

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



BOGOTÁ D.C., NOVIEMBRE DE 2017

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

AUDITOR (ES):  
LIDER: DIONISIO DONCELL



OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME FINAL DE AUDITORÍA DE RIESGOS - SUBDIRECCIÓN DE  
INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

	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
5. MARCO LEGAL.....	4
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	5
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	6
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	11
9. NO CONFORMIDADES.....	11
10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	11

## INDICE

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

 <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.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

## 1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA.

Determinar la posible ocurrencia y/o materialización de los riesgos formulados por el proceso Inspección Vigilancia y Control (IVC) en el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2016 y 2017 de acuerdo con lo plateado en el Programa Anual de Auditoría de la Oficina de Control.

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA.

Corroborar en campo todos y cada uno de los controles existentes en el mapa de riesgos del proceso antes mencionado, para ello es necesario que los funcionarios de la Subdirección conozcan los componentes descritos, así como su aplicación para el quehacer diario en beneficio de la entidad y de la ciudadanía capitalina.

## 3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.

La auditoría acomete realizar pruebas selectivas de cumplimiento de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control, verificar el cumplimiento de la gestión y riesgos del proceso en el periodo comprendido entre el 1° de enero a Octubre 2017 y la vigencia 2016, así mismo se tendrá en cuenta las que surjan dentro de la realización de la auditoría, efectuando retrospectión en el tiempo de ser necesario y a criterio del auditor.

## 4. CRITERIOS DE AUDITORIA.

Los criterios a tener en cuenta para el desarrollo de la auditoría se fundamentan en las siguientes normas, procesos y procedimientos que hacen parte de la cotidianidad del proceso, entre las que se cuentan:

- Constitución Política de Colombia de 1991.
- Ley 1474 de 2011, Fortalecer los Mecanismos de Prevención de la Corrupción.
- Resolución 1348 de 2014, Manual de Contratación de la Secretaría Distrital de Salud.
- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno.
- Ley 190 de 1995, por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública
- Mapa de riesgos institucional 2016 y 2017.

Así mismo hacen parte de estos criterios las normas que directamente atañen la labor a desarrollