

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA**  
**AUDITORÍA ESPECIFICA EN RIESGOS – PROCESO PROVISIÓN DE SERVICIOS EN**  
**SALUD – DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS EN SALUD**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**AUDITOR (ES):**  
**LÍDER: SAIDA FERNANDA TARAZONA SAAD**

**REVISADO POR:**  
**OLGA LUCIA VARGAS COBOS**  
**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**BOGOTÁ, OCTUBRE 2018**  
**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD**

## Contenido

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	3
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	4
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	4
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	5
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	17
9. NO CONFORMIDADES.....	17
10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS.....	17
11. CONCLUSIONES.....	17

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

## 1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.

Verificar y evaluar las acciones desplegadas por el Proceso Provisión de Servicios en Salud dentro de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, en lo que respecta a la Política de administración de Riesgos en la SDS, para la vigencia fiscal 2017; Asimismo, determinar el grado de cumplimiento de las acciones propuestas por el proceso en referencia, frente la auditoría realizada sobre el particular para el año 2016.

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.

- Realizar la revisión de las competencias generales que como entidad territorial se tienen frente a la labor del proceso auditado y su cubrimiento en la definición de los riesgos.
- Evaluar la efectividad de la política de Administración del Riesgo; evidenciar mediante la aplicación de listas de verificación, que en el proceso en examen se desarrolla una adecuada administración de los riesgos con él relacionados.
- Realizar seguimiento y evaluación a las actividades de control, acordadas para la consecución de los objetivos y metas estratégicas. Verificar la aplicación de controles establecidos para los riesgos formulados, enfatizando en los de evaluación extrema (si se estima conveniente de acuerdo a la complejidad), los no identificados, etc.
- Promover la dinamización de la gestión y la mejora continua.
- Los demás que surjan dentro del desarrollo y ejecución de la auditoría relacionados con el alcance de la misma.

## 3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

La auditoría en relación se desarrolló en las Instalaciones de la SDS, Oficinas Dirección de Provisión de Servicios de Salud y Control Interno, entre el 30 de julio y el 17 de agosto de 2018. El periodo a evaluar se circunscribe a la vigencia 2017 y comprendió la verificación de la información contemplada en los componentes de gestión, la representación de los riesgos del proceso, sus controles y procedimientos, conforme al objeto y alcance descrito para la práctica de la presente prueba.

## 4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

- Política sobre la Administración del Riesgo de la SDS.
- Representación de riesgos de gestión del proceso.
- Procedimientos establecidos dentro del proceso.
- Controles establecidos dentro del proceso.
- Caracterización de los procesos
- Planes de mejoramiento propuesto frente a la Auditoría practicada en la vigencia 2016.
- Evaluación de gestión del riesgo 2017.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

- Normatividad aplicable al proceso.
- Las demás que se estimen pertinentes.

## 5. MARCO LEGAL.

- **Constitución Nacional, (Arts.116, 209 y 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 489 de 1998** *“Estatuto Básico de organización y Funcionamiento de la Administración Pública”*
- **Decreto 2145 de 1999** *“Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones”.*
- **Ley 1474 de 2011,** *“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. “Artículo 73. “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.*
- **Ley 1437 de 2011** *“Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”*
- **Decreto Nacional 019 de 2012** *“Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración Pública.”*
- **Decreto 507 de 2013** *“Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.”*
- **Decreto 1083 de 2015,** *“Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de la Función Pública.”*
- **Ley 1751 de 2015** *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”*
- **Decreto 648 de 2017** *“Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.”*
- **Decreto 215 de 2017** *“Por el cual se definen criterios para la generación, presentación y seguimiento de reportes del Plan Anual de Auditoría, y se dictan otras disposiciones.”*
- **Lineamiento para la gestión de Riesgos de la Secretaría Distrital de Salud – Cod. SDS-PYC-LN-12 V.2.**
- **Mapa de riesgos del Proceso.**
- **Manual de Procesos y Procedimientos SDS.**

## 6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

La auditoría se efectúa como evaluación independiente, mediante pruebas de cumplimiento; corresponde a un proceso programado de tipo interno que incorpora los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno; mediante la aplicación del método PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) con la siguiente secuencia:

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

### Planear:

- ✓ Revisión normativa y documental del proceso con alcance de ciudad.
- ✓ Consulta grupal de expertos y auditorías anteriores.
- ✓ Elaboración del programa de auditoría y plan de auditoría.
- ✓ Definición de los objetivos, el alcance y cronología de ejecución, que se entregan dentro del plan de auditoría.
- ✓ Preparar la auditoría de campo, papeles de trabajo. Se elaboran papeles de trabajo como es la lista de verificación avalada por el Jefe de la Oficina de Control Interno.

### Hacer:

- ✓ Auditoría de campo.
- ✓ Recolección y verificación de la información.

### Verificar:

- ✓ Socialización a grupos de expertos de los hallazgos y su consideración.
- ✓ Entrega de Informe preliminar de auditoría.
- ✓ Reunión de Cierre
- ✓ Entrega de informe final
- ✓ Solicitud de planes de mejora de las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas

### Actuar:

- ✓ Actividades Complementarias.

Orientación para la formulación del plan de mejora con las acciones correctivas para las No conformidades u Oportunidades de mejora que llegaren a resultar de la evaluación.

Aporte al consolidado de la Oficina de Control Interno, de evaluación de la gestión del riesgo institucional.

## 7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

Sea lo primero indicar que, según cronograma de actividades para el desarrollo de la presente prueba fue programada la mesa de apertura para el día 8 de agosto de 2018, diligencia que no fue posible practicarse por inasistencia del proceso auditado.

En desarrollo de las visitas de campo, se practicaron 3 entrevistas al proceso con los líderes técnicos de los ejes temáticos del proceso (14, 15 y 16 de agosto) las cuales se encuentran documentadas en la carpeta contentiva de la auditoría que nos ocupa; abordándose específicamente la implementación y desarrollo de la Política y Administración del riesgo dentro del proceso.

Ahora bien, es menester señalar que en virtud del artículo 17 del Acuerdo Distrital 641 de 2016<sup>1</sup> se creó Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud, Entidad de Ciencia y Tecnología reguladas en el Decreto Ley 393 de 1991, de naturaleza mixta sin ánimo de lucro organizada como corporación, con autonomía administrativa y financiera, vinculada al sector salud del Distrito Capital y cuyo objeto social se circunscribe a la realización de actividades de investigación, desarrollo e innovación relacionadas con medicina transfusional, terapia e ingeniería tisular y celular avanzada, medicina regenerativa, medicina de laboratorio y centro de formación del talento humano.

Esta Entidad entró en operación a partir del 1 de marzo de 2017, por lo que la Dirección auditada paso de cuatro (4) áreas funcionales para el desarrollo de las competencias atribuidas legalmente<sup>2</sup>, a tres (3); esto es:

1. Red de Donación y Trasplantes
2. Red Distrital de Sangre y Terapia Celular
3. Redes de Prestación de Servicios en Salud.

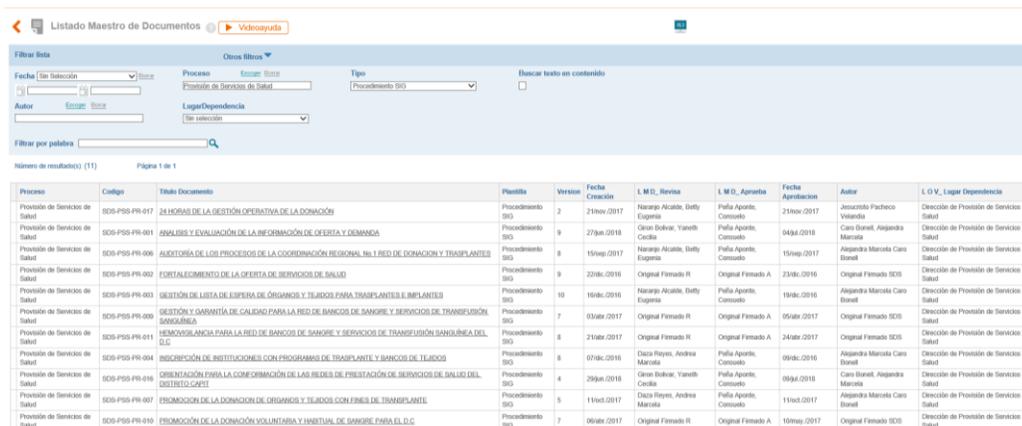
En consonancia con lo anterior, al examinar la caracterización del proceso Cód. SDS-PSS-CAR.001 cuya vigencia exhibe 22 de septiembre de 2017 se entiende actualizada acorde a la eliminación de actividades del antiguo Hemocentro Distrital, e identificando productos que no se habían considerado en el anterior instrumento. Frente a éste, se advierte que cuenta con la descripción del objetivo del proceso, su alcance, se identifican los proveedores, el origen, las entradas, las salidas y sus usuarios.

En lo que respecta a la gestión documental, reposa en el aplicativo ISOLUCIÓN 11 Procedimientos SIG, 137 Formatos, 6 Guías, 7 Instructivos, 11 Lineamientos, 1 Manual y 2 Protocolos; tal y como se exhibe en las capturas de pantalla abajo insertas:

## ILUSTRACIONES I A VII

### Capturas de pantalla ISOLUCION

### PROCESO PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD



Proceso	Código	Título Documento	Plantilla	Version	Fecha Creación	L.M.D., Revisó	L.M.D., Aprueba	Fecha Aprobación	Autor	L.O.V., Lugar Dependencia
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-017	24 HORAS DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN	Procedimiento SIG	2	21nov-2017	Narango Alcalde, Betty Espinosa	Pellá Aponte, Camilo	21nov-2017	Josacinto Pacheco	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-001	ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE OFERTA Y DEMANDA	Procedimiento SIG	9	27jul-2018	Gloria Salazar, Yaneth Cecilia	Pellá Aponte, Camilo	04jul-2018	Caro Bonell, Alejandra Marcial	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-006	AUDITORIA DE LOS PROCESOS DE LA COORDINACIÓN REGIONAL No. 1 RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES	Procedimiento SIG	8	15sep-2017	Narango Alcalde, Betty Espinosa	Pellá Aponte, Camilo	15sep-2017	Alejandra Marcial Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-002	FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	Procedimiento SIG	9	22jul-2016	Narango Alcalde, Betty Espinosa	Original Firmado R	23jul-2016	Original Firmado SDG	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-003	GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTES E IMPLANTES	Procedimiento SIG	10	10jul-2016	Narango Alcalde, Betty Espinosa	Pellá Aponte, Camilo	10jul-2016	Alejandra Marcial Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-005	GESTIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD PARA LA RED DE BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DEL D.C.	Procedimiento SIG	7	03jul-2017	Original Firmado R	Original Firmado A	05jul-2017	Original Firmado SDG	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-011	HEMORRAGIA PARA LA RED DE BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DEL D.C.	Procedimiento SIG	8	21jul-2017	Original Firmado R	Original Firmado A	24jul-2017	Original Firmado SDG	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-004	ORGANIZACIÓN DE INSTITUCIONES CON PROGRAMAS DE TRASPLANTE Y BANCOS DE TEJIDOS	Procedimiento SIG	8	07jul-2016	Daza Reyes, Andrea Marcial	Pellá Aponte, Camilo	09jul-2016	Alejandra Marcial Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-010	ORGANIZACIÓN EN LA CONFORMACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL	Procedimiento SIG	4	29jul-2016	Gloria Salazar, Yaneth Cecilia	Pellá Aponte, Camilo	09jul-2016	Caro Bonell, Alejandra Marcial	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-007	PREVENCIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE	Procedimiento SIG	5	11jul-2017	Daza Reyes, Andrea Marcial	Pellá Aponte, Camilo	11jul-2017	Alejandra Marcial Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Procesos de Servicios de Salud	SDS-PSS-PR-010	PREVENCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA Y HABITUAL DE SANGRE PARA EL D.C.	Procedimiento SIG	7	06jul-2017	Original Firmado R	Original Firmado A	10jul-2017	Original Firmado SDG	Dirección de Provisión de Servicios de Salud

<sup>1</sup> "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"

<sup>2</sup> Artículo 25 Decreto 507 de 2013.





Tareas Documentación Auditoría Mejora Riesgos DAFF

Listado Maestro de Documentos [Videoayuda](#)

**Filtrar lista** Otros filtros

Fecha [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Proceso [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Tipo [Sin Selección] Buscar texto en contenido

Autor [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Lugar/Dependencia [Sin Selección]

Filtrar por palabra

Número de resultado(s) (11) Página 1 de 1

Proceso	Código	Título Documento	Plantilla	Versión	Fecha Creación	L.M.D., Revisa	L.M.D., Aprueba	Fecha Aprobación	Autor	L.O.V., Lugar Dependencia
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-006	LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE LA COCEREB	Lineamiento	4	07/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-010	LINEAMIENTOS DE ACTIVIDADES DE MODULACIÓN DE LA COORDINACIÓN REGIONAL N.1 RED DE DONACION Y TRASPLAS	Lineamiento	1	09/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-002	LINEAMIENTOS DE AUDITORIA EXTERNA DE LA COORDINACIÓN REGIONAL N1	Lineamiento	2	09/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-007	LINEAMIENTOS DE DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DEL HOSIADO EN LA CERVINRET	Lineamiento	2	07/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-005	LINEAMIENTOS DE DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DEBEN EN LA CERVISOT	Lineamiento	2	07/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-009	LINEAMIENTOS DE GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN DE LA COORDINACIÓN REGIONAL N.1	Lineamiento	3	09/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-011	LINEAMIENTOS DE LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA COORDINACIÓN REGIONAL N.1 RED DE DONACION Y TRASPLAS	Lineamiento	1	09/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-008	LINEAMIENTOS PARA ASIGNACIÓN DE TURNOS PARA RESCATE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CERVISOT	Lineamiento	2	07/06/2016	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-015	LINEAMIENTOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN EN EPS GENERADORA.001	Lineamiento	1	16Jun/2016	Belañcoff Milneir, Alejandra Naldin	Puñá Aporté, Constanza	13Jul/2016	Liliana Elizabeth Lopez Sevilla	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-003	LINEAMIENTOS SISTEMA DE INFORMACION CERVI	Lineamiento	2	23/06/2016	Original Firmado R	Original Firmado A	27/06/2016	Original Firmado SDS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-LN-004	PROMOCIÓN A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTES	Lineamiento	2	30/06/2015	Díaz Reyes, Andrea Marcela	Puñá Aporté, Constanza	09/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Tareas Documentación Auditoría Mejora Riesgos DAFF

Listado Maestro de Documentos [Videoayuda](#)

**Filtrar lista** Otros filtros

Fecha [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Proceso [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Tipo [Manual] Buscar texto en contenido

Autor [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Lugar/Dependencia [Sin Selección]

Filtrar por palabra

Número de resultado(s) (1) Página 1 de 1

Proceso	Código	Título Documento	Plantilla	Versión	Fecha Creación	L.M.D., Revisa	L.M.D., Aprueba	Fecha Aprobación	Autor	L.O.V., Lugar Dependencia
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-MN-010	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN LAS UNIDADES NEONATALES	Manual	1	13/06/2016	Silveira Rodriguez, Aracely	Puñá Aporté, Constanza	13/06/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Tareas Documentación Auditoría Mejora Riesgos DAFF

Listado Maestro de Documentos [Videoayuda](#)

**Filtrar lista** Otros filtros

Fecha [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Proceso [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Tipo [Protocolo] Buscar texto en contenido

Autor [Sin Selección] [Desde] [Hasta] Lugar/Dependencia [Sin Selección]

Filtrar por palabra

Número de resultado(s) (2) Página 1 de 1

Proceso	Código	Título Documento	Plantilla	Versión	Fecha Creación	L.M.D., Revisa	L.M.D., Aprueba	Fecha Aprobación	Autor	L.O.V., Lugar Dependencia
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-PT-002	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO DEL DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA	Protocolo	2	04Nov/2016	Hanappé Alcalá, Betty Eugenia	Puñá Aporté, Constanza	11Nov/2016	Aljandra Marcela Caro Bonell	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Provisión de Servicios de Salud	SDS-PSS-PT-001	PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE DONANTES POTENCIALES	Protocolo	1	12Mar/2016	Belañcoff Milneir, Alejandra Naldin	Herman Roberto Gomez	13Mar/2009	Profesionales del Área	Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Fuente: *Aplicativo ISOLUCION*

A su turno, en lo que incumbe a la representación de los potenciales eventos negativos que pudiesen entorpecer el normal desarrollo de la gestión y por ende los objetivos de la SDS, fueron plasmados para la vigencia 2017 en el respectivo mapa identificándose para ese entonces siete (7) riesgos con la numeración PSS 7, PSS 8, PSS 10, PSS 11, PSS12, PSS 13, PSS 15 contando con 11 controles; lo anterior, en habida consideración al ejercicio practicado por el proceso en lo que a la administración del riesgo se refiere, visto en un acta reunión del 2 y 3 de marzo de esa anualidad, por la cual se revisó y se actualizaron sus riesgos, conforme a la autoevaluación agotada para diciembre de 2016.

Como resultado, se resolvió adecuar la representación de los riesgos de la siguiente forma:

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

Supresión en el mapa del proceso de los riesgos Nos. PSS1,PSS2,PSS3,PSS4, PSS5 y PSS 6 atendiendo a la creación del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.

Para el Riesgo PSS 7 *“Disminución de la tasa de Donación voluntaria y habitual de la Sangre en Bogotá”* Se ajustó la herramienta de control *“Sistemas de información y por los programas establecidos por la Red de Sangre”*, la frecuencia en el control 2 se ajustó para Hemovigilancia de trimestral a mensual; de igual manera la herramienta de control *“Sistema de Información de la Red de Sangre – Supervisión y auditoria a los Bancos y por los programas establecidos por la Red de Sangre”* . Finalmente, para el control 3 se cambió la frecuencia a trimestral.

En lo que respecta al riesgo PSS9, fue extraído del mapa de riesgos con fundamento a lo preceptuado en el artículo 3 de la Ley 1805 de 2016<sup>3</sup> Concluyéndose basado en este precepto normativo, lo que literalmente se transcribe a continuación:

*“...Por lo anterior no se requiere contar con talento humano en cada localidad para la promoción de la Donación de Órganos y tejidos con fines de trasplantes que aumente la cultura de la donación, porque la CRNI-RDT está realizando (en conjunto con todos sus procesos ) la realización del programa de garantía de la promoción de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante “hospital generados de vida”; así que con la ley y la estrategia mencionada se aumenta el número de donantes de órganos y tejidos, tanto en Bogotá D.C. como en los departamentos de jurisdicción de la Regional”*

El riesgo numerado PSS10 fue redefinido así *“Fallas en los medios de comunicación y tecnologías utilizadas por el grupo de modulación, para el desarrollo oportuno de la gestión operativa de la donación”*; asimismo, se ajustó el control a *“Verificar que la tecnología se renueve periódicamente para dar cumplimiento a las necesidades del servicio de modulación”*: Por último, la frecuencia se estableció en trimestral y la bitácora como parte de la herramienta de control fue suprimida.

El riesgo PSS11 fue redefinido así: *“No inscripción de las IPS Trasplantadora de Órganos, Tejidos y Bancos de Tejidos ante la Coordinación Regional No. 1 Red de Donación de Trasplantes mediante el aplicativo RedDataINS, en el marco de la Circular 038 de 2016”* Puntualizándose como consecuencia que las IPS trasplantadoras no pudiesen realizar el Transplante. También se ajustó la redacción de un control y su frecuencia; como a su vez, se ajustó el control *“Verificación mediante técnicas de auditoría de cumplimiento normativo de las IPS Trasplantadoras de órganos y tejidos y Bancos de Tejidos”* como su herramienta de control y su frecuencia a semestral.

En el riesgo PSS13 se ajustó la causa, situación que conllevó a redefinirlo<sup>4</sup> tal y como se observa en el mapa de riesgos vigente para ese entonces.

<sup>3</sup> ARTÍCULO 3o. Modifíquese el artículo 2o de la Ley 73 de 1988, el cual quedará así:

Artículo 2o. Se presume que se es donante cuando una persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento.

PARÁGRAFO 1o. La voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida por sus deudos y/o familiares.

<sup>4</sup> “Que las respuestas desde el sector, en términos de la organización y gestión de los servicios de salud, no correspondan con las necesidades más relevantes en salud y las expectativas de la población.”

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

Se retira del mapa de riesgos el numerado PSS14 con fundamento en que el proyecto de inversión 1187-Gestión Compartida del Riesgo y Fortalecimiento de la EPS capital Salud, no maneja recursos de fuentes cedidas, sino recursos de aporte ordinario.

Para el Riesgo PSS15 se ajustó su causa y los controles Nos. 1 y 2.

A este tenor y con sujeción al lineamiento Institucional para la Gestión del Riesgo de la SDS Cód. SDS-PYC-LN-12 V.2 vigente para ese entonces, se constata el desarrollo de un método sistemático para la identificación, análisis (clasificación y evaluación) y valoración de los riesgos del proceso auditado (vigencia 2017).

Por su parte, las autoevaluaciones realizadas semestralmente (agosto y diciembre de 2017) revelan que dichos riesgos se manejaron a través de 11 controles de naturaleza preventiva, y cuya zona de riesgo (inherente) correspondió a 3 en zona Alta, 1 extrema y 3 moderada; en cuanto a los riesgos residuales, se determinó que 4 de ellos se encontraban en zona alta y 3 en zona moderada. Asimismo, que se poseen herramientas para ejercer el control (10), hay manuales, instructivos o procedimientos para su manejo (11) y que los mismos han respondido con efectividad; lo que ha impedido la materialización de los riesgos previstos.

Ahora bien, también en dicho documento se previó la actualización del mapa de riesgos conforme a la normatividad que rige el quehacer, ajustar la redacción de los riesgos a efectos de diferenciarlos con sus consecuencias y actualizar los procedimientos asociados.

En este punto, es importante mencionar que en desarrollo de las entrevistas se solicitaron las evidencias pertinentes que acreditaran el despliegue de las acciones para contener la materialización de los riesgos previstos; entre otras, se aportaron las siguientes:

## ILUSTRACIONES VIII A XVII PROCESO PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

### Remisión de soportes

 Duran Arango, Ricardo  
mar 14/03, 16:19

Tatiana Ibañe, Saida Fernanda; Pardo Oca, Carlos Julio; Narango Alcázar, Betty Eugenia; Díaz Reyes, Andrea Marcela

Responder a todos

Bandeja de entrada

soportes riesgo 1-TRAS...  
19:08

descargar Guardar en OneDrive - Saludcapital

Cordial saludo Dra Salud, se adjunta a la presente acorde a los compromisos definidos en la auditoría de seguimiento a riesgos realizada en la mañana de hoy, los soportes y solicitudes de las acciones adelantadas por esta Dirección para gestionar los riesgos definidos en el mapa para el proceso de Donación y Trasplantes.

Riesgo 1:

Fallas en los medios de comunicación y tecnologías utilizados por el grupo de Modulación, para el desarrollo oportuno de la gestión operativa de la donación.

Adjuntamos soportes que dan cuenta a la Dirección TIC solicitando apoyo y soporte tecnológico ante eventuales fallas en el proceso 24 horas Gestión Operativa de la Donación y al Instituto Nacional de Salud, solicitando ajustes en el aplicativo RedDataNS.

Riesgo 2:

No inscripción de la IPS Transplantadora de Órganos, Tejidos y Bancos de Tejidos ante la Coordinación Regional No.1 - Red de Donación y Trasplantes mediante el aplicativo RedDataNS, en el marco de la Circular 038 de 2016.

Adjuntamos archivo con pantallazos del aplicativo RedDataNS en donde se encuentran las instituciones inscritas de la Regional N1 y las evidencias de la validación y seguimiento para la inscripción de las IPS.

Riesgo 3:

Asignación de componentes anatómicos con fines de trasplante sin tener en cuenta los resultados de la aplicación de criterios técnicos para la distribución.

Adjuntamos acta de visita de seguimiento, el formato utilizado para realizar las auditorías y un ejemplo del correo enviado de distribución a las IPS transplantadoras y otros actores de la red. Frente al seguimiento a paciente trasplantado, de acuerdo al criterio de confidencialidad del proceso de trasplantes, de ser necesario podrán ser evidenciados directamente en la Coordinación Regional N1 - Red de Donación y Trasplantes.

Los procedimientos y las acciones de mejoramiento definidas en auditorías anteriores podrán ser evidenciadas en el aplicativo Isolucion, mejora - acciones correctivas.

Atento a sus observaciones



RICARDO DURÁN ARANGO  
Protección Operativa  
Oficina de Prevención de Servicios  
Formación 2017



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL  
INFORME DE AUDITORIA  
Código: SDS-ESC-FT-003 V.6

Elaborado por: Rocio Zabala  
Revisado por: Olga Lucia Vargas  
Cobos  
Aprobado por: Olga Lucia Vargas  
Cobos



**RIESGO: Fallas en los medios de comunicación y tecnologías utilizadas por el grupo de Modulación, para el desarrollo oportuno de la gestión operativa de la donación.**

MEMORANDO

PARA: ARLETH PATRICIA SAURETH CONTRERAS  
Directora TIC

DE: DIRECTORA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ASUNTO: Solicitar Apoyo contingencias de Contratación.

Reciba un cordial saludo.

Dadas las contingencias tendientes durante los años 2014 y 2015 y por solicitud de la dirección de control interno, de la manera más ágil se solicitan el soporte y apoyo de una persona (ingenero de Sistemas), que cubra el tiempo en que se encuentre sin contrato o se tenga alguna contingencia por parte del referente técnico de sistemas de información de la Coordinación de la Regional No. 1 - Red de Tránsplantes, con el fin de asegurar la actividad que se debe realizar diariamente correspondiente al manejo de listas de espera (Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón y Córnea), en la cual se debe hacer copia de los datos de los receptores, validar y corregir la información y control de calidad de los datos, que se registra en las bases de datos del nivel Nacional.

Es una prioridad mantener las listas de espera actualizadas diariamente realizando el respectivo ingreso de nuevos receptores. Estas listas actualizadas permiten verificar el estado de los receptores, para dar la información fehaciente. Es muy importante esta actualización diaria ya que de ella depende la calidad y confiabilidad de la información almacenada en la base de datos de distribución, información relevante para la asignación de componentes anatómicos a pacientes que se encuentran en dichas listas de espera. El no contar con la información actualizada al 100%, no permite garantizar que se realice una distribución de un componente anatómico de forma correcta y transparente.

Cordialmente,  
Eduardo Peña Zapate

CONSEJO PENASAPONTE

Cia. 32 No. 12-81  
Tel. 364 3012  
www.saludbogota.gov.co  
Info. 364 3608

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

MEMORANDO

PARA: MARTHA LUCIA COPINA MARTINEZ  
Directora de Atención al Paciente

DE: ASISTENTE ADMINISTRATIVO

ASUNTO: Solicitar Apoyo contingencias de Contratación.

Reciba un cordial saludo.

Dadas las contingencias tendientes durante los años 2014 y 2015 y por solicitud de la dirección de control interno, de la manera más ágil se solicitan el soporte y apoyo de una persona (ingenero de Sistemas), que cubra el tiempo en que se encuentre sin contrato o se tenga alguna contingencia por parte del referente técnico de sistemas de información de la Coordinación de la Regional No. 1 - Red de Tránsplantes, con el fin de asegurar la actividad que se debe realizar diariamente correspondiente al manejo de listas de espera (Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón y Córnea), en la cual se debe hacer copia de los datos de los receptores, validar y corregir la información y control de calidad de los datos, que se registra en las bases de datos del nivel Nacional.

Es una prioridad mantener las listas de espera actualizadas diariamente realizando el respectivo ingreso de nuevos receptores. Estas listas actualizadas permiten verificar el estado de los receptores, para dar la información fehaciente. Es muy importante esta actualización diaria ya que de ella depende la calidad y confiabilidad de la información almacenada en la base de datos de distribución, información relevante para la asignación de componentes anatómicos a pacientes que se encuentran en dichas listas de espera. El no contar con la información actualizada al 100%, no permite garantizar que se realice una distribución de un componente anatómico de forma correcta y transparente.

Cordialmente,  
Eduardo Peña Zapate

CONSEJO PENASAPONTE

Cia. 32 No. 12-81  
Tel. 364 3012  
www.saludbogota.gov.co  
Info. 364 3608

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

MEMORANDO

PARA: MARTHA LUCIA COPINA MARTINEZ  
Directora de Atención al Paciente

DE: ASISTENTE ADMINISTRATIVO

ASUNTO: Solicitar Apoyo contingencias de Contratación.

Reciba un cordial saludo.

Dadas las contingencias tendientes durante los años 2014 y 2015 y por solicitud de la dirección de control interno, de la manera más ágil se solicitan el soporte y apoyo de una persona (ingenero de Sistemas), que cubra el tiempo en que se encuentre sin contrato o se tenga alguna contingencia por parte del referente técnico de sistemas de información de la Coordinación de la Regional No. 1 - Red de Tránsplantes, con el fin de asegurar la actividad que se debe realizar diariamente correspondiente al manejo de listas de espera (Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón y Córnea), en la cual se debe hacer copia de los datos de los receptores, validar y corregir la información y control de calidad de los datos, que se registra en las bases de datos del nivel Nacional.

Es una prioridad mantener las listas de espera actualizadas diariamente realizando el respectivo ingreso de nuevos receptores. Estas listas actualizadas permiten verificar el estado de los receptores, para dar la información fehaciente. Es muy importante esta actualización diaria ya que de ella depende la calidad y confiabilidad de la información almacenada en la base de datos de distribución, información relevante para la asignación de componentes anatómicos a pacientes que se encuentran en dichas listas de espera. El no contar con la información actualizada al 100%, no permite garantizar que se realice una distribución de un componente anatómico de forma correcta y transparente.

Cordialmente,  
Eduardo Peña Zapate

CONSEJO PENASAPONTE

Cia. 32 No. 12-81  
Tel. 364 3012  
www.saludbogota.gov.co  
Info. 364 3608

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

RedDataINS

Reportes Listas Espera

TEM_AJUSTE	TEC_AJUSTE	TEC_RECIBIDO	USUARIO	OBSERVACION	NOMBRE_REGIONAL
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)
1	NO	NO	Administrador SIG	NO EXISTE FECHA EN LOS FORMATOS UCAEL	Secretaria (Directora de Salud de Bogotá Regional 1)

**RIESGO: No inscripción de la IPS Trasplantadora de Órganos, Tejidos y Bancos de Tejidos ante la Coordinación Regional No.1- Red de Donación y Trasplantes mediante el aplicativo RedDataINS, en el marco de la Circular 038 de 2016.**





 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

De otra parte, al revisar a la matriz de riesgos formulada para el 2018 la cual reposa en el archivo en el aplicativo ISOLUCION se advierte:

- Riesgos identificados: 8
- Controles: 13
- Zona de Riesgo:
  - Moderada 3
  - Alta 5

De igual manera se constata la inclusión de un (1) riesgo no contemplado en la representación proyectada para la vigencia 2017, el descrito como:

**Riesgo: “Asignación de componentes anatómicos con fines de transplante sin tener en cuenta los resultados de la aplicación de criterios técnicos para la distribución”**

Probabilidad de ocurrencia: Raro

Impacto: Moderado

Evaluación: Moderada

Controles: 2 “Enviar mediante correo electrónico del resumen de distribución de la Regional 1 – Transplante renal a IPS Transplantadoras y la Coordinación Regional 1, para verificación de pacientes en lista de espera más compatibles con el donante.”; “Efectuar auditoría de seguimiento normativo IPS Transplantadoras.

La inclusión de este nuevo evento potencial tuvo asidero, según lo esgrimido por el proceso, en la práctica de una auditoría practicada por el Instituto Nacional de Salud, en donde se recomendó realizar seguimiento al paciente transplantado en todos sus componentes.

Finalmente, en cuanto a la gestión de las oportunidades de mejora señaladas en el informe final generado por esta oficina con ocasión a la prueba de auditoría realizada sobre la gestión del riesgo de vigencia 2016 y las acciones de mejora propuestas por el proceso, se tiene:

#### **“10. Oportunidades de Mejora:**

- 10.1 *Revisar y realizar los ajustes necesarios al mapa de riesgos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, considerando además las competencias generales que como entidad territorial se tienen frente a la provisión y prestación de servicios de salud, para evitar que su eventual incumplimiento genere un impacto negativo que afecte a la población del Distrito Capital, y que a su vez son del resorte directo del actuar del ente territorial, considerando entre otras:*

*Actualización del diagnóstico sectorial con información de oferta pública y privada.*

*Evaluación, contrastación y adaptación de la Política de Provisión de Servicios de Salud para Bogotá, D.C. y el modelo de atención y de prestación de servicios, frente a la actual política PAIS y la definición de las RIAS, acorde a normatividad y lineamientos vigentes del orden nacional, incorporando al menos estrategias, prácticas y dinámicas especiales en la atención que reconozca la interculturalidad y prácticas tradicionales; identificación y tratamiento del riesgo individual, familiar y comunitario; riesgos relacionados con la accesibilidad geográfica en la operacionalización de las medidas de organización*

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

de la oferta de servicios de salud, especialmente al definir los portafolios y la especialización de los servicios en las diferentes unidades de atención.

- 10.2 Con relación a la Red de Bancos de Sangre, para fortalecer acciones y disminuir los riesgos relacionados con la seguridad en la donación de sangre y con ello en su uso o transfusión, podría el Distrito estudiar la posibilidad de adelantar además de las existentes, alternativas o estudios especialmente orientados a impactar los factores de riesgo que pueden afectar la calidad de la sangre (Tipo de donación proveniente de donantes no confiables. Temperatura y transporte inadecuado -cadena de frío-. Deficiencia en la implementación del control de calidad. Equipos o elementos y superficies contaminados. Equipos mal diseñados, que no permiten la adecuada limpieza y desinfección. Presencia de contaminantes –plagas-, entre otros.), y también contribuir a la orientación de estrategias y acciones frente a enfermedades infecciosas, especialmente, la disminución de HIV en la donación, de conformidad con el plan decenal de salud.
- 10.3 Con relación a la Red de Bancos de Sangre y Terapia Celular, se debe mejorar la articulación de los bancos de sangre con el Comité Inter-Institucional Operativo de Emergencias, su conocimiento y participación en el plan de emergencia nacional y el Distrital; así como en los simulacros de emergencia incluir el manejo de sangre para atención del desastre o emergencia y establecer protocolos del manejo de la sangre y componentes en estos casos, socializados y aprobados por los entes competentes y los actores involucrados en estos casos; todo ello de conformidad con el Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos en Bancos de Sangre, Capítulo 9 y demás normas relacionadas.(...)
- 10.6 Prevenir y/o fortalecer en el evento en que alguna IPS de la Red de Trasplantes realiza algún cambio o cambio de estado, si bien no depende de la SDS, el efecto lo recibe la Regional, pues al producirse, puede cambiar la asignación; asimismo, debe evaluar la SDS la mejor alternativa para evitar que durante los periodos sin contrato de la Ingeniera de Sistemas el procedimiento de validación de información no se vea interrumpido sensiblemente.
- 10.7 También respecto a la Red de Trasplantes, frente a la disparidad en el alcance de las intervenciones de la Regional respecto de las IPS de Bogotá en comparación con el menor nivel logrado en las de los otros departamentos, el Distrito podría generar alternativas para concertar, aportar recursos si es necesario por parte de todos los departamentos que la conforman, proponer mecanismos que optimicen los procesos de donación y trasplantes de esos departamentos y, con ello generar estrategias que beneficien los pacientes en lista de espera incluyendo los de toda el área de influencia de la coordinación regional, comprende el Distrito Capital y doce departamentos (Resolución 2640 de 2005); dichas propuestas podrían ponerse en consulta u ordenamiento por parte del Ministerio de Salud, logrando con ello impactar el riesgo operacional y la mejor salvaguarda en la aplicación de recursos distritales.
- 10.8 En la misma Red de Trasplantes, la auditoría no encontró inclusión en el mapa a los relacionados con riesgos en la asignación de los componentes anatómicos y en la seguridad de los procedimientos, estimando pertinente realizar su evaluación, tratamiento y eventual incorporación, así como hacer seguimiento postrasplante a los pacientes de acuerdo con los requisitos normativos.

### **Acciones de Mejora Propuestas – APLICATIVO ISOLUCION:**

Al observar el gestionamiento de las acciones formuladas para superar las oportunidades de mejora arriba transcritas, se constata que el 90% de las mismas fueron cerradas satisfactoriamente con un avance del 100% para cada una de ellas; con excepción de la identificada con el No.1299, que a la fecha se halla abierta habida razón, del concurso necesario de la Oficina de Planeación Institucional y Calidad para su diligenciamiento.



**ILUSTRACIONES VIII y XIX  
ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS  
Auditoria en Riesgos vigencia 2016**

Núm.	Tip	Estado	Descripción	Reporta	Responsable	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Acción	% Avance Ejes	% Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamientos	% Total de Avance	Oportun
1101	Riesgos Alta Alta	Cerrado	En la Red de Transplantes, la auditoría no encontró inclusión en el mapa de los relacionados con riesgos en la asignación de los componentes analíticos y en la seguridad de los procedimientos, además presentaron riesgo de evaluación, tratamiento y eventual recuperación, así como hacer seguimiento postquirúrgico a los pacientes de acuerdo con los requisitos normativos	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017	27ago/2018	SI	100%	100%	-	100%	
1104	Riesgos Alta Alta	Cerrado	Respecto a la Red de Transplantes, frente a la disponibilidad en el avance de los intervenciones de la Regional respecto de las IPS de Bogotá en comparación con el menor nivel logrado en los de los otros departamentos, el Distrito podría generar alternativas para conectar, aportar recursos si es necesario por parte de todos los departamentos que lo sustentan, promover mecanismos que optimicen los procesos de donación y trasplante de otros departamentos y con ello genere estrategias que beneficien los pacientes en todo el área de influencia de la construcción regional, comprenda el Distrito Capital y otros departamentos (Resolución 2044 de 2005), dicha propuesta podría presentarse en consulta o colaboración por parte del Ministerio de Salud, logrando con ello mejorar el riesgo operacional y la mejor asignación de los recursos disponibles.	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017	27ago/2018	SI	100%	100%	-	100%	
1103	Riesgos Alta Alta	Cerrado	Presente y/o faltante en el avance en el mapa de la Red de Transplantes realiza algún cambio de estado, si bien no depende de la SDS, el efecto lo recibe la Regional, para el problema, puede cambiar la asignación, además, debe evaluar la SDS la mejor alternativa para evitar que durante los períodos en contrato de la vigencia de Sistemas el procedimiento de validación de información no se vea interrumpido sostenidamente	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017	25sep/2018	SI	100%	100%	-	100%	
1102	Riesgos Alta Alta	Cerrado	Señaló de gran conveniencia para el Hemocentro evaluar su asignación de riesgos de tal manera que integre y de tal manera expedita a las relacionadas con la seguridad, calidad, suficiente y oportuna en la disposición de los productos sanguíneos	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017	01jul/2017	SI	100%	100%	-	100%	
1101	Riesgos Alta Alta	Cerrado	Respecto del Hemocentro Distrital, si bien se están, se transfirió en ICORE y hoy no permanece en proceso auditado, la consultación requiere de la asignación y evaluación de todos los subtemas posibles de la entidad, entre los cuales, debe tenerse en cuenta la identificación oportuna de recursos para garantizar la operación y la disposición de los materiales y procedimientos necesarios para evitar el suceso de fallas en sus equipos, entre otros.	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017	01jul/2017	SI	100%	100%	-	100%	
1100	Riesgos Alta Alta	Cerrado	Con relación a la Red de Bancos de Sangre y Terapia Celular, se debe mejorar la articulación de los Bancos de sangre con el Comité Inter-institucional Operativo de Emergencias, su conformación y participación en el plan de emergencia nacional, y el Distrito así como en los simulacros de emergencia ante el riesgo de sangre para atención del desastre o emergencia y establecer protocolos del manejo de la sangre y componentes en estos casos, reconociendo y aprovechando los roles competentes y los actores involucrados en estos casos, todo ello de conformidad con el Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos en Bancos de Sangre, Capítulo 5 y demás normas relacionadas	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017	29sep/2018	SI	100%	100%	-	100%	
1109	Riesgos Alta Alta	Abierto	Revisar y evaluar los aspectos normativos al mapa de riesgos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, considerando además las competencias generales que como entidad territorial se tienen frente a la provisión y prestación de servicios de salud, para evitar que su eventual incumplimiento genere un impacto negativo que afecte a la población del Distrito Capital, y que a su vez son del resorte directo del actuar del ente territorial, considerando entre otras:	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017		SI	0%	0%	-	0%	
1108	Riesgos Alta Alta	Cerrado	Actualización del diagnóstico sectorial con información de oferta pública y privada.	Castillo Castillo, Díaz Enrique	Peña Aponte, Comunero	Provisión de Servicios de Salud	18may/2017	11jul/2018	SI	100%	100%	-	100%	
										87.5%	-	-	87.5%	

SECRETARÍA GENERAL DE SALUD - 26-08-2016 09:30 AM  
Al Consejo Cio Date No. 2016-0470-01 F and Anexo No. 2

**MEMORANDO**

PARA: SONIA LUZ FLOREZ GUTIERREZ  
Directora de Planeación Institucional y Calidad.

DE: DIRECTORA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ASUNTO: Solicitud concepto mapa de riesgos

Respectada Doctora Sonia,

Reciba un cordial saludo.

El día 11 de abril de 2016, se realizó una reunión con el referente de Calidad, el Dr. Gabriel Castilla y la gestora Alejandra Caro, donde se definió el compromiso de una reunión para definir el manejo del mapa de riesgos institucional desde la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.

Esto debido a la oportunidad de mejora derivada de la auditoría de mapa de riesgos realizada por el Dr. Gabriel Castilla, donde se identificó el siguiente hallazgo: "Revisar y realizar los ajustes necesarios al mapa de riesgos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, considerando además las competencias generales que como entidad territorial se tienen frente a la provisión y prestación de servicios de salud, para evitar que su eventual incumplimiento genere un impacto negativo que afecte a la población del Distrito Capital, y que a su vez son del resorte directo del actuar del ente territorial, considerando entre otras:

Actualización del diagnóstico sectorial con información de oferta pública y privada.

Evaluación, contrastación y adaptación de la Política de Provisión de Servicios de Salud para Bogotá, D.C. y el modelo de atención y de prestación de servicios, frente a la actual política PAIS y la definición de las RIAS, acorde a normatividad y lineamientos vigentes del orden nacional, incorporando al menos, estrategias, prácticas y dinámicas especiales en la atención que reconozca la interculturalidad y prácticas tradicionales; identificación y tratamiento del riesgo individual, familiar y comunitario; riesgos relacionados con la accesibilidad geográfica en la operacionalización de las medidas de organización de la oferta de servicios de salud, especialmente al definir los portafolios y la especialización de los servicios en las diferentes unidades de atención.

En este contexto y acorde al direccionamiento de la ISO 9001:2015, en las acciones para abordar el riesgo, agradecemos nos confirme, por este medio, si el mapa de riesgos se va a manejar institucionalmente o por proceso, y nos indique las acciones a seguir, ya que el enfoque de este hallazgo sería institucional.

Nuevamente agradecemos el apoyo para el mejoramiento del proceso.

Cordialmente,

**ORIGINAL**  
Consuelo Peña Aponte  
CONSUELO PEÑA APONTE  
Bases: Mapa de Riesgo  
Estrategia Abordaje

Cra. 32 No. 12-81  
Tel: 364 9090  
www.saludbogota.gov.co  
Info: 364 9666

**BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS**

Fuente: *Aplicativo ISOLUCION*

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocío Zabala Revisado por: Olga Lucía Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucía Vargas Cobos</p>	
--	---	--	---

## 8. ASPECTOS POSITIVOS.

Sea la oportunidad para resaltar el grado de compromiso y conocimiento técnico que se percibe de cada uno de los servidores públicos y contratistas entrevistados en desarrollo de la presente auditoria, quienes demostraron poseer la idoneidad y competencia para el ejercicio del cometido encomendado.

De igual forma se mostró la disposición y actitud de colaboración con el auditor en desarrollo de la prueba.

## 9. NO CONFORMIDADES.

De las evidencias recolectadas se concluye que se dio cumplimiento a los derroteros establecidos por la Entidad para la Administración del Riesgo en la vigencia auditada; por lo que no se formulan hallazgos de esta naturaleza.

## 10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS.

No se formulan acciones para abordar riesgos.

## 11. CONCLUSIONES.

De conformidad con las pruebas de cumplimiento aplicadas, se estableció diligencia de la política de gestión del riesgo para la vigencia auditada al interior del proceso, conforme a las directrices dadas por la Dirección de Planeación Institucional mediante lineamiento SDS-PYC-LN-12 V.2.

De igual forma se determinó que, los controles y herramientas de control implementadas dentro del riesgos identificados fueron efectivas para evitar su materialización.

## NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) Y FIRMA (S) DE AUDITOR (ES).

**Saida Fernanda Tarazona Saad**

*Nota: El informe final no se firma por parte de la auditora líder, toda vez que a la fecha de emisión del documento, la Dra. Saida Fernanda Tarazona Saad, ya no se encuentra vinculada con la OCI de la SDS.*

## APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO,

---

OLGA LUCÍA VARGAS COBOS  
Original Firmado