	847	803	3.081
2025	268	1.261	1.167	5.011
2026	53	350	308	1.016
Total	529	2.417	2.264	9.108

Fuente. Elaboración propia Oficina de Control Interno – corte (31/03/2026)

Gráfico 1. Resumen anualizado Plan de Mejora Institucional



Fuente. Elaboración propia Oficina de Control Interno – corte (31/03/2026)

De las 9.108 acciones se evidenciaron 2.592 repetidas, algunas de ellas con más de 100 descripciones iguales, como es el caso de “*Retroalimentar resultados y tomar correctivos*”. Las temáticas más representativas se muestran a continuación:

Tabla 2. Distribución de las acciones de mejora repetidas.

Temática	Ejemplos	Frec. Aprox
- Análisis de indicadores y desviaciones detectadas. - Elaborar informes de seguimiento	Analizar los indicadores reportados y tomar decisiones en caso de desviaciones, definir acciones de mejora de acuerdo a las desviaciones identificadas, elaborar informe de seguimiento, generar alertas de acuerdo a desviaciones encontradas	25–30%
- Adherencia a guías de práctica clínica y protocolos - Manejo de riesgos clínicos.	Auditoria por parte de PAMEC para la revisión y adherencia a las guías de práctica clínica, ampliar la cobertura en la implementación de guías de práctica clínica de prevención de las infecciones asociadas a dispositivos.	20–25%

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 3 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

Temática	Ejemplos	Frec. Aprox
Calidad de registro y diligenciamiento de historias clínicas	Resultados del seguimiento al diligenciamiento de historias clínicas..., actualizar el manual de historias clínicas que incluya los controles para la custodia de historias clínicas, verificar el registro en historias clínicas.	20–25%
Capacitaciones y retroalimentación al personal.	Ejecutar cronograma de capacitación, aplicación pre y post test, brindar retroalimentación a los profesionales auditados, definiendo acciones de mejora, socialización de hallazgo retroalimentar a profesional	15–20%
Cultura de seguridad del paciente.	Aplicar lista de chequeo de manejo de carro de paro..., desarrollar curso virtual sobre las buenas prácticas de seguridad del paciente, actualizar es-gci-13-instructivo de reporte y análisis de sucesos de seguridad, estructurar el plan de capacitaciones del programa de infecciones...	10–15%
- Depuración contable - Cartera y facturación	Ajustar la información registrada en el plan de depuración contable, planes de contingencia para el armado de cuentas, identificar facturas que se encuentran en riesgo de prescripción	10–15%
- Adecuaciones y condiciones físicas de los servicios. - Mantenimiento de equipos biomédicos	Diseñar cronograma de revisión de timbres, identificar servicios sin cortinas, actividades de mantenimiento, calibración y gestión para la contratación de equipos nuevos.	10–15%
- Licenciamiento de sistemas operativos - Integración de sistemas	Activar la licencia de Windows 10 pro..., desarrollar un plan de trabajo de actualización para migrar a sistemas operativos soportados y seguros, actualizar y normalizar el instructivo de mesa de servicios sistemas..., realizar análisis y presentar resultados de la integración de los sistemas de información (imágenes diagnósticas - historia clínica)	10–15%
- Calidad del dato e indicadores - Clima organizacional y humanización	Plan de gerencia de la información, fortalecer el gobierno del dato, definir indicadores y métricas, medición de la cultura organizacional,	5–10%
Otros - Voz del usuario y PQRS - Talento humano - Emergencias	Actualizar el procedimiento gestión de la voz del usuario, disminución de las PQRS, plan estratégico de talento humano y suficiencia de personal, manejo de incendios	3–5%

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno – corte (31/03/2026)

La tabla anterior evidencia que las acciones se concentran en corregir desviaciones, capacitación y socialización.

4.2 Análisis General de las Acciones de Mejora vigencia 2024

Tabla 3. Estadístico del Plan de Mejora Institucional por emisor – vigencia 2024

Emisor	Informes	hallazgos	acciones	Avance
Capital Salud	12	133	476	95%
Autoevaluación acreditación	16	93	438	100%
Secretaría Distrital de Salud	42	105	400	88%
Control Interno	15	102	353	100%

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 4 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

Emisor	Informes	hallazgos	acciones	Avance
Coves - Internos	36	92	327	95%
Revisoría Fiscal	17	65	255	95%
Coves - Externos	21	47	194	98%
Total, Acumulado (80%)	159	637	2.453	96%

Fuente. Elaboración propia Oficina de Control Interno

El 80% de las acciones (2.453 de 3.081) se concentran en los 7 primeros emisores, con un cumplimiento promedio del 96%, este porcentaje refleja un nivel de avance alto, no obstante, por tratarse de acciones correspondientes a la vigencia 2024, se recomienda la revisión de los planes de mejora de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), la Autoevaluación MIPG y la gestión de procesos por presentar avances inferiores al 90%, lo que evidencia rezagos en su ejecución.

* Con respecto al plan de mejora de la Contraloría, para la vigencia se identificó un (1) informe con 18 hallazgos y 31 acciones, en el cual presenta una diferencia en el número de hallazgos y en el número de acciones, toda vez que el hallazgo “3.2.1.2 hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria, por la falta de gestión para adelantar el proceso de depuración de los saldos reportados en contabilidad frente a los reportados por el área de cartera, presentando una subestimación de las cuentas por cobrar con corte a 31/12/2023”, del PAD 163, no se encuentra registrado en Almera.

Las acciones se concentran en los siguientes procesos:

Tabla 4. Estadístico del Plan de Mejora Institucional por proceso – vigencia 2024

Proceso	Informes	Hallazgos	Acciones
Gestión de Servicios Ambulatoria	77	176	647
Gestión Hospitalaria	58	120	466
Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	23	89	295
Gestión Integral del Riesgo en Salud	29	69	284
Gestión de Servicios Complementarios	41	74	270
Gestión de Urgencias	24	61	242
Gestión Financiera	16	72	203
Total	268	661	2.407

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno

Según la tabla anterior, se evidencian los procesos con la mayor cantidad de acciones del plan de mejoramiento de la entidad: para los procesos misionales (gestión ambulatoria, hospitalaria, urgencias y gestión del riesgo), mientras que, para los procesos de apoyo, la gestión del ambiente físico y la gestión financiera.

Análisis de hallazgos

Para la vigencia 2024 se encontró una recurrencia de hallazgos en los diferentes informes:

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 5 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

Tabla 5. Hallazgos con mayor frecuencia por proceso – vigencia 2024

Procesos	hallazgos	acciones	%	Principales temáticas de hallazgos
Gestión de Servicios Ambulatoria	176	647	21%	Limitaciones en accesibilidad por falta de exámenes especializados y fallas en el registro de planes de tratamiento odontológico.
Gestión Hospitalaria	120	466	15%	Fallas en el registro de historia clínica (recibo/entrega de turno, valoración cefalocaudal) y baja adherencia a guías de atención clínica.
Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	89	295	10%	Deficiencias en infraestructura (timbres, antideslizantes) y deterioro en áreas de almacenamiento. Falta de insumos médicos Fallas en la gestión y control de inventarios de propiedad, planta y equipo.
Gestión Integral del Riesgo en Salud	69	284	9%	Inoportunidad en identificación y abordaje de eventos de interés en salud pública (VSP) Incumplimiento de metas terapéuticas (Diabetes/Sífilis).
Gestión de Servicios Complementarios	74	270	9%	Desactualización de documentos de patología y servicio farmacéutico en Almera. Falta de reactivos de laboratorio y acumulación de evidencias físicas.
Gestión de Urgencias	61	242	8%	Estancias prolongadas en observación (más de 24h), vulneración de la política de humanización y falta de adherencia a procedimientos operativos.
Gestión Financiera	71	202	7%	Inconsistencias en Registro Individual de Procedimientos en Salud (RIPS), Falta de depuración contable y fallas en facturación.
Gestión de Calidad	39	169	5%	Baja adherencia a protocolos (caídas, identificación, lavado de manos) Inoportunidad en notificaciones obligatorias e inconsistencias en la metodología de habilitación.
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	45	142	5%	Fallas en actualización de registros de asociaciones de usuarios, falta de capacitación en derechos y deberes.
Gestión TIC'S	56	129	4%	Falta de automatización de trámites, Debilidades en la seguridad digital (copias de respaldo) y desactualización de riesgos de privacidad.
Gestión del Talento Humano	29	89	3%	Debilidades en la inducción, falta de soportes de capacitaciones y fallas en la integridad de los registros de servidores públicos (SIDEAP).

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-12
			VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN		PÁGINA: 6 DE 14
			FECHA: 04/05/2026

Procesos	hallazgos	acciones	%	Principales temáticas de hallazgos
Gestión Contractual	18	58	2%	Extemporaneidad en la publicación en SECOP II, fallas en la supervisión de contratos y debilidades en la gestión documental física y electrónica.
Otros	31	88	3%	Debilidad en la cuantificación de riesgos materializados, falta de conciliación con SIPROJ Web y contingente judicial, señalética inadecuada para personas con discapacidad, deterioro de distintivos institucionales.

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno

4.3 Análisis General de las Acciones de Mejora 2025

El conjunto de datos analizado comprende 5.011 acciones de mejora registradas en la vigencia 2025, derivadas de informes de auditorías internas y externas, autoevaluaciones y análisis de eventos adversos.

Tabla 6. Estadístico del Plan de Mejora Institucional por emisor – vigencia 2025

Emisor	Informes	Hallazgos	Acciones
Capital Salud	11	349	1318
Autoevaluación acreditación	20	157	714
Revisoría Fiscal	63	182	627
Icontec	16	118	617
Control Interno	28	85	339
Secretaría Distrital de Salud	44	96	333
Total Acumulado (80%)	182	987	3.948

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno

El 80% de las acciones se encuentra distribuidas principalmente en 6 emisores; desde Capital Salud con mayor cantidad de acciones (1.318), hasta la Secretaría de Salud con (333). Los procesos que acumulan la mayor cantidad de acciones de mejora son:

Tabla 7. Hallazgos con mayor frecuencia por proceso – vigencia 2025

Procesos	hallazgos	acciones	%	Principales temáticas de hallazgos
Gestión de Servicios Ambulatorios	258	1021	20,3	Falta de equipos biomédicos en los servicios
Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	231	881	17,5	Deficiencias en mantenimiento de infraestructura y fallas en la señalización de seguridad en las sedes. Fallas en pesaje de residuos peligrosos e incumplimiento de planes de saneamiento ambiental. Diferencias entre inventario físico y del sistema Fallas en rotación de insumos (vencimientos). Retraso en transferencias documentales y falta de organización técnica en archivos de gestión.

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 7 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

Procesos	hallazgos	acciones	%	Principales temáticas de hallazgos
Gestión Hospitalaria	191	664	13,2	Fallas en el registro de valoración cefalocaudal, notas de enfermería e inconsistencias en el recibo y entrega de turno.
Gestión de Calidad	133	504	10%	Inoportunidad en reporte de eventos adversos.
Gestión de Servicios Complementarios	97	365	7,3%	Desempeño en la lectura de láminas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) menor al 80% (Laboratorio).
Gestión de Urgencias	83	322	6,4%	Incumplimiento en guías de atención clínica (ruta de alteraciones nutricionales) y omisión de interconsultas obligatorias.
Gestión Integral del Riesgo en Salud	67	310	6,1%	Inoportunidad en la notificación de eventos de interés en salud pública y falta de adherencia a protocolos de vigilancia epidemiológica.
Gestión Estratégica	53	202	4%	Fallas en implementación de PTEE (Anticorrupción) Actualización de controles en matrices de riesgo.
Gestión TIC'S	53	194	3,8%	Vulnerabilidades en seguridad digital y Falta de automatización en trámites institucionales.
Gestión Financiera	51	177	3,5%	Inconsistencias en conciliación de cuentas por cobrar y debilidades en la depuración de activos fijos.
Gestión del Talento Humano	35	145	2,8%	Brechas en la ejecución de capacitaciones técnicas y desactualización de información en (SIGEP y SIDEAP)
Otros procesos	43	59	4.5%	Fallas en la supervisión de contratos y demoras en la actualización de pólizas y actas de liquidación. Fallas en señalética inclusiva (Braille/Etnias) y baja difusión de imagen corporativa. Reincidencia en PQRS por falta de respuesta de fondo. Falta de caracterización de grupos de valor.

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno

4.4 Análisis General de las Acciones de Mejora - Primer Trimestre 2026.

Tabla 8. Estadístico del Plan de Mejora Institucional por emisor – vigencia T1 2026

Emisor	Informes	hallazgos	Acciones
Revisoría Fiscal	10	168	291
Famisanar	1	63	268
Capital Salud	7	18	95
Control Interno	7	22	73
PAMEC	4	17	70
Total, Acumulado (80%)	29	288	797

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 8 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

Para lo transcurrido de la vigencia 2026, el 80% de las acciones de mejoramiento se encuentran distribuidas en cinco (5) emisores:

- Revisoría Fiscal: es el emisor con mayor cantidad de hallazgos (48% del total).
- Famisanar: presenta un informe con 63 hallazgos y 268 acciones.
- Capital Salud sigue siendo uno de los principales emisores de hallazgos.
- Seguridad del Paciente y Secretaría General no reportan avance.
- Contraloría presenta las siguientes novedades:
 - a) El informe: “PM-C- 01 Informe final Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados, Auditoria 142”, con 25 hallazgos y 55 acciones.
 - b) El número de acciones cargadas en Almera es de 55, cifra que no coincide con las 41 acciones cargadas en SIVICOF.
 - c) El hallazgo “3.2.4.2 hallazgo administrativo por la reiterada realización de adiciones y prórrogas a los contratos, los cuales sobrepasaron los límites de las cuantías y los porcentajes aplicables a cada modalidad y mecanismo de selección”, no se encuentra registrado en Almera.
 - d) El informe “RM-7420-25 Memorando de recomendaciones para fortalecer aspectos en seguridad de la información” que corresponde a Revisoría Fiscal y cuenta con dos (2) hallazgos y dos (2) acciones.

Para el primer trimestre de 2026, los procesos que acumulan la mayor cantidad de acciones de mejora son:

Tabla 9. Hallazgos con mayor frecuencia por proceso – vigencia 2026

Procesos	hallazgos	acciones	%	Principales temáticas de hallazgos
Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	107	314	31%	Áreas de servicios asistenciales con infraestructura deteriorada. Diferencias en los inventarios de dispositivos. Incumplimiento del Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios Acumulación de archivos sin tablas de valoración.
Gestión de Servicios Ambulatoria	44	185	18%	Incumplimiento en metas de cobertura PAI, Fallas en el registro de actividades preventivas en el sistema de información. Fallas en oportunidad de citas especializadas.
Gestión Financiera	59	118	12%	Cartera con más de 360 días sin depuración efectiva. Glosas reiterativas por fallas en el soporte documental.
Gestión de Calidad	20	99	10%	Planes de mejora con acciones vencidas o sin soporte de efectividad. Baja calidad en el análisis de causa raíz.
Gestión TIC´S	47	78	8%	Vulnerabilidad de sistema operativo en equipos de cómputo, licencias inactivas o vencidas.
Gestión Hospitalaria / Urgencias	12	49	5%	Baja adherencia a paquetes instruccionales de seguridad del paciente. fallas en la aplicación de prácticas seguras (Resolución 3100 de 2019 emitida por el Ministerio de Salud)

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 9 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

