

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME AUDITORIA

PROCESO
**DIRECCIONAMIENTO
ESTRATEGICO**
COMPONENTE
**PLAN DE DESARROLLO
INSTITUCIONAL**
FECHA
27 de noviembre de 2020



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

2018

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente respecto de la presentación, aprobación y ejecución del Plan de Desarrollo Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E para las vigencias 2016-2020

ALCANCE

La auditoría se realizará al Plan de Desarrollo Institucional establecido y aprobado por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

MARCO LEGAL

- **Constitución Política de Colombia. Artículo 209 — Artículo 269.**
- **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"
- **Ley 152 de 1994** “por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”
- **Decreto 1082 de 2015** - "Por medio del cual se expide el Decreto Único de Planeación Nacional".
- **Decreto 1083 de 2015** - "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública".
- **Acuerdo 641 de 2016** “Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones”
- **Manual ET-DE-MN-03** “Manual definición, actualización, despliegue y seguimiento del direccionamiento estratégico”

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Acuerdo de Junta Directiva 28 de 2016
Acuerdo de Junta Directiva 01 de 2018
Acuerdo de Junta Directiva 04 de 2019

EQUIPO AUDITOR

NOMBRES

Cargos

John Alejandro Jaramillo Santa

Jefe de Oficina de Control Interno

AUDITADOS

| Responsables | Cargo |
|----------------------------------|---|
| Marcia Greicy Guacaneme Valbuena | Jefe de Oficina Asesora de Desarrollo Institucional |

METODOLOGÍA

El presente ejercicio se realizó entre el 4 y el 13 de noviembre del presente año, en observancia al Plan Anual de Auditorías Internas aprobado para la vigencia 2020. utilizando técnicas de auditoría generalmente aceptadas entre las que se encuentran:

- Verificación del cumplimiento normativo.
- Solicitud de documentos.
- Verificación de registros.
- Análisis de información.

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Ejecución de la Auditoría

Mediante Acuerdo No. 28 del 16 de diciembre de 2016, la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E aprueba y adopta el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 de la Subred; dicho documento establece en su capítulo 1 establece la Plataforma Estratégica Institucional, indicando entre otras que: “ *El Direccionamiento Estratégico de la subred Centro Oriente ESE define la ruta que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos definidos a largo plazo para asegurar la calidad y continuidad en la prestación de servicios de salud, el mejoramiento de sus procesos y fortalecimiento del talento humano, de tal forma que sirva de marco para los Planes Operativos de cada proceso o unidad funcional de la organización, es decir, que incluye la definición de estrategias y objetivos en los diferentes niveles de la organización*”

En lo que se refiere a la misión, visión, principios y valores institucionales, se estableció lo siguiente:

Misión:

Somos la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, que brinda atención integral en salud, con altos estándares de calidad, a través de un equipo humano idóneo que promueve la generación del conocimiento por medio de la investigación y la docencia, para mejorar las condiciones de salud de nuestra población, respetando su diversidad y entorno.

Visión:

En el año 2020 seremos referentes del modelo de atención integral en salud con altos estándares de calidad, reflejados en la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias, reconocidos por la gestión clínica, docente y de investigación.

Principios y Valores institucionales



Ilustración 1 Principios y valores

El documento anexo al Acuerdo 28 de 2016 indica entre otros que: “*se establece un Plan Operativo Anual para cada uno de los Procesos de la Subred, los cuales son planteados al finalizar cada vigencia teniendo en cuenta los resultados de la anterior vigencia, el avance del Plan de Desarrollo Institucional y los cambios internos y externos de la ESE*”

Respecto de las Metas del Plan de Desarrollo Institucional, es menester indicar que en la vigencia 2017, se dio inicio a la ejecución de 12 metas establecidas en el Acuerdo 28 de 2016, las cuales fueron las siguientes:

| NOMBRE DEL INDICADOR | LINEA BASE DEL INDICADOR | META PARA LA VIGENCIA |
|--|--|-------------------------|
| | | 2017 |
| Porcentaje de cumplimiento en el Plan Operativo Anual misional | No se cuenta con línea base como subred | 85% |
| Porcentaje de cumplimiento de las acciones establecidas en el contrato del Salud Urbana | No se cuenta con línea base como subred | 85% |
| Porcentaje de satisfacción de los usuarios | No se cuenta con línea base como subred | Se establece línea base |
| Promedio del resultado de la evaluación de impacto de las acciones de capacitación | No se cuenta con línea base como subred | 70% |
| Porcentaje de cumplimiento de actividades del SGSST | No se cuenta con línea base como subred | 90% |
| Porcentaje de cumplimiento en el Plan de Bienestar | No se cuenta con línea base como subred | N.A |
| Número de Grupos de investigación categorizados por Colciencias en clasificación C | 1 | 1 |
| Certificado de buenas prácticas clínicas | Certificado | Certificado |
| Mejoramiento continuo de calidad: Relación del promedio de la calificación en la vigencia versus resultado de la vigencia anterior | No se cuenta con línea base como subred | 1,2 |
| Porcentaje de aumento en el promedio mensual de registros en Historia Clínica | Promedio mes ago-Nov 2016: 140.931 registros en HC | 30% |
| Porcentaje de incremento en los ingresos por venta de servicios a otros pagadores (diferentes al FFDS y Reg. Subsidiado) | Línea base venta de servicios a otros pagadores (diferentes al FFDS y Reg. Subsidiado) al cierre de 2016 | 30% |
| Equilibrio operacional | Línea resultado Operacional al cierre de 2016, registro pérdida operacional | 2% |

De la información remitida por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, se tiene que la evaluación realizada al 31 de diciembre de 2017, arrojó los siguientes resultados.

| META PDI | NOMBRE DEL INDICADOR | Resultado Indicador Vigencia 2017 | Cumplimiento | Análisis del Indicador |
|---|---|-----------------------------------|--------------|---|
| 1. Lograr para el 2017 el 85% de cumplimiento en el Plan Operativo Misional | Porcentaje de cumplimiento en el Plan Operativo Anual misional | 96% | 100% | Durante la vigencia 2017 todos los POAS Misionales cumplieron la meta Gestión de la Atención Familiar y Comunitaria: 97%. Gestión de Urgencias: 92%. Apoyo Diagnóstico y terapéutico: 98%. Gestión Consulta Externa: 92%. Gestión Hospitalaria: 98%. Gestión Quirúrgica: 100%. Servicio al Ciudadano y Participación Social : 98%. Gestión de Conocimiento: 95% |
| 2. Lograr el cumplimiento del 85% de las acciones establecidas en los contratos de Salud Urbana | Porcentaje de cumplimiento de las acciones establecidas en el contrato del Salud Urbana | 94% | 100% | El resultado obtenido de la ejecución del contrato SPPIC para el 2017, corresponde a un 94 % y tiene un logro sobre lo esperado; si bien existen algunas dificultades en la consecución de perfiles específicos para ejecutar las acciones; lo que permite ver que existe un control sobre la ejecución que permite tomar acciones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las actividades propuestas en el Plan programático y que dan cumplimiento a los lineamientos técnicos , que son entregados por la SDS y que hacen parte de los anexos del Contrato No. 083/2017. |
| 3. Lograr el 90% de satisfacción de los usuarios en cada una de las vigencias | Porcentaje de satisfacción de los usuarios | 94% | 100% | En abril de 2017 fue implementado el formato de encuesta de satisfacción por servicios a nivel distrital. Al finalizar del periodo se encontró que de 30602 usuarios encuestados, 28698 estuvieron satisfechos con la atención recibida en Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa, lo que corresponde a un porcentaje del 94% de satisfacción para un cumplimiento de la meta del 100%. |
| 4. Lograr un promedio de 70% en el resultado de la evaluación de impacto de las capacitaciones | Promedio del resultado de la evaluación de impacto de las acciones de capacitación | 86% | 100% | Durante la vigencia 2017, se implementó medición de adherencia a contenidos, realizando prueba piloto a 2 acciones de capacitación, en el primer semestre al tema SARLAFT y en el segundo semestre al tema disciplina preventiva Directiva 003 de 2013, 297 aprobaron el examen de adherencia de conocimientos, y 49 colaboradores no lo aprobaron. Está programado para la próxima vigencia realizar acciones de mejora para estos casos. Cumpliendo el 86% con adherencia. |
| 5. Ejecutar el 90% de las actividades establecidas en el SGSST en cada vigencia | Porcentaje de cumplimiento de actividades del SGSST | 99% | 99% | Durante la vigencia se cumplió el 99% del Plan, pendiente la constitución del comité de seguridad vial de la entidad y el levantamiento de Índice de Seguridad Hospitalaria de cada una de las USS de la entidad, el cual queda sujeto a la capacitación del personal por parte de SDS, conforme a lineamientos OPS. |
| 6. Cumplir con el 95% de las actividades del Plan de Bienestar de cada vigencia | Porcentaje de cumplimiento en el Plan de Bienestar | 98% | 100% | Durante la vigencia se dio un cumplimiento del 98%. La actividad de vacaciones recreativas se reemplazó por la caminata ecología realizada en el mes de Diciembre con apoyo de compensar. Pendiente curso manualidades navideñas |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|-------------|---|--------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|-------------|--------|----------|--------|------------|--------|------------|--------|
| <p>7. Mantener en el cuatrienio la Categoría C en Colciencias en al menos un grupo de investigación</p> | <p>Número de Grupos de investigación categorizados por Colciencias en clasificación C</p> | <p>1</p> | <p>100%</p> | <p>Teniendo en cuenta los resultados finales de la convocatoria de COLCIENCIAS emitido el 6 de diciembre de 2017 se reconoce el GRUPO COL 0088479 de la Subred Centro Oriente en Categoría C, al cual se integra la línea de medicina Crítica.</p> <p>Los criterios dispuestos para la definición de Grupo de investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación se aplicaron para 7.362 registros GrupLAC que fueron avalados por las instituciones para participar en la Convocatoria 781 de 2017. De los registros avalados, 5.207 fueron reconocidos como Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y 4.566 fueron medidos, y la distribución de la categorización de grupos fue la siguiente: 523 Grupos A1; 762 Grupos A; 1.168 Grupos B; y 2.113 Grupos C.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>8. Mantener en el cuatrienio el certificado de buenas prácticas clínicas</p> | <p>Certificado de buenas prácticas clínicas</p> | <p>Certificado</p> | <p>100%</p> | <p>Durante la vigencia 2017, se logró la Recertificación en BPC, luego de la auditoría realizada en Septiembre de 2017. Se cuenta con la Resolución emitida por el INVIMA 2017039136 del 21/09/2017. Somos una de las 9 entidades públicas certificadas en Buenas prácticas clínicas en Investigación, siendo la única del orden Distrital</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>9. Incrementar en cada vigencia la calificación obtenida en la Autoevaluación en un 20%</p> | <p>Mejoramiento continuo de calidad: Relación del promedio de la calificación en la vigencia versus resultado de la vigencia anterior</p> | <p>1</p> | <p>100%</p> | <p>Durante la vigencia fue necesario realizar la autoevaluación de los estándares de Acreditación como subred, identificando la necesidad de unificar para todas las sedes, criterios y metodologías de trabajo de manera estandarizada. Por lo anterior, la calificación de estándares en cada grupo de estándares fue de 1. Este resultado es la Línea base de medición para las siguientes vigencias</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>10. Incrementar para el 2017 el promedio mensual del registro clínico digital en un 30%</p> | <p>Porcentaje de aumento en el promedio mensual de registros en Historia Clínica</p> | <p>25%</p> | <p>90%</p> | <p>Durante la vigencia 2017 los registros mensuales de Historia clínica fueron:</p> <table border="0"> <tr><td>Enero:</td><td>149088</td></tr> <tr><td>Febrero:</td><td>161795</td></tr> <tr><td>Marzo:</td><td>183751</td></tr> <tr><td>Abril:</td><td>164962</td></tr> <tr><td>Mayo:</td><td>184024</td></tr> <tr><td>Junio:</td><td>177289</td></tr> <tr><td>Julio:</td><td>176736</td></tr> <tr><td>Agosto:</td><td>186195</td></tr> <tr><td>Septiembre:</td><td>184799</td></tr> <tr><td>Octubre:</td><td>196881</td></tr> <tr><td>Noviembre:</td><td>193896</td></tr> <tr><td>Diciembre:</td><td>188914</td></tr> </table> <p>Para un promedio de 179,028 registros mes del año y se compara con el promedio de la vigencia 2016 que fue 140.931 nos da un resultado de aumento del 27%</p> | Enero: | 149088 | Febrero: | 161795 | Marzo: | 183751 | Abril: | 164962 | Mayo: | 184024 | Junio: | 177289 | Julio: | 176736 | Agosto: | 186195 | Septiembre: | 184799 | Octubre: | 196881 | Noviembre: | 193896 | Diciembre: | 188914 |
| Enero: | 149088 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Febrero: | 161795 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marzo: | 183751 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abril: | 164962 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mayo: | 184024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Junio: | 177289 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Julio: | 176736 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agosto: | 186195 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Septiembre: | 184799 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Octubre: | 196881 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Noviembre: | 193896 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diciembre: | 188914 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>11. Incrementar en cada vigencia los ingresos por venta de servicios a otros pagadores (diferentes al FFDS y Reg. Subsidiado) al menos 2% respecto al cierre de la vigencia anterior</p> | <p>Porcentaje de incremento en los ingresos por venta de servicios a otros pagadores (diferentes al FFDS y Reg. Subsidiado)</p> | <p>3.30</p> | <p>100%</p> | <p>Durante la vigencia 2017 la facturación por venta de servicios diferentes al FFD y Régimen Subsidiado fue de \$37,480,680,266 con promedio mes de \$2.714.394.223 comparando con el periodo de enero a diciembre de 2016 fue de \$31,532,984,366 con promedio mes de \$2.627,748,697 evidenciando un aumento del 3,30% . Cumpliendo Meta.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|------------------------|-------|--------------|---|
| 12. Cerrar cada una de las vigencias logrando el equilibrio operacional | Equilibrio operacional | -1.7% | 98.3% | Indicador anual: cerrando con un margen operacional negativo del 1,7%, logrando estar muy cerca del equilibrio operacional. Se obtuvo un incremento en los ingresos del 15,8%, donde los costos crecieron proporcional a estos, mejorando el margen bruto en un 2,6%, a través de una gestión importante en reducir costos vía prestación de servicios en \$6.729 Millones. Adicional hubo reducción en gastos de administración del orden de \$9.055 Millones año corrido en la partida generales, amortizaciones, impuestos y deterioro de cartera. |
|---|------------------------|-------|--------------|---|

Adicional a lo anterior, y en cumplimiento de lo indicado en el anexo del Acuerdo 28 de 2016, se establecieron 19 POAS (uno por cada proceso de la Subred), y el resultado de la evaluación remitida a la OCI por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional fue el siguiente:

| N° | PROCESOS | Metas Programadas | Metas cumplidas | Cumplimiento |
|----|---|-------------------|-----------------|--------------|
| 1 | Direccionamiento Estratégico | 18 | 18 | 100% |
| 2 | Gestión de Calidad y Voz del Usuario | 20 | 20 | 100% |
| 3 | Gestión de comunicaciones | 6 | 5 | 83% |
| 4 | Gestión de Mercadeo | 8 | 8 | 100% |
| 5 | Gestión de la Atención Familiar y Comunitaria | 11 | 11 | 100% |
| 6 | Gestión de Urgencias | 8 | 7 | 88% |
| 7 | Apoyo Diagnóstico y Terapéutico | 10 | 10 | 100% |
| 8 | Gestión Consulta Externa | 12 | 11 | 92% |
| 9 | Gestión Hospitalaria | 20 | 20 | 100% |
| 10 | Gestión Quirúrgica | 8 | 8 | 100% |
| 11 | Servicio al Ciudadano y Participación Social | 13 | 12 | 92% |
| 12 | Gestión del Conocimiento | 10 | 9 | 90% |
| 13 | Gestión Jurídica | 13 | 13 | 100% |
| 14 | Gestión de Recursos Físicos | 13 | 13 | 100% |
| 15 | Gestión del Talento Humano | 24 | 21 | 88% |
| 16 | Gestión TICS | 13 | 13 | 100% |
| 17 | Gestión de Insumos y abastecimiento | 9 | 8 | 89% |
| 18 | Gestión de Control y Seguimiento | 6 | 6 | 100% |
| 19 | Gestión de Recursos Financieros | 9 | 9 | 100% |
| | Total | 231 | 222 | 96% |
| | Porcentaje de cumplimiento: | | 96% | |

En el mes de Enero de 2018, la Junta Directiva en uso de sus facultades y previa solicitud de la administración de la Subred realizó modificación al acuerdo 28 de 2016, acto efectuado mediante acuerdo 01 de 2018, el cual realizó cambios sustanciales en el proceso de planeación de la Entidad pasando de 12 a 43 metas

La Oficina de Control Interno procedió a verificar la modificación efectuada al Plan de Desarrollo Institucional mediante acuerdo 01 de 2018, estableciendo que 9 metas fueron suprimidas, 2 se mantuvieron y una meta fue modificada, así mismo se verificó el acuerdo de Junta Directiva sin encontrar evidencia que permita inferir las

razones que llevaron a la eliminación de las metas propuestas mediante acuerdo 28 de 2016, a saber:

1. Lograr para el 2017 el 85% de cumplimiento en el Plan Operativo Misional
2. Lograr el cumplimiento del 85% de las acciones establecidas en los contratos de Salud Urbana
3. Lograr el 90% de satisfacción de los usuarios en cada una de las vigencias
4. Lograr mínimo un promedio de 70% en el resultado de la evaluación de impacto de las capacitaciones
5. Ejecutar el 90% de las actividades establecidas en el SGSST en cada vigencia
6. Cumplir con el 95% de las actividades del Plan de Bienestar de cada vigencia
10. Incrementar para el 2017 el promedio mensual del registro clínico digital en un 30%
11. Incrementar en cada vigencia los ingresos por venta de servicios a otros pagadores (diferentes al FFDS y Reg. Subsidiado) al menos 2% respecto al cierre de la vigencia anterior
12. Cerrar cada una de las vigencias logrando el equilibrio operacional.

La Oficina de Control Interno solicitó mediante radicado 20201400010723 las justificaciones que llevaron a la modificación de metas en el PDI recibiendo como respuesta de la OADI únicamente el acuerdo de Junta Directiva pero no las justificaciones que llevaron a la modificación del Plan de Desarrollo, resaltando que este se estableció para la vigencia 2016 -2020, tal como reza el Acuerdo 28 de 2016 en su artículo primero; así las cosas y a efectos de establecer con claridad la decisión tomada por la Junta Directiva, se procedió a verificar el acta de la sesión, encontrando que las justificaciones para realizar el cambio y/o actualización del Plan de Desarrollo Institucional fueron las siguientes:

- ✓ Se terminó el año de transición donde la planeación hecha durante ese año fue pensada en el año de transición, incluso fue basado en la hoja de ruta la cual la Junta Directiva estuvo monitoreando durante ese lapso
- ✓ Armonizar el Plan de Desarrollo Institucional con el Plan Territorial de Salud y con el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá mejor para todos” y una vez terminó el año de transición, se vio la necesidad de articularnos en casadas para tener certeza del aporte que realiza la Subred al cumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital y el del sector.
- ✓ La decisión de iniciar el trámite hacia la acreditación, hace que cambie la planeación con enfoque de los ejes de acreditación y revisada la normatividad como la Ley 152 de 1994 que habla del todo el tema de planeación establece que los planes pueden tener ajustes siempre y cuando sean aprobados bajo el mismo proceso que le dio vida jurídica al Plan inicial, para el caso, surtir la aprobación a la modificación por parte de la Junta Directiva¹

Si bien la Oficina de Control Interno comparte los argumentos esgrimidos por la Gerencia de la Subred, en lo que se refiere a la necesidad de actualizar las metas una vez superado el año de transición, el cual finalizó el 5 de abril de 2017 en cumplimiento de lo establecido en el Acuerdo Distrital 641 de 2016 Artículo 3, el cual a su tenor reza:

ARTÍCULO 3º. Transición del proceso de fusión de las ESE. Con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado, se establece un periodo de transición de un año contado a partir de la expedición del presente Acuerdo.

Adicional a lo anterior, la modificación efectuada mediante acuerdo 01 de 2018, no estableció que se modificaba, suprimía o adicionaba, indicando en el texto del acuerdo, lo siguiente:

¹ Acta 01 de 2018 Junta Directiva Subred Centro Oriente (fls 6)

Artículo 1: Modificar el Acuerdo 028 de 2016 en lo que respecta a las vigencias 2018 a 2020, según el documento anexo que hace parte integral del presente acuerdo.

Teniendo en cuenta dicha modificación, el 11 de noviembre de 2020, la Oficina de Control Interno solicito copia del documento anexo al acuerdo 01 de 2018, de lo que se recibió correo electrónico remitido desde la cuenta “gestionoplaneacion@subredcentrooriente.gov.co”² el cual hace parte integral del presente proceso de auditoría en el que se remite una matriz en Excel contentiva de las 43 metas establecidas según la modificación aprobada por la Junta Directiva, a saber:

| No. | Metas Plan de Desarrollo Institucional Propuestas 2018 - 2020 |
|-----|--|
| 1 | Lograr el 95% en las coberturas útiles de vacunación polio , penta y triple viral |
| 2 | Mantener por debajo del 110% el porcentaje de ocupación global de los servicios de urgencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E, en cada vigencia. |
| 3 | Alcanzar como mínimo el 95% de cumplimiento del plan de preparación para la Acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente |
| 4 | Implementar el 100% del Plan de Monitoreo y evaluación del Modelo definido por la Secretaria Distrital de Salud en cada vigencia |
| 5 | Implementar el 95% de la Hoja de Ruta para mantenimiento de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente establecida desde el punto de vista asistencial, financiero y administrativo, de acuerdo a lineamiento de la Dirección de Provisión de Servicios de la Secretaria Distrital de Salud, en cada vigencia. |
| 6 | Mantener operando las seis Juntas Asesoras Comunitarias de la Subred Centro Oriente |
| 7 | Evitar eventos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, de los niños que asisten al Control de Crecimiento y Desarrollo según las frecuencias establecidas en la norma técnica, en la Subred Centro Oriente |
| 8 | Implementar el 100% de las acciones de la estrategia IAMI que fortalezcan el incremento de la lactancia materna exclusiva a 4 meses a usuarias del Control Prenatal, en cada vigencia |
| 9 | Evitar las muertes en menores de 5 años por causas atribuibles a la prestación de servicios en la Subred Centro Oriente |
| 10 | Evitar eventos de mortalidad materna directa y evitables en mujeres gestantes a las que la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente les haya realizado control prenatal adecuado (mínimo 4 controles cuyo inicio haya sido durante el 1 trimestre) |
| 11 | Reducir a 28 x 1.000 nv , la tasa de mortalidad perinatal por causas atribuibles a la prestación de servicios en la Subred Centro Oriente |
| 12 | Cumplir en un 90% la adherencia a la Norma técnica de Planificación Familiar en mujeres menores de 19 años, en cada vigencia. |
| 13 | Evitar eventos de transmisión materno infantil de VIH en mujeres gestantes a las que la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente les haya realizado control prenatal adecuado (mínimo 4 controles cuyo inicio haya sido durante el 1 trimestre) |
| 14 | Disminuir a 5 por 1000 nacidos vivos la Incidencia de sífilis congénita en nacidos vivos de usuarias gestantes a las que la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente les haya realizado control prenatal adecuado (mínimo 4 controles cuyo inicio haya sido durante el 1 trimestre) |

² Alcance - Anexos Plan de Desarrollo

| | |
|----|--|
| 15 | Mantener en cero (0) las muertes en menores de 1 año por causas atribuibles a la prestación de servicios en la Subred Centro Oriente |
| 16 | Establecer la línea base con relación al número de casos de infecciones asociadas a la inserción de dispositivo intrauterino o implante subdermico por cada 1000 días de uso continuo y realizar el 100% de seguimiento en cada vigencia |
| 17 | Prestar el servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) al 100% de las mujeres que lo soliciten y cumplan con los requisitos según la normatividad vigente incluye autorización de la EAPB. |
| 18 | Implementar las actividades que le correspondan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente para la implementación de cada una de las RIAS definidas y priorizadas por el Distrito Capital según contratación vigente y lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud |
| 19 | Prestar el 100% de los servicios solicitados por la población que le corresponden a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente según contrato vigente. |
| 20 | Identificar e intervenir los 100% de los niños y niñas trabajadores referenciados en el contrato Salud Publica - Plan de Intervenciones Colectivas (SP-PIC), en cada una de las vigencias. |
| 21 | Intervenir el 100% de las Unidades de Trabajo Informal (UTIS) referenciados en el contrato SP-PIC, en cada una de las vigencias. |
| 22 | Reducir la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas de la población usuaria del Programa de Crónicos institucional atribuible a los servicios de salud a 50 por cada 10.000 menores de 70 años según contratación vigente. |
| 23 | Establecer línea base de cobertura institucional de la detección temprana de alteraciones relacionadas con condiciones crónicas durante el curso de la vida (cardiovascular, diabetes, EPOC) de los usuarios asignados a la subred centro oriente según contratación vigente en el año 2018 y mejorar la cobertura en un 5% en el año 2019 |
| 24 | Capacitar en prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud oral al 100% de la población escolar conforme a los lineamientos del contrato SP PIC, en cada una de las vigencias. |
| 25 | Alcanzar una implementación para el año 2018 del 40% de las actividades que le correspondan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente para la RIA de Salud Mental según la contratación vigente y lineamiento de la Secretaria Distrital de Salud y para el año 2019 del 60% |
| 26 | Capacitar en pautas de crianza y protección al 100% de las familias identificadas con niños menores 10 años en el marco de la ejecución del contrato SP PIC en cada una de las vigencias. |
| 27 | Establecer la línea base en el año 2018 y mejorar en el 5% en el año 2019 la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad mental neuropsiquiatría tratados en la Subred Centro Oriente. |
| 28 | Prestar el 100% de los servicios solicitados en salud mental de la población que le corresponden a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente de acuerdo con la Ley 1616 de 2013 según contrato vigente. |
| 29 | Prestar el 100% de los servicios solicitados por la población PNA que le corresponden a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente según contrato vigente. |
| 30 | Lograr que el 100% de los usuarios diagnosticados con TBC, VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B y asignados a la Subred CO reciban los servicios de salud que requieran de acuerdo a la contratación vigente. |
| 31 | Mantener la tasa de mortalidad por neumonía, por causas atribuibles a la prestación del servicio, en cero por cada 10.000 menores de 5 años asignados a la Subred Centro Oriente |
| 32 | Reducir a 21 la tasa de mortalidad por tuberculosis en la población asignada a la Subred Centro Oriente; por causas atribuibles a la prestación de servicios por cada 10.000 habitantes |
| 33 | Reducir anualmente un día en el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de especialidades básicas, a partir de la línea base |
| 34 | Mantener en el cuatrienio la Categoría C en Colciencias en al menos un grupo de investigación |
| 35 | Mantener en el cuatrienio el certificado de buenas prácticas clínicas en investigación |
| 36 | Cumplir el 100% de las acciones, correspondientes de la Subred Centro Oriente, de los Convenios suscritos con SDS de Antonio Nariño y Libertadores de acuerdo con los cronogramas establecidos en cada vigencia |
| 37 | Cumplir el 100% de las acciones, correspondientes a la Subred Centro Oriente, de los Convenios suscritos con SDS de Diana Turbay y Altamira de acuerdo con los cronogramas establecidos en cada vigencia |

| | |
|----|--|
| 38 | Consolidar la operación de la Historia Clínica Electrónica y el sistema en línea de la Subred Centro oriente en un 100% en cada vigencia, |
| 39 | Implementar el 100% de las intervenciones de vigilancia epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA) de acuerdo con contrato SP PIC vigente. |
| 40 | Ejecutar el 100% de las visitas de monitoreo al cumplimiento de las condiciones sanitarias de establecimientos de la línea agua potable y saneamiento básico: colegios, jardines, asignados por la SDS a la Subred Centro Oriente de acuerdo con contrato SP PIC vigente. |
| 41 | Ejecutar el 100% de las visitas de monitoreo al cumplimiento de las condiciones sanitarias del 100% de establecimientos de la línea seguridad química: salas de belleza, talleres, asignados por la SDS en la Subred Centro Oriente de acuerdo con contrato SP PIC vigente. |
| 42 | Ejecutar el 100% de las visitas de monitoreo al cumplimiento de las condiciones sanitarias de establecimientos de la línea alimentos sanos y seguros: comedores comunitarios, plazas de mercado, restaurantes, asignados por la SDS a la Subred Centro Oriente de acuerdo con contrato SP PIC vigente. |
| 43 | Implementar las intervenciones de promoción y prevención de acuerdo con la meta de la población sujeto de vigilancia priorizada en el marco de la estrategia de gestión integral del riesgo en las Localidades de la Subred CO de acuerdo con contrato SP PIC vigente. |

Finalizada la exposición de la administración y según la verificación realizada al acta 01 de 2018, se tiene que

En consecuencia, los miembros de Junta Directiva, aprobaron por unanimidad la modificación del Plan de Desarrollo Institucional, quedando amparado bajo el Acuerdo No 01 de 2018, igualmente, dieron su aprobación a los Planes Operativos Anuales 2018, quedando amparado bajo el Acuerdo No. 02 de 2018.

Se procede a la verificación de los Planes Operativos Anuales aprobados por la Junta Directiva de la E.S.E. mediante acuerdo 02 de 2018, de lo que se determina que en su momento la Entidad presentó dos POAS (Misional y Apoyo), los cuales en su momento se encontraban conformados por un total de 98 metas de las cuales 59 es decir el 60% pertenecían al POA misional y el restante 40% o 39 metas corresponde al POA de apoyo, de la verificación realizada a dichos POAS se tiene que la Entidad estableció metas a 16 de los 19 procesos lo que da origen a la observación número 1.

Observación número 1: Incumplimiento de lo establecido en el anexo de Acuerdo 28 de 2016, toda vez que a partir de la vigencia 2018 la Subred dejó de establecer Planes Operativos Anuales para cada uno de los procesos y se establecieron dos POAS (Misional y Apoyo) Si bien la Entidad consolidó la información en dos POA no incluyo procesos tales como (Gestión de Mercadeo, Gestión Jurídica y Gestión de Control y Seguimiento)

En el marco del proceso de socialización de los resultados preliminares del presente documento, se obtuvo respuesta de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional mediante radicado 20201200014063 del 24 de noviembre de 2020, en los siguientes términos:

Respuesta: *Efectivamente a partir de la vigencia 2018 la Subred dejó de establecer Planes Operativos Anuales para cada uno de los procesos y se establecieron dos POAS (Misional y Apoyo), lo cual se realizó conforme a lo establecido en el Acuerdo 02 de 2018 firmado por la Presidente de Junta Directiva, no obstante, al revisar el Acuerdo 01 de 2018 “Por el cual se modifica el Acuerdo No 028 de 2016”, éste no expresa de forma explícita que la modificación es la derogación del Artículo Primero y por ende del documento que hace parte integral; lo cual origina una contradicción.*

No obstante, en el Considerando refiere “... *Que la Gerencia, con el apoyo de la Oficina Asesora de*

*Desarrollo Institucional de la Subred Centro Oriente, durante la sesión de Junta Directiva, del 31 de enero de 2018 presentó la propuesta de modificación del anexo contenido en el Acuerdo No. 028 de 2016. Que la presentación de la modificación, contempla las vigencias 2018 a 2020 y evidencia, de manera más explícita, la alineación de las metas del Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos" y del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C 2016 - 2020, con las metas del Plan de Desarrollo Institucional en el marco de las competencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E."*³

La respuesta de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no desvirtúa la observación de la OCI por lo que esta se mantiene.

Adicional a lo aquí descrito es importante indicar que el esquema de planeación adoptado mediante los Acuerdos 01 y 02 de 2018 no contempló el mecanismo de alineación por dependencias, buscando dar cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 07 de 2017, toda vez que dichos POA establecieron responsabilidades a los 16 procesos mencionados y a 2 dependencias (Subgerencia Corporativa y Subgerencia de Servicios de Salud) y en dicho acto administrativo no se estableció el mecanismo de alineación a las responsabilidades orgánicas de las restantes 19 dependencias; situación que genera incertidumbre en lo que se refiere a la evaluación de gestión por dependencias de que trata la Ley 909 de 2004.

Si bien esta Oficina considera que las decisiones de Junta Directiva como máximo órgano de dirección de la Entidad deben ser acatadas, también es cierto que es la administración es la que presenta las solicitudes de modificación de los actos proferidos por dicho estamento, así las cosas, no se evidenció en el documento anexo, soportes que permitieran establecer las modificaciones que se realizaron al documento anexo al Acuerdo 28 de 2016, limitándose a una tabla en Excel que indica entre otras el mecanismo de alineación entre el Plan de Desarrollo Distrital, el Plan Decenal de Salud y el Plan de Desarrollo Institucional, lo cual en teoría es adecuado por cuanto respeta la cascada de planeación y permite determinar cómo se aporta al cumplimiento de metas del Distrito y del Sector, no obstante lo anterior no se estableció de manera clara un mecanismo similar al presentado por la Entidad en el año 2016 en el que la Junta Directiva profirió un Plan de Desarrollo Institucional que también contenía un mecanismo similar estableciendo un total de 12 metas, lo anterior da lugar a la observación número 2.

Observación número 2. Ausencia de documento que soporte las modificaciones realizadas al Plan de Desarrollo Institucional, toda vez que el anexo del acuerdo 01 de 2018 únicamente presenta las metas a ejecutar en la vigencia y no especifica entre otras las Estrategias, despliegue, medición y proyectos, por cuanto únicamente se modificó la matriz de que trata la página 27 y subsiguientes del documento anexo al Acuerdo 28 de 2016 que indica: *“Teniendo en cuenta lo anterior y en búsqueda de un Plan de Desarrollo Institucional que mida a nivel gerencial los resultados de la ESE de acuerdo a la articulación con el Plan de Desarrollo Distrital, se establece a continuación la matriz con las estrategias que responden a los objetivos estratégicos y los indicadores de monitoreo para cada vigencia del cuatrienio”*.

³ Radicado 20201200014063

Como resultado del proceso de socialización de los resultados preliminares del presente documento, se obtuvo respuesta de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional mediante radicado 20201200014063 del 24 de noviembre de 2020, en los siguientes términos:

“Respuesta: La conceptualización que se planteó en la metodología utilizada a partir del año 2018, fue la presentada en la matriz anexa al Acuerdo 01 de 2018 “Por el cual se modifica el Acuerdo No 028 de 2016”, el cual en su CONSIDERANDO refiere:

“... Que, a través, del Acuerdo 028 de 2016, la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. aprobó y adoptó el Plan de Desarrollo Institucional de la Subred para las vigencias 2017 a 2020.

Que el pasado 6 de abril de 2017, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. culminó el periodo de transición del que trata el artículo 3° del Acuerdo 641 de 2016.

Que una vez socializado, a los miembros de la nueva Junta Directiva de la Subred Centro Oriente, el Plan de Desarrollo, aprobado mediante Acuerdo 028 de 2016; varios de los miembros, manifestaron la necesidad de alinear, de manera más explícita, el Plan de Desarrollo Institucional con el Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C 2016 - 2020 y por supuesto con el Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos".

Que la Gerencia, con el apoyo de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional de la Subred Centro Oriente, durante la sesión de Junta Directiva, del 31 de enero de 2018 presentó la propuesta de modificación del anexo contenido en el Acuerdo No. 028 de 2016.

Que la presentación de la modificación, contempla las vigencias 2018 a 2020 y evidencia, de manera más explícita, la alineación de las metas del Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos" y del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C 2016 - 2020, con las metas del Plan de Desarrollo Institucional en el marco de las competencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E...”

Sin embargo, el contenido del documento que hace parte integral del Artículo primero del Acuerdo 028 de 2016, se encuentra contenido en documentos vigentes de planeación, a saber:

- ✓ Planeación Estratégica aprobada mediante Acuerdo de Junta Directiva No 022 de 2016.*
- ✓ Armonización del Plan de Desarrollo Institucional contenida en la matriz de Excel anexa al Acuerdo 01 de 2018.*
- ✓ Despliegue, medición y seguimiento se encuentra en el ET-DE-MN-03 Manual Definición, actualización, despliegue y seguimiento del Direccionamiento Estratégico.”*

La respuesta de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no desvirtúa la observación de la OCI por lo que esta se mantiene, en este orden de ideas, la Oficina de Control Interno considera que es importante que estas observaciones sean tomadas en cuenta para futuros ejercicios de modificación de actos administrativos.

De las verificaciones realizadas al documento anexo al Acuerdo 01 de 2018, se establece que el mismo no cumple con los requisitos esenciales de un Plan de Desarrollo Institucional, lo que la lugar a la observación número 3

Observación número 3. Incumplimiento de los requisitos de un Plan de Desarrollo Institucional, toda vez que el documento anexo no contempla, objetivos, estrategias planes, entre otras, estos requisitos los ha dejado claros el Ministerio de Salud en el concepto 202011600958791, en el que indica:

En ese orden de ideas el Plan de desarrollo institucional es estratégico (metas a mediano y largo plazo), su ejecución hace parte de los indicadores que se deben evaluar dentro del Plan de gestión del gerente de una ESE, y debe incluir los objetivos institucionales, estrategias, planes, proyectos y programas, de la misma manera que debe plantear las metas de alto nivel a lograr en determinado período de tiempo (en el caso del gerente de una ESE a 4 años). Página 2.

En el marco del proceso de socialización de los resultados preliminares del presente documento, se obtuvo respuesta de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional mediante radicado 20201200014063 del 24 de noviembre de 2020, en los siguientes términos:

Respuesta: *La Ley 152 del 15 de Julio 1994 establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo y los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden. Sin embargo, en el Concepto Ministerio de Salud y Protección Social 202011600958791, Asunto: Documento de apoyo para realizar el Plan de desarrollo de una Empresa Social del Estado E.S.E si bien menciona la definición de Robbins & De Cenzo 2009 con su correspondiente referencia (Fundamentos de Administración: conceptos esenciales y aplicaciones), en la parte final de la página indica, No existe formato ni Guía de este Ministerio para la elaboración de un Plan de Desarrollo como lo plantea la consulta. Existe una guía para la GUIA PARA FORMULACIÓN DE PLANES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO TERRITORIALES. Por lo anterior, se solicita se reconsidere la observación enunciada.*

La respuesta de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional permite evidenciar lo que la Oficina de Control Interno evidenció en el proceso de auditoría, refiriendo a que no existe un tipo de documento que contemple los requisitos, sin embargo es menester recordar que el documento anexo al Acuerdo 28 de 2016, establecía en su contenido, la gran mayoría de los requisitos establece los documentos indicados en el concepto del Ministerio de Salud, por lo que esta se mantiene, en este orden de ideas, la Oficina de Control Interno considera que es importante que estas observaciones sean tomadas en cuenta para futuros ejercicios de modificación de actos administrativos o de sus correspondientes anexos

Posteriormente, mediante acuerdo 04 del 30 de enero de 2019 se presenta a la Junta Directiva solicitud para modificar tres metas y un indicador del Plan de Desarrollo Institucional, lo cual es aprobado por el estamento administrativo de la Subred, así las cosas a partir de esta fecha se modifican las siguientes metas:

Se incluye la meta número 44.

| N° | Metas Plan de Desarrollo Institucional Propuestas 2018-2020 | Meta 2019 | INDICADOR PDI |
|----|---|-----------|---|
| 44 | Cumplir el 100% de las acciones correspondientes a la Subred Centro Oriente del Convenio suscrito con SDS para la reposición y dotación de la nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios | 100% | Porcentaje de cumplimiento del Convenio |

En el mismo acuerdo, se modifican las siguientes metas

| N° | Metas Plan de Desarrollo Institucional Propuestas 2018-2020 | Meta 2019 | INDICADOR PDI |
|----|---|--|---|
| 4 | Implementar el 100% del Plan de Monitoreo y evaluación del Modelo definido por la Secretaria Distrital de Salud en la vigencia, con relación a los CAPS | 100% | Porcentaje de cumplimiento del monitoreo y evaluación del modelo definido por la Secretaria Distrital de Salud Ajuste: Indicadores específicos de acuerdo con las cinco características de los CAPS |
| 16 | Monitorear el número de casos de infecciones asociadas a la inserción de dispositivo intrauterino o implante subdermico por cada 1000 días de uso continuo y realizar el 100% de seguimiento en cada vigencia | 100% | Porcentaje de Casos de infecciones asociadas a la inserción de dispositivos intrauterino o implante subdermico de 1000 días de uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente con seguimiento |
| 18 | Implementar las actividades que le correspondan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente para la implementación de cada una de las RIAs definidas y priorizadas por el Distrito Capital según contratación vigente y lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud | RIA Materno Perinatal: 100% RIA de Salud Mental: 40% RIA Promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de la infancia: 40% RIA Cardio-cerebrovascular: Depende del lineamiento de la SDS RIA de Cáncer: Depende del lineamiento de la SDS RIA Alteraciones nutricionales; Depende del lineamiento de la SDS RIA Trastornos asociados al consumo de SPA: Depende del lineamiento de la SDS RIA Enfermedades infecciosas: Depende del lineamiento de la SDS | Porcentaje de Implementación de las actividades que le correspondan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente para la implementación de cada una de las RIAs definidas y priorizadas por el Distrito Capital según contratación vigente y lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 38 | Implementar el 90% de las actividades planeadas en la vigencia para la segunda fase de Bogotá salud digital que se compone de la interoperabilidad de la Historia Clínica y Agendamiento único Distrital | 90% | Porcentaje de cumplimiento la segunda fase de Bogotá salud digital |
|----|--|-----|--|

Es importante indicar que no se realiza seguimiento a las evidencias de cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional por cuanto no fue allegada dicha información en la respuesta remitida por la jefe de dicha oficina el 3 de noviembre de 2020, en la que indicó, entre otras:

“me permito informar que la evaluación en primer lugar es realizada por cada uno de los responsables de procesos, quienes envían a la Subgerencia correspondiente, allí realizan revisión y consolidación de los POA Misional y de POA de Apoyo, una vez consolidada la evaluación es enviada a la oficina de Desarrollo Institucional quien revisa y de acuerdo con los hallazgos realiza realimentación a cada responsable con copia a la subgerencia a través de correos electrónicos, los cuales se encuentran el correo del profesional de planeación.

La evaluación de los POAS Institucionales se realiza de forma trimestral y estos son presentados a la Junta Directiva, previamente surte un proceso de revisión en Revisoría Fiscal. En el año 2018 se realizó consolidación e informe; en la vigencia 2019 se ajustó el proceso en pro de la mejora y se requirió el envío de los soportes a los correos electrónico de la oficina de desarrollo institucional: gestionplaneación@subredcentrooriente.gov.co y a referenteplaneacion@subredcentrooriente.gov.co, quienes revisaban y consolidaba, con un proceso paralelo de realimentación a los procesos, posteriormente se entregó a la Revisoría Fiscal, quienes lo revisan y auditan trimestralmente, como se mencionó anteriormente.

Fue presentado el avance de POA en el Comité Institucional de Gestión y desempeño de la vigencia 2019 en las fechas 06 de febrero de 2019, presentando los resultados de POA 2018 y los POA 2019, el 08 de mayo de 2019 recordando las fechas de entrega y 17 de junio recordando la cascada de planeación y las fechas de entrega y cada uno de los responsables mostro el avance en su proceso.

Adicional a lo anterior el día 08 de enero de 2020 se implementó el formato CERTIFICACIÓN DE VERACIDAD Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Código: ET-DE-FT-019, en el cual cada responsable de cada meta certifica la veracidad de la información suministrada en la evaluación”⁴

Así las cosas esta Oficina considera que la solicitud no fue resuelta favorablemente limitándose a expresar el proceso de verificación realizado, sin aportar documentos soporte de la evaluación de cada una de las metas como se solicitó en el oficio 20201400010723

Se realiza verificación del documento ET-DE-MN-03 “Manual definición, actualización, despliegue y seguimiento del direccionamiento estratégico” en lo que respecta al Plan de Desarrollo Institucional evidenciando que este documento no establece de manera clara las responsabilidades, periodos, fechas de corte y procedimiento de aprobación y/o modificación que debe realizar la Entidad respecto del PDI y se limita a establecer algunas generalidades.

De las verificaciones realizadas a los Acuerdos emanados de la Junta Directiva, sus documentos anexos

⁴ Correo electrónico del 3 de noviembre de 2020.

y el manual ET-DE-MN-03 no fue posible establecer las fechas de corte del PDI, si bien la entidad menciona en algunos apartes que se rige por la Ley 152, es importante indicar que al no existir una guía o documento que establezca con claridad en que mes debe iniciar el esquema de planeación a corto y mediano plazo de que trata el Plan de Desarrollo Institucional, se generan riesgos relacionados con la ausencia de metas en ciertos periodos, para lo que es necesario que se establezca un documento que determine con claridad estos aspectos.

Seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría Distrital de Bogotá D.C.

La Oficina de Control Interno verificó en el documento suscrito con el ente de Control, determinando que a la fecha existen 3 acciones de mejoramiento relacionadas con aspectos del Plan de Desarrollo Institucional, o , información reportada como avance mediante los Planes Operativos Anuales, lo cual se presenta a continuación:

Acción 3.2.1.3 *“Diseñar y aplicar lista de verificación de consistencia, tanto de los enunciados de las metas, fórmulas operacionales de los indicadores como los resultados”*, cuyo indicador es *“Cumplimiento a la lista de verificación”*

El equipo auditor consultó el aplicativo institucional Almera el día 17 de noviembre de 2020, en búsqueda del documento que permita desde el enfoque dar inicio al cumplimiento de la acción, verificando que a la fecha, no se ha realizado el cargue de este documento, lo cual genera riesgo de incumplimiento de la acción de mejora propuesta, sobre el particular es importante indicar que la OCI en oficio 20201400006763 del 3 de julio de 2020, solicitó las evidencias que permitieran inferir el cumplimiento de la acción, sin recibir respuesta. Teniendo en cuenta lo aquí indicado, esta Oficina recomienda la implementación inmediata del documento, toda vez que el plazo para dar cumplimiento a la acción de mejora propuesta, finaliza el 15 de diciembre de 2020.

Acción 3.2.1.1 *“Solicitar concepto técnico a la Secretaria Distrital de Planeación y a Secretaria de Hacienda sobre la metodología y aplicabilidad de asignación de presupuesto a cada meta de plan de desarrollo para la Subred, y de acuerdo con el concepto se tomará la acción correctiva”* indicador *“Porcentaje de conceptos solicitado”*, esta acción de mejora se encuentra compartida con la Dirección Financiera, la Oficina Asesora Jurídica y la Oficina Asesora Desarrollo Institucional.

De las verificaciones realizadas, al hallazgo y acción de mejora 3.2.1.1, cuyo plazo de ejecución finalizó el 30 de junio de 2020, se tiene que la Secretaría Distrital de Planeación remitió por competencia a la Secretaría Distrital de Salud la *“Solicitud de concepto técnico referente a la Asignación de presupuesto a cada una de las metas del Plan de Desarrollo Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.”* no obstante, a la fecha esta oficina desconoce la respuesta otorgada por la SDS, sin embargo, es importante resaltar que la acción descrita contempla varias etapas, las cuales entre otras dependen de la respuesta que otorgue la Entidad competente, a efectos de incluir lo allí expuesto en la construcción del Plan Institucional de Desarrollo el cual se encuentra en proceso de construcción y

a la fecha no ha sido aprobado por la Junta Directiva de la E.S.E., por lo que es necesario que la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, en conjunto con las demás áreas involucradas en dicha acción generen claridad respecto de los requisitos presupuestales que debe cumplir el Plan de Desarrollo Institucional, contemplando las variables determinadas por el ente de control como hallazgo en su informe de auditoría de regularidad adelantado a la vigencia 2018.

Acción 3.2.1.2 *“Implementar la certificación de la veracidad y calidad de la información por parte de los responsables directivos de emisión de la información”*, indicador *“ Porcentaje de certificaciones de resultados de indicadores recibidas”* esta acción de mejora no cuenta con una dependencia responsable, sino que ha sido establecida a los *“Cargos responsables de la emisión de información de los indicadores del PDI y POA”*

Realizada la verificación en el aplicativo Almera, se evidenció el documento ET-DE-FT-019 del 15 de enero de 2020 denominado *“FORMATO CERTIFICACIÓN DE VERACIDAD Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN”* el cual debe ser usado por los colaboradores que reporten información; sobre este documento, se recomienda que la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, que desde su rol como segunda línea de defensa programe y documente de manera sistemática ejercicios de validación de la información reportada a efectos de detectar las desviaciones que se puedan encontrar.

FORTALEZAS

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. ha establecido un mecanismo de planeación en cascada que le permite determinar los aportes que realiza al cumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital.

La matriz anexa al Plan de Desarrollo Institucional aprobado en la vigencia 2018 se encuentra publicada en la página web, así como la actualización presentada en la vigencia 2019.

ASPECTO POR MEJORAR

Es necesario que la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realice una adecuada gestión a las peticiones que deban tramitarse, lo anterior por cuanto la información utilizada como insumo para el presente informe se solicitó mediante radicado 20201400010723 del 29 de septiembre, estableciendo como fecha para entrega de la información el 14 de octubre de 2020, no obstante lo anterior, la respuesta a esta solicitud se produjo de manera extemporánea el 3 de noviembre de 2020, así las cosas es importante indicar que esta actitud vulnera lo establecido en la Ley 87 de 1993 y el Artículo 151 del Decreto 403 de 2020, que indica:

Artículo 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma.

Establecer un documento que determine las fechas de corte de la Planeación, indicando las fechas en que se debe dar inicio al proceso de preparación, consulta, recolección de información, presentación y aprobación del PDI por parte de la Junta Directiva de la E.S.E

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

En el presente ejercicio no se identificaron hallazgos, sin embargo la Oficina de Control Interno presentó tres observaciones a efectos de avanzar en la consolidación de la Planeación Institucional.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Verificada la información que se encuentra disponible en el aplicativo Almera, se tiene que respecto del ejercicio de Planeación, el proceso de Dirección Estratégico ha identificado los siguientes riesgos:

| Riesgo | Probabilidad | Impacto | Zona de Riesgo | Controles |
|--|--------------|----------|----------------|-----------|
| Inoportunidad del seguimiento y monitoreo de la planeación institucional para la toma de decisiones | Probable | Mayor | Alto | 1 |
| Desarticulación de la planeación institucional con el contexto local (Plan de Desarrollo Distrital y Plan de Desarrollo Territorial) | Probable | Menor | Moderado | 1 |
| Contratar un objeto que no garantice el beneficio para los usuarios y el balance financiero. | Probable | Moderado | Alto | 1 |
| Incumplimiento del objeto contractual y/o cláusulas contractuales | Probable | Mayor | Alto | 1 |
| Incumplimiento del objeto contractual y/o cláusulas contractuales de los convenios de infraestructura y/o dotación. | Probable | Mayor | Alto | 1 |
| Reporte de información no validada | Probable | Moderado | Alto | 1 |
| Inoportunidad en el envío de información | Probable | Moderado | Alto | 1 |
| Deficiencia en la formulación de proyectos | Posible | Moderado | Moderado | 1 |

Tomando como referente la auditoria que se adelanta al PDI, se tiene que de los 8 riesgos identificados, tres tienen relación con aspectos de planeación institucional, los cuales se presentan a continuación:

Inoportunidad del seguimiento y monitoreo de la planeación institucional para la toma de decisiones, el control establecido es: *“Directriz gerencial donde establece los tiempos para la entrega de información”* de la información entregada por la OADI se tiene que dicha directriz se dio en el *“Comité Institucional de Gestión y Desempeño de fecha 08 de mayo de 2019 y junio 17 de 2019”*; revisada la información publicada en Almera, respecto del seguimiento a este riesgo, se tiene que: *“Para la evaluación del POA del cuarto trimestre se envió oficio a cada uno de los responsables de la entrega de la información, el POA Apoyo Orfeo Rad 20201200000063 de fecha 02-01-2020 y el Orfeo Rad 20201200000073 de fecha 03-01-2020. Y para este cuarto trimestre se logró que 7 de las 14 áreas entregaran oportunamente y fueron: 1. Gestión Integral del Riesgo en Salud, del Riesgo, 2. Gestión del Conocimiento, 3. Plan de Intervenciones Colectivas- PIC, 4. Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, 5. Dirección administrativa, 6. Talento Humano, 7. Financiera dio respuesta que no podía entregar la información financiera hasta el cierre que es en febrero.*

Las áreas que no entregaron oportunamente fueron: 1. Sistemas de Información TICS, 2. Servicios ambulatorios, 3. Servicios Hospitalarios, 4. Servicio de Urgencias, 5. Servicios complementarios, 6. Oficina de Calidad, 7. Subgerencia de Servicios de Salud”⁵

Considera esta Oficina que la información reportada genera una materialización del riesgo, lo que indica que el control establecido no es lo suficientemente fuerte para impedir dicha situación, así las cosas es necesario que se determine un control con mayor solidez que permita gestionar este riesgo de manera adecuada.

Desarticulación de la planeación institucional con el contexto local (Plan de Desarrollo Distrital y Plan de Desarrollo Territorial cuyo control es *“(Manual de Direccionamiento Estratégico) Revisión y articulación del Plan de Desarrollo del Distrito en el contexto institucional y la articulación de las metas”* revisada la información publicada en Almera, respecto del seguimiento a este riesgo, se tiene que *“El ejercicio de actualización del POA Misional y de Apoyo se aprobó mediante Acuerdo de Junta Directiva 03 del 29 enero 2020. Durante el trimestre se realizó la propuesta de actualización del Direccionamiento Estratégico 2020-2024 enviado a la Secretaria Distrital de Salud. La armonización con el Plan de Desarrollo Distrital y Plan de Desarrollo Territorial se realizara una vez se cuente con estos documentos aprobados”*

En consideración a lo expuesto, esta Oficina considera pertinente recomendar que el proceso de articulación de la planeación cuente con un documento que permita establecer de manera clara cada una de las metas que aportan al cumplimiento de las metas de Distrito, lo anterior por cuanto el documento en que se presentó la alineación del Plan de Desarrollo Institucional aprobado mediante acuerdo 01 de 20185, se compone de una matriz en Excel.

La Oficina de Control Interno, identificó riesgos que fueron descritos en el desarrollo del presente informe,

por lo que se recomienda a la OADI determinar la pertinencia de incluirlos en la matriz institucional de riesgos.

SEGUIMIENTO A POLÍTICAS

Para el presente proceso de auditoria no se realizó seguimiento a Políticas.

CONCLUSIONES

Para la realización de la presente auditoría se aplicaron Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, las pruebas fueron efectuadas mediante muestreo estadístico que por consiguiente pueden no haber cubierto la verificación de la efectividad de todas las medidas de control del proceso.

FIRMAS

JOHN ALEJANDRO JARAMILLO SANTA
Jefe Oficina Control Interno

ANEXOS