

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



BOGOTÁ D.C., MARZO DE 2017

REVISADO POR:
EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITOR (ES):
LÍDER: ROCIO ZABALA



OFICINA DE CONTROL INTERNO



INFORME FINAL AUDITORÍA ESPECIAL DE RIESGOS DE PLANEACIÓN
INSTITUCIONAL Y CALIDAD

	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
---	---	--	--

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA.....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA.....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.....	3
4. CRITERIOS DE AUDITORIA.....	3
5. MARCO LEGAL.....	3
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	4
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	4
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	6
9. NO CONFORMIDADES.....	6
10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	6
11. CONCLUSIONES.....	6
12. ANEXOS.....	6

INDICE

	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia		

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	---	---

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA.

Verificar la eficacia de los controles internos formulados para la gestión de riesgos en el proceso Planeación Institucional y Calidad

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA.

- Verificar la eficacia y efectividad de los controles.
- Verificar la implementación de las acciones de mitigación del riesgo producto de la Autoevaluación del control.

3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.

Realizar el proceso auditor con un enfoque basado en riesgos al proceso Planeación Institucional y Calidad, normatividad interna asociada y demás temas de interés que soporten la gestión adecuada para minimizar y/o controlar los riesgos identificados.



4. CRITERIOS DE AUDITORIA.

- Lineamiento Riesgos SDS.
- Mapa de Riesgos 2016 en el proceso Planeación Institucional y Calidad.
- Controles identificados en el proceso Planeación Institucional y Calidad.
- Resultados obtenidos de la autoevaluación del control para la vigencia 2016.
- Demás que en el proceso de auditoria sean necesarios.

5. MARCO LEGAL.

- 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". (Modificada parcialmente por la Ley 1474 de 2011).
- Ley 489 de 1998, Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública. Capítulo VI. Sistema Nacional de Control Interno.
- 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". (Modificado parcialmente por el Decreto 2593 del 2000 y por el Art. 8º. de la ley 1474 de 2011).
- Directiva presidencial 09 de 1999, "Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción".
- Decreto 2593 del 2000, "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999".
- Decreto 1537 de 2001, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado".
- Resolución interna 609 del 31 de julio de 2012
- Resolución interna 657 del 23 de agosto de 2012



 <p>ALCALDIA MAJOR DE BOSCOTÀ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
---	---	--	---

6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

La auditoría basada en riesgos al proceso Gestión de Planeación Institucional y Calidad, se realizó mediante las herramientas de entrevista y verificación documental de los controles identificados, en tres (3) etapas, así:

Etapas No.1- Evaluación del procedimiento y de sus controles, gestión de riesgos en la SDS SDS-PYC-PR-004, control de producto (Bien y/o Servicio) no conforme en la SDS SDS-PYC-PR-003, medición de satisfacción de clientes en los procesos SDS-PYC-PR-007.

Etapas No.2- Evaluación del mapa de riesgos 2016 del proceso Planeación Institucional y Calidad y revisión del informe de autoevaluación del riesgo del proceso.

Etapas No.3- Registros y evidencias en cumplimiento de su gestión en el control de los riesgos.

7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

Evaluación de los procedimientos y de sus controles, gestión de riesgos en la SDS SDS-PYC-PR-004, control de producto (Bien y/o Servicio) no conforme en la SDS SDS-PYC-PR-003, medición de satisfacción de clientes en los procesos SDS-PYC-PR-007.

En la herramienta ISOLUCION de la Secretaría Distrital de Salud en el link <http://sdsapp01/solucion/FramSetGeneral.asp?Pagina=ListadoMaestroDocumentos3.a> se realiza la revisión de los procedimientos con sus respectivos controles donde se pudo evidenciar que el procedimiento SDS-PYC-PR-003 tiene 16 actividades de las cuales 6 actividades tienen control de riesgos y refieren el mapa de riesgos del proceso, el procedimiento SDS-PYC-PR-004 tiene 20 actividades de las cuales 7 actividades tienen controles y son referidos al mapa de riesgos del proceso y SDS-PYC-PR-007 tiene 9 actividades de las cuales 8 actividades tienen controles y son referidos al mapa de riesgos del proceso; se revisa el mapa de riesgos y no hay claridad de cual control va para cada actividad de cada uno de los procedimientos.

Evaluación del mapa de riesgos 2016 del proceso Planeación Institucional y Calidad.