Procesos	hallazgos	acciones	%	Principales temáticas de hallazgos
Gestión de Urgencias	11	38	4%	Incumplimiento en la clasificación del Triage. Inoportunidad en activación de rutas nutricionales en el ingreso Fallas en interconsultas para definición de conducta.
Gestión Estratégica	16	32	3%	Indicadores del Plan de Desarrollo con metas rezagadas sin justificación técnica.
Gestión Integral del Riesgo en Salud	6	30	3%	Inconsistencias en el seguimiento a pacientes con riesgo cardiovascular y renal
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	6	21	2%	Falta de evidencia de respuesta a las veedurías ciudadanas. Asociación de usuarios sin actas de seguimiento vigentes. Reapertura de quejas por insatisfacción con la respuesta inicial.
Gestión Jurídica	6	15	1%	Incumplimiento en términos de respuesta a demandas judiciales, Predios sin titulación actualizada.
Gestión de Servicios Complementarios	5	15	1%	Retrasos en la entrega de resultados de patología e imagenología
Otros	12	22	2%	Expedientes contractuales incompletos en la plataforma SECOP II Falta de reinducción técnica al personal asistencial. Desactualización de contenidos informativos en sedes periféricas
	350	1016		

Para lo transcurrido en la vigencia 2026, los procesos de apoyo que más concentran acciones de mejora son Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico y Gestión Financiera con más del 40%, por su parte, el proceso misional de Gestión de Servicios Ambulatoria con un 18% concentra la mayor cantidad de acciones.

4.5 Análisis por tipo de proceso (2024-2026)

Misional	
Vigencia	Observación
2024	Los hallazgos se centraron en fallas de registro en la historia clínica, recibo/entrega de turno, valoración cefalocaudal y limitaciones en el acceso a exámenes especializados y fallas en el abordaje de eventos de interés en salud pública. Se reportaron estancias prolongadas en observación (más de 24h) y fallas en la activación de brotes epidemiológicos.
2025	El riesgo se desplazó hacia el incumplimiento de guías de atención clínica y problemas de interconsultas. Aparecieron fallas en la trazabilidad de exámenes diagnósticos y la falta de equipos biomédicos en servicios ambulatorios.
2026 – T1	Persiste la inoportunidad en rutas nutricionales e interconsultas, los hallazgos ahora incluyen baja adherencia a paquetes instruccionales de seguridad del paciente y fallas en la aplicación de prácticas seguras.
Apoyo	
Vigencia	Observación
2024	Los hallazgos se relacionan con fallas en la seguridad digital (copias de respaldo no aisladas), extemporaneidad en SECOP II y diferencias en inventarios de almacén. Se identificó falta de depuración contable y omisiones en la actualización de documentos legales.

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 10 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

2025	Para esta vigencia se incrementaron las acciones relacionadas con mantenimiento físico y señalización de seguridad, se observó un hallazgo de gestión documental “retraso en transferencias y falta de organización técnica en archivos de gestión”. En lo financiero, debilidades en la depuración de activos fijos.
2026 – T1	Riesgo crítico en Tics, vulnerabilidad por sistemas operativos en equipos de cómputo y licencias vencidas. En lo financiero, la cartera con más de 360 días sin depuración y glosas reiterativas por fallas en soportes documentales que comprometen la liquidez. Persiste la infraestructura deteriorada en áreas asistenciales.
Estratégico	
Vigencia	Observación
2024	Fallas en habilitación, inoportunidad en notificaciones obligatorias y desactualización de grupos de valor.
2025	Inoportunidad en el reporte de eventos adversos. Falta de caracterización de usuarios y grupos de valor, lo mismo que reincidencia en PQRS por falta de respuesta de fondo.
2026 – T1	Para esta vigencia, se presenta falta de evidencia de respuesta a las veedurías ciudadanas y falta de soportes de caracterización de asociaciones de usuarios.

4.6 Avance de Seguimiento al Plan de Mejora Institucional – Control Interno

Para el periodo 2024-2026, el ejercicio de seguimiento se concentró en los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos del Contraloría, Personería, Veeduría, Revisoría Fiscal y los generados por la Oficina de Control Interno, con el siguiente balance:

Tabla 10. Avance en la verificación del Plan de Mejora Institucional – 3era. Línea de Defensa.

EMISOR	Totales			
	Verificadas	Pendientes de verificar	Total	%
Contraloría	32	41	73	35%
Control Interno	657	108	765	86%
Personería	113	159	272	42%
Revisoría Fiscal	662	511	1.173	56%
Veeduría Distrital	7	0	7	100%
Totales	1.471	819	2.290	64%

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno

- **Contraloría de Bogotá:** De un total de 32 acciones del informe Auditoría Financiera de Gestión y Resultados No. 163-2024, la Oficina de Control Interno revisó la totalidad de las acciones formuladas por las dependencias, quedando abiertas 22 acciones pendientes de cierre por parte del ente de control.
Con relación al informe de Auditoría Financiera de Gestión y Resultados No. 142-2025, el cual contiene 26 hallazgos con 41 acciones, pendientes de revisar por parte de la Oficina.
- **Personería de Bogotá:** De un total de 272 acciones formulas en tres (3) planes de mejora, la Oficina ha logrado verificar 113 acciones.
- **Veeduría Distrital:** Registra 7 acciones verificadas en su totalidad.
- **Revisoría Fiscal:** Constituye el segundo emisor con mayor número de acciones formuladas (1.173), de las cuales se ha logrado verificar 662.

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 11 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

- Control Interno: De las 765 acciones formulas, la Oficina de Control Interno ha verificado el cumplimiento de 657 acciones.

4.7 Inconsistencias encontradas en el cargue de Planes de Mejora

Durante la validación de los planes de mejora derivados de las auditorías de la Oficina de Control Interno, se identificó en el aplicativo Almera, lo siguiente:

- Diferencia entre la fecha de emisión del informe y su fecha de registro en el aplicativo Almera

Tabla 11. Registro de informes con errores de cargue de vigencia

Informe	Vigencia Informe	Vigencia de cargue
ID 636 (Informe 37): Gestión Disciplinaria.	2023	2024
ID 704 (Informe 42): Atención Integral de Urgencias.		
ID 750 (Informe 41): Participación Comunitaria.		
ID 757 (Informe 43): Gestión Estratégica.		
ID 966 (Informe 55): Gestión del Riesgo en Salud.	2024	2025
ID 970 (Informe 59): Gestión Hospitalización.		
ID 971 (Informe 60): Gestión Jurídica.		
ID 992 (Informe 57): Seguimiento Ley de Transparencia 1712.		
ID 1260 (Informe 76): Seguridad del Paciente.	2025	2026
ID 1287 (Informe 84): Gestión de la Información.		
ID 1293 (Informe 78): Gestión TICs.		
ID 1307 (Informe 83): Pagos (OPS).		
ID 1341: Seguimiento Ley 1712.		

Fuente. Elaboración Oficina de Control Interno

- Errores en la Clasificación del Emisor

Se detectaron registros asociados a la Oficina de Control Interno, los cuales deben ser reclasificados, ya que corresponden a otros emisores:

- Informe de supervisión contrato EPS ASMET Salud.
- Informe de Gestión de Caídas.

- Diferencia entre estados de las acciones

Al verificar las descripciones de los estados de las acciones entre el sistema Almera Vs Manual de Gestión de Calidad y Mejora Continua, código ES-GC-M-02, se encontraron las siguientes diferencias:

- Estados Almera: “Terminada”, “Ejecución” y “Planeación”, y permite registros en blanco
- Estados Manual ES-GC-M-02: “Cumplida”, “En ejecución” e “Incumplida sin iniciar”

Evidenciando falta de coherencia en los criterios para la medición de la eficacia de las acciones.

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 12 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

4. Implementación de Acciones Preventivas en el Plan de Mejoramiento (*de resaltar*)

Se identificaron para tres (3) procesos en Almera, la formulación de acciones en el plan de mejoramiento; estas acciones fueron formuladas por los procesos de forma proactiva en atención a las recomendaciones dadas por la Oficina de Control Interno:

- Auditoría a Gestión Disciplinaria (Vigencia 2023).
- Seguimiento implementación SARLAFT (Vigencia 2023).
- Seguimiento Ley de Transparencia 1712 (Vigencia 2024).

5. PLANES DE MEJORAMIENTO

Se verificó el plan de mejora institucional y no se identificaron hallazgos ni acciones asociadas de acuerdo al objeto de la presente evaluación.

6. RIESGOS DETECTADOS

El equipo Auditor en su rol de enfoque hacia la prevención observa un posible Riesgo Operacional, en relación a que las acciones formuladas no resuelven de fondo las situaciones detectadas en las auditorías y evaluaciones, generando reincidencia de hallazgos, reprocesos administrativos, toma de decisiones equivocadas sobre temas críticos de mejora (Acreditación, Habilitación, Seguridad del Paciente, Gestión Financiera, etc.) y posibles sanciones.

7. FORTALEZAS

A través del sistema Almera, la Subred ha logrado consolidar una base de información (registro de acciones de mejora) a lo largo de las vigencias (2024–2026). Esta memoria facilita el enfoque de control predictivo, al proporcionar a la entidad insumos para la toma de decisiones.

8. Observaciones y Hallazgos

8.1 Oportunidad de mejora (observaciones)

No: 1		Numeral: 4.7	
Descripción		Errores en la calificación del estado de las acciones del plan de mejoramiento institucional en el aplicativo de Almera, de acuerdo con lo establecido en el Manual de gestión de calidad y mejora continua con código ES-GC-M-02 versión 9.	
Posibles efectos / Riesgos		Riesgo operacional.	

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 13 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

8.2 Hallazgo (Incumplimiento)

No	Numeral N/A	Recurrente: N/A
		SI NO
Descripción	N/A	
Criterios	N/A	
Posibles efectos / Riesgos	N/A	

8.3 Formulación Plan de Mejoramiento

- Para cada hallazgo reportado, debe formular acciones correctivas en el formato “Plan de Mejoramiento Institucional - código ES-GC-F-10-04”, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción del informe. Acción Correctiva: Medida tomada para eliminar la causa de una no conformidad (problema) ya detectada, con el fin de evitar su recurrencia. - Para las observaciones identificadas, el proceso auditado decidirá si identifica acciones para incluir en el plan de mejoramiento y en tal caso debe reportarlo además a la oficina de control interno en el plazo señalado anteriormente. Acción Preventiva: Conjunto de acciones proactivas tomadas para eliminar la causa de un problema potencial u otra situación indeseable que aún no ha sucedido. La oficina de control interno verificará la eficiencia y efectividad de estas.

9. RECOMENDACIONES

Fortalecer la socialización del procedimiento de planes de mejoramiento, de forma que por cada hallazgo se formulen acciones orientadas a eliminar causas estructurales, se verifique la no duplicidad con otros planes vigentes, coherencia de lo implementado vs los hallazgos detectados, fechas de inicio y de finalización, estableciendo el cierre condicionado a la efectividad de las mismas.

Evaluar la implementación de mecanismos para la depuración de acciones, consolidando y homologando aquellas con similar problema/debilidad, eliminando duplicidades y redefiniendo acciones correctivas, medibles, y alineadas a la causa raíz identificada.

Validar en Almera del plan de mejora del informe “PM-C- 01 Informe final Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados, Auditoría 142” de Contraloría, debido a las diferencias encontradas en el número de acciones vs. lo reportado en SIVICOF.

	FORMATO DE INFORME OFICINA CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-12
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	PÁGINA: 14 DE 14
		FECHA: 04/05/2026

Firmas,

Equipo auditor	Nombre	Firma
Auditor líder	Luis Antonio Tristancho Robles	
Auditor de poyo	Oscar Iván Vergara Medina	


DENIS PARRA SUÁREZ
 Jefe Oficina de Control Interno