
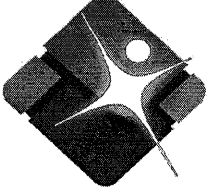

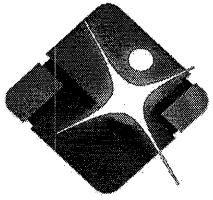
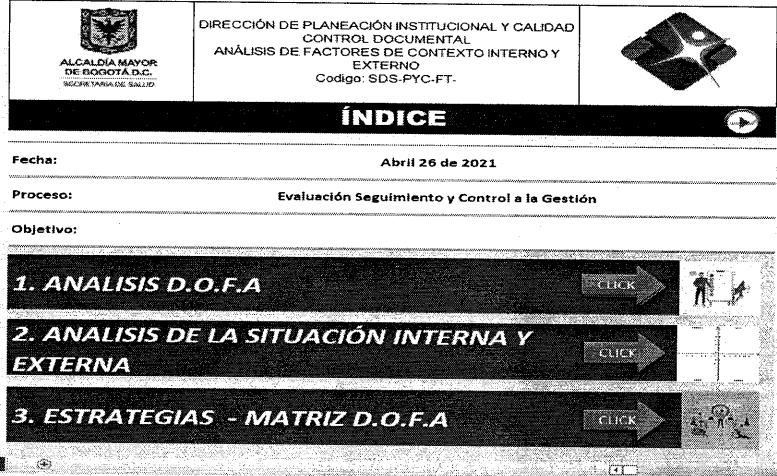



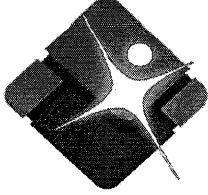
|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION<br>OFICINA DE CONTROL INTERNO<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL |                |          |  |
|  | INFORME DE AUDITORIA SGC  |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-ESC-FT-012 | Versión: |   |
| Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos                                   |   |                |          |   |

|   |
|---|
| Proceso: Evaluación Seguimiento y Control   |
| Líder del Proceso: Olga Lucia Vargas Cobos  |
| Auditor Líder: Alvaro Augusto Amado Camacho   |
| Equipo Auditor: No Aplica   |
| Fecha de Ejecución Auditoría: 17 de Noviembre de 2022 a 16 de Diciembre de 2022   |
| <b>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA</b>  |
| OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de los requisitos definidos en la Norma ISO 9001:2015 en el proceso Evaluación, Seguimiento y Control de la Secretaría Distrital de Salud.  |
| ALCANCE: La construcción de un plan anual de auditoria, el seguimiento y evaluación del sistema de control interno y la entrega o seguimiento de los informes de ley.<br>Hasta: La verificación de la eficacia de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento resultados de las acciones del sistema de control interno y la mejora del proceso<br>Periodo a evaluar: Octubre 2021 a Octubre 2022 |
| CRITERIOS: De conformidad a los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 / Requisitos (4.1,4.2,6.1,6.3,7.1,7.2,7.3,7.4,7.5,8.1,8.2,2.8.2.3,9.1,9.2,9.3,10) así como la normatividad y documentos asociados (Internos y Externos).   |
| LIMITACIONES: No se identificaron en el transcurso de la auditoria  |
| METODOLOGÍA UTILIZADA: Muestreo representativo de los documentos del proceso y registros, entrevistas.  |


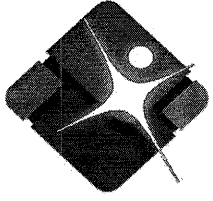
| NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015   | DESCRIPCION DEL HALLAZGO<br>(Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)  | CONFORME | NO CONFORME |
|--|---|----------|-------------|
| 4.1<br>Comprensión de la organización y su contexto                            | El proceso determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización mediante la matriz de análisis de contexto.  | X        |             |
| 4.2<br>Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas | El proceso cuenta con un mecanismo de consulta al interior de la entidad para identificar las necesidades y expectativas de auditoria de los demás procesos del SGC, el cual se aplica por medio de encuestas que se realizan por correo electrónico y que se analizan para la elaboración del plan anual de auditoria. Se evidencia encuestas realizadas para el plan anual de auditoria del 2021 y 2022, documentos "Encuesta SDS rptas_11122020" y "Encuesta Construcción Plan Anual de Auditoria 2022(1-76) (3)" respectivamente.<br><br>Adicionalmente, el proceso menciona que se realiza el análisis de las necesidades y expectativas de auditoria de las partes interesadas cuando se presentan:<br>• Solicitudes de los entes de control a partir de los informes y requerimientos de auditoria.<br>• Solicitudes por parte del concejo y senadores.<br>• Solicitudes por parte de la ciudadanía a partir de PQRS | X        |             |
| 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades                              | La entidad cuenta con un mapa de riesgos (Formato SDS-PYC-FT-029 V4) y un instrumento para realizar la autoevaluación periódica de los controles identificados a los riesgos asociados a la operación del proceso (Formato SDS-PYC-FT-030 V3). El proceso soporta el mapa de riesgos actualizado para la vigencia 2022 "3. MapaderiesgosV4_OCI_2022 (1)" y soporta la realización de la autoevaluación de los controles bajo el siguiente documento: "3.1 Autoevaluación de los Controles v4 OCI abril 29 2022".<br><br>No obstante, se identifica que el proceso debe revisar y reevaluar los controles planteados para los riesgos de gestión identificados, debido a que las medidas planteadas no aseguran la mitigación o reducción de los riesgos inherentes al proceso.  | X        |             |
| 6.3 Planificación de los cambios   | El proceso en el alcance de la presenta auditoria no refiere cambios en el sistema de gestión de calidad. No obstante según lo referenciado, para la vigencia 2021 los cambios propuestos fueron presentados y avalados al Comité Coordinador de Control Interno con base a las modificaciones del Plan Anual de Auditorias.  | X        |             |

|  |  |                |          |   |
|--|--|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>EVALUACION SÉGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION<br/>         OFICINA DE CONTROL INTERNO<br/>         SISTEMA DE GESTIÓN<br/>         CONTROL DOCUMENTAL</b> |                |          |  |
|  | <b>INFORME DE AUDITORIA SGC</b>  |                |          |   |
|  | Código:  | SDS-ESC-FT-012 | Versión: | 7   |
| Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos                                   |  |                |          |   |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 7.3 Toma de conciencia<br>Decreto 507 de 2013. Artículo 6°<br>Numeral 6         | El proceso a través de la estrategia de comunicación vía mail denominada InfoControl, fomenta la cultura de autocontrol y brinda orientaciones para su cumplimiento. La estrategia desarrollada en coordinación con la oficina de comunicaciones brinda orientaciones para propiciar el autocontrol como estrategia de mejoramiento desde cada una de las oficinas y dependencias, tal como se puede evidenciar en los siguientes correos electrónicos evidenciados:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• InfoControl está aquí ¡Entérate! 28 de junio de 2022</li> <li>• ¿Sabes cómo transmitirle control a tu gestión? Aquí te contamos 18 de junio de 2022</li> <li>• Videos info-control del 24 de noviembre del 2022</li> </ul> | X |   |
| 7.5 Información Documentada   | Se evidencia que el formato aplicado para la identificación de su contexto no corresponde al formato vigente, se referencia un formato sin código e incompleto con fecha de actualización del día 26 de abril de 2021:<br> <p>Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada ítem b) el cual determina que "el sistema de gestión de calidad de la organización debe incluir: la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de calidad."</p>  |   | X |
| 8.1 Planificación y control operacional   | El proceso cuenta con una herramienta denominada POGD, el cual surte un proceso de planeación de manera anual, donde se formulan acciones para ejecutar las metas o resultados esperados del proceso y se establecen mecanismos de control para evaluar el cumplimiento de dichas acciones. El proceso soporta el documento POGD para la vigencia 2022:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.1 FORMULACIONPOGD2022definitivo (2)</li> <li>• 5. INFORME I SEMESTRE POGD 2022</li> </ul>   | X |   |
| 9. Evaluación del desempeño<br>9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación | El proceso a través de la herramienta definida como POGD realiza el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las acciones planificadas anualmente, lo que permite asegurar resultados validos en el proceso tales como el: POGD, metas, actividades, resultados, así como el Plan Anual de Auditoria.<br><br>No obstante, se deben fortalecer los mecanismos de seguimiento y medición del proceso a través de indicadores de gestión (eficacia, eficiencia y efectividad) que permitan evaluar el cumplimiento de los objetivos planificados tanto para el proceso como para los planes y programas relacionados.  | X |   |
| 9.1.2 satisfacción del cliente  | El proceso realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas tales como consta en el Informe de percepción del cliente, encuesta anual, requerimientos identificados, entre otros.   | X |   |
| 9.2 Auditoria Interna<br>9.2.1 Planificación de                                 | La entidad cuenta con un plan de auditoria que se programa y ejecuta con una frecuencia anual, para desarrollar auditorias de calidad y auditorias de gestión con enfoque en riesgos, incluyendo, roles, responsabilidades, criterios de auditoria y la definición de la elaboración de los informes.   | X |   |

|  |  |                |          |   |
|--|--|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION<br/>         OFICINA DE CONTROL INTERNO<br/>         SISTEMA DE GESTIÓN<br/>         CONTROL DOCUMENTAL</b> |                |          |  |
|  | <b>INFORME DE AUDITORIA SGC</b>  |                |          |   |
|  | Código:  | SDS-ESC-FT-012 | Versión: |   |
| Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos                                   |  |                |          |   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| las auditorias internas  | El proceso soporta plan anual de auditoria para las vigencias 2021 y 2022 bajo formato citado con el siguiente código documental: SDS-ESC-FT-021 V.1   |   |   |
| Numeral 9.2.2, literal e)  | <p>De acuerdo con lo evidenciado en los planes de mejoramiento establecidos por los procesos como resultado de la auditoria de calidad realizada al proceso Gestión Contractual en mayo 2022, con las acciones No. 2640, 2641, 2642, 2573, 2412, el proceso no realiza la verificación y seguimiento a la eficacia de las acciones de manera periódica o con la periodicidad definida como resultado a las auditorias que se realizan.</p> <p>No se evidencia la programación del seguimiento a las acciones correctivas para las no conformidades identificadas por la Oficina de Control Interno: #2642 – #2641 - #2640 en el aplicativo ISOLución tal como se establece en el procedimiento SDS-ESC-PR-005 Seguimiento a planes de mejora, lo anterior como resultado de la auditoria realizada al proceso de Gestión Contractual, hallazgos de no conformidad con los numerales 7.4 – 7.5.2 – 10.2.1</p> <p>No se evidencia reporte de seguimiento mensual sobre la acción correctiva #2642 en el aplicativo ISOIUCIÓN, según lo establecido en el procedimiento SDS-ESC-PR-005, actividad 9 del procedimiento.</p> <p>No se evidencia reporte de seguimiento mensual sobre la acción #2641, en el aplicativo ISOLución – en todas las actividades, específicamente actividad 2 no registra seguimiento.</p> <p>No se evidencia reporte de seguimiento mensual sobre la acción #2640 en el aplicativo ISOIUCIÓN.</p> <p>No se soporta solicitud de prórroga sobre la acción correctiva #2642 actividad 2, con fecha final 31/07/2022 en carpeta de informe y fecha del 31/08/2022 en el aplicativo ISOIUCIÓN ni en la carpeta del informe de auditoría, tal como se establece en el procedimiento SDS-ESC-PR-005 Seguimiento a planes de mejora.</p> |   | X |
| Numeral 9.2.2, literal f) NTC ISO 9001:2015<br><br>Ley 87 de 1993 Artículo 2, literal e.   | <p>Se evidencia soportes que demuestran el cumplimiento del desarrollo de la auditoria y de la trazabilidad de las mismas, desde actas de reunión, plan de auditoria, informes de auditoria y planes de mejoramiento cuando aplica, lo anterior para las siguientes auditorias programadas dentro del plan anual de auditoria 2021-2022.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auditoria de gestión con énfasis en riesgos: Seguimiento al cumplimiento de metas Plan de Desarrollo Distrital "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI", con corte a 30 de junio de 2021. TODOS LOS PROCESOS Gerentes Proyectos de Inversión. Octubre-noviembre 2021.</li> <li>2. Auditoria de gestión con énfasis en riesgos: Auditoria al Plan de Mantenimiento (Correctivo, preventivo) Equipos de operación Crítica SDS, en el periodo comprendido entre enero de 2021 a 30 de junio de 2022. Subsecretaría Corporativa - Subdirección de Gestión de Bienes y Servicios. Jun-Jul 2022</li> <li>3. Auditoria de calidad al proceso Gestión en Salud Pública. Octubre 2021.</li> <li>4. Auditoria de calidad al proceso Gestión Contractual. Mayo 2022</li> </ol>  | X |   |
| <b>ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>   |  |   |   |
| <p>(Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:</p> <p>a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; aumentar los efectos deseables;</p> <p>c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.</p> <p>6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades) la manera de:</p> <p>1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.); 2) evaluar la eficacia de estas acciones.</p>   |  |   |   |
| <p>6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades - El proceso debe revisar y reevaluar los controles planteados para los riesgos de gestión identificados, debido a que las medidas planteadas no aseguran la mitigación o reducción de los riesgos inherentes al proceso de acuerdo con lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riesgo #1: Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento en la realización de las Auditorías definidas en el Plan Anual (31). El control #1 - Aprobación del PAA- No es una medida que permita la reducción o prevención de la materialización del riesgo, toda vez que es una acción que se realiza para la formalización y previo a la implementación del plan anual de auditoria.</li> <li>2. Riesgo # 2: Posibilidad de afectación reputacional al no evaluar la efectividad, eficacia y oportunidad en los planes de mejoramiento internos. (32). Los controles #2 y #4 planteados en el mapa de riesgos del proceso son acciones inherentes al proceso de seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento, que al no desarrollarse permitiría la materialización del riesgo identificado, los controles a plantear deben ser medidas adicionales que permitan prevenir y reducir la materialización del riesgo. Adicionalmente, el control #3 del mapa de riesgos es una medida que no impacta de manera directa en mitigar o reducir el riesgo identificado para el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento internos o</li> </ol> |  |   |   |

|  |  |                |          |   |   |
|--|--|----------------|----------|---|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION<br/>         OFICINA DE CONTROL INTERNO<br/>         SISTEMA DE GESTIÓN<br/>         CONTROL DOCUMENTAL</b> |                |          |   |  |
|  | <b>INFORME DE AUDITORIA SGC</b>  |                |          |   |   |
|  | Código:  | SDS-ESC-FT-012 | Versión: | 7 |   |
| Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos                                   |  |                |          |   |   |

generados por auditorías internas, debido a que el auditor posterior al entrenamiento inicia un proceso de aprendizaje y adaptación el cual incluso genera un riesgo para el cumplimiento de las auditorías y de seguimiento al plan de mejoramiento.

3. De acuerdo con lo evidenciado en los planes de mejoramiento establecidos por los procesos como resultado de la auditoría de calidad realizada al proceso Gestión Contractual en mayo 2022, con las acciones No. 2640, 2641, 2642, 2573, 2412. No se han cumplido con los controles establecidos para el Riesgo # 2: Posibilidad de afectación reputacional al no evaluar la efectividad, eficacia y oportunidad en los planes de mejoramiento internos, lo que implica materialización del riesgo sin afectación significativa a los resultados del proceso y no eficacia del control establecido.

#### CONCLUSIONES

**(Describir los aspectos positivos, oportunidades de mejora y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad).**

Es importante destacar que la Entidad cuenta con un sistema de control interno con fortalezas dentro de su administración y gestión, y que a pesar de sus limitación de recursos para el desarrollo del programa anual de auditoría, cumplen las acciones programadas en dicho proceso.

Se verifica el cumplimiento del programa de auditoría a través de los siguientes informes (numeral 9.2.2, literal a):

**Auditorías internas de gestión con énfasis en riesgos**

1. Seguimiento al cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Distrital "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI", con corte a 30 de junio de 2021. **TODOS LOS PROCESOS Gerentes Proyectos de Inversión.** Octubre-noviembre 2021.

Se evidencia actas de reunión e informe de auditoría, se verifica el cumplimiento de los informes a partir del seguimiento evidenciado a las metas de los proyectos No 7827, 7790 y 7834.

2. Auditoría al Plan de Mantenimiento (Correctivo, preventivo) Equipos de operación Crítica SDS, en el periodo comprendido entre enero de 2021 a 30 de junio de 2022. Subsecretaría Corporativa - Subdirección de Gestión de Bienes y Servicios. Jun-Jul 2022.

Se evidencia acta de reunión del 06 de junio del 2022, tres mesas de trabajo de auditoría e informe de auditoría de julio de 2022 sin fecha de aprobación. Verificar plan de mejoramiento

**Auditorías internas de calidad**

1. Auditoría al proceso Gestión en Salud Pública. Octubre 2021. Se evidencia cumplimiento de la auditoría bajo los soportes presentados: actas de reunión, lista de chequeo e informe de auditoría. Sin embargo, no se evidencia en los soportes mencionados que en el proceso de auditoría se consideren los cambios que afectan a la organización y los resultados de las auditorías previas.

2. Auditoría al proceso Gestión Contractual. Mayo 2022. Se evidencia cumplimiento de la auditoría bajo los soportes presentados: actas de reunión, lista de chequeo e informe de auditoría. Sin embargo, no se evidencia en los soportes mencionados que en el proceso de auditoría se consideren los cambios que afectan a la organización y los resultados de las auditorías previas.

No obstante, en los informes de auditoría de calidad mencionados, así como en los soportes suministrados en el desarrollo del comité coordinador de control interno para la definición del programa anual de auditorías y de conformidad a lo expresado en su análisis de contexto interno y externo del proceso referenciado para las vigencias 2021 y 2022, es importante recomendar que:

\*Se fortalezca la identificación de los cambios que afectan a la organización (ver análisis de contexto del proceso) siempre y cuando aplique y sea conveniente, en caso contrario deberá quedar expresado que no existen o presentaron cambios que afecten la determinación del programa anual de auditoría.

\*Se fortalezca la identificación y análisis de resultados de las auditorías previas, lo cual es un insumo para el desarrollo de las auditorías internas en la Entidad así como para la focalización de requisitos, priorización de procesos, entre otros.

Se recomienda revisar lo contemplado en la Resolución 1574 de Octubre de 2016 del Comité de Control Interno no considera lo indicado en el Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015" y su TÍTULO 23 ARTICULACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN CON LOS SISTEMAS DE CONTROL INTERNO y el decreto 807 de 2019 "Por el cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones" TITULO II Sistema de Control Interno así como el TITULO III del Modelo Estándar de Control Interno, así mismo se evidencia en dicha resolución disposiciones que no son claras desde el despliegue de dicho comité tales como:

\*Artículo tercero, ítem c:

Asesorar al secretario(a) de despacho en la definición de los planes estratégicos "..."

\*Artículo tercero, ítem d:

Establecer prioridades para la adopción, adaptación, adecuado funcionamiento y optimización de los sistemas de información gerencial estadística "..."


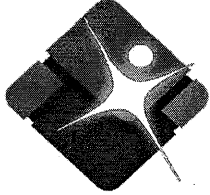
\*Artículo tercero, ítem h:


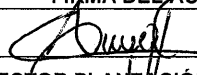
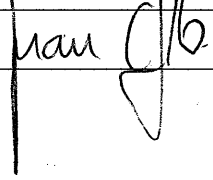
Presentar a consideración del respectivo ministro o director del departamento administrativo propuestas de modificación a las normas sobre control interno vigentes.

\*Artículo tercero, ítem i:

Reglamentar el funcionamiento de los distintos subcomités de coordinación del sistema de control interno que se organicen.

Se recomienda paginar los informes de auditoría y registrar la fecha de elaboración y/o fecha de aprobación del informe, así mismo se recomienda que en todos los casos, en la redacción de hallazgos se citen los soportes que evidencian el cumplimiento o incumplimiento de las acciones durante el desarrollo de la auditoría, caso presentado en la revisión del seguimiento realizado por la OCI al proyecto 7827 en:

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION<br>OFICINA DE CONTROL INTERNO<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL |                |          |  |
|  | <b>INFORME DE AUDITORIA SGC</b>   |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-ESC-FT-012 | Versión: |   |
| Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos                                  |   |                |          |   |

|  |  |
|--|--|
| Folio 65 de la carpeta, página 7 del informe de auditoría, donde no se citan las evidencias de la ejecución de las actividades 1.3, 1.4 y 1.7.<br>Folio 65, pagina 8: no se registran los contratos de prestación de servicios citados, con número y fecha de suscripción.   |  |
| Se recomienda frente al numeral 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas - El proceso debe fortalecer la identificación y análisis de las necesidades y expectativas de las partes interesadas externas a la entidad, aprovechando los mecanismos disponibles en la entidad para retroalimentar el ejercicio de planificación, lo que que le permita definir un plan anual de auditoria que responda a las necesidades de auditoria tanto internas como externas, para esto puede realizar búsqueda activa y análisis de: |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de PQRS de la Dirección de Servicio a la Ciudadanía</li> <li>• Informes de auditoría previos de entes de control</li> <li>• Informes y procesos críticos, a partir de la retroalimentación de los procesos del SGC y del equipo directivo.</li> <li>• Requisitos normativos, como es el caso de lo establecido en el decreto 507 de 2013 Artículo 6 Numeral 5.</li> </ul>  |  |
| Revisado gestor de calidad OCI:   |  |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:</b><br>Alvaro Augusto Amado Camacho  | <b>FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:</b><br>                            |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS DIRECTOR PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD:</b><br>Juan Carlos Jaramillo Correa  | <b>FIRMA DIRECTOR PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD:</b><br> |

- Favor no imprimir el instructivo