Se realizó la evaluación del informe de riesgos y controles, al igual que del Mapa de riesgos SDS relacionado con el proceso, ubicado en la ruta V:\11. Dirección Planeación y Sistemas\Dirección Planeación Institucional y Calidad\MAPA DE RIESGOS Y AUTOEVALUACION 2016, de donde se identificó un total de seis (6) riesgos asociados los cuales se encuentran clasificados de la siguiente manera: Dentro del riesgo inherente se encuentran valorados así, cinco (5) en zona alta y uno (1) en zona extrema, por lo cual se infiere que son riesgos que cuentan con una alta probabilidad de materialización y/o impactos negativos importantes. Así mismo con la aplicación de controles el riesgo residual queda valorado del siguiente modo, dos (2) en zona alta y cuatro (4) en zona

Se pudo constatar que Planeación Institucional y Calidad realizó de manera permanente asesoría a los diferentes procesos de la Entidad en cuanto a Planes Operativos e Indicadores, Herramienta de solución, Riesgos y controles, Acciones Correctivas y/o Preventivas, SIG, estrategias de comunicación que permitieron fortalecer el uso del aplicativo de solución, metodología para la evaluación de los subsistemas que comprende: Control Interno, Calidad, Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el Trabajo, Responsabilidad Social, Gestión ambiental y Gestión documental y archivo con su respectiva tabulación de las respuestas dadas por los diferentes colaboradores de la

En el marco de la revisión documental realizada se verificaron cada uno de los riesgos y/o controles evidenciados en el mapa del proceso evidenciando listados de asistencia y/o planillas de asesoría a capacitaciones para la formulación de planes operativos a los diferentes procesos de la Entidad, sensibilizaciones a los referentes SIG, asesorías técnicas relacionadas con el manejo y uso de la herramienta de solución, capacitaciones en el manejo de acciones preventivas y/o correctivas en el aplicativo de solución, documentos aprobados por la Dirección; se verificaron uno por uno de los seis (6) riesgos detectados por el proceso con sus respectivos controles.

Para el desarrollo de la auditoría se realizó la verificación documental, aplicando pruebas de cumplimiento, para lo cual se realizó una evaluación documental los días 27-28-29 y 31 de marzo de 2017, con el profesional Luis Carlos Martínez Rincón.

Registros dejados por el proceso en cumplimiento de su gestión en el control de los riesgos.



Los controles propuestos para estos riesgos son de tipo preventivo.



Fuente: Informe de autoevaluación 2016, Planeación Institucional y Calidad.

NO DE CONTROLES	DESCRIPCION	NO RIESGO
3	Deficiencias en el seguimiento y medición de los procesos	PYC-1
4	Desviaciones en la integración de los diferentes sistemas de gestión y control en la SDS.	PYC-2
2	Perdida de la Certificación de Calidad bajo la Norma NTCGP:1000	PYC-3
7	Pérdida de la memoria institucional relacionada con la documentación del Sistema Integrado de Gestión.	PYC-4
3	Que la gestión del riesgo no disminuya la ocurrencia de estos en los procesos institucionales	PYC-5
5	Que las acciones de correctivas y preventivas implementadas no impacten positivamente el desarrollo del SIG.	PYC-6

Tabla No.1- Riesgos y Controles asociados

moderada, lo cual permitió controlar y monitorear los riesgos mediante la aplicación de los controles descritos, evitando la materialización de algún riesgo.

 <p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>
---	---	--

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFCINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	--	--	---

Entidad a través de la enciclopedia de la excelencia, cartillas para la preparación de la visita de ICONTEC, realización de videos de SIG, talleres a la alta Dirección.

8. ASPECTOS POSITIVOS.

- La buena disposición por parte del referente de Planeación Institucional y Calidad
- El compromiso de los funcionarios a cargo de las actividades para dar cumplimiento a los riesgos y controles establecidos por el proceso.
- Se evidenció que actualmente se actualizó el mapa de riesgos donde a través de una reunión al interior se reunieron todos los colaboradores y discutieron los riesgos que tenía el proceso y se revaloraron al igual que sus controles.

9. NO CONFORMIDADES.

No aplica

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.

- 10.1 Durante la Auditoría se evidenció que en los procedimientos del proceso de Planeación Institucional y Calidad no estaban claros cuáles eran los controles de las actividades.
- 10.2 Actualizar el lineamiento para la Gestión de Riesgos.
- 10.3 No se evidenció para la realización del mapa de riesgos del 2016 soportes para la actualización de riesgos y controles al interior del proceso de Planeación Institucional y Calidad

11. ANEXOS.

Las evidencias fueron aportadas en CD por el proceso.

MELBA ROCIO ZABALA DIAZ
Auditor Líder

EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA
Jefe Oficina de Control Interno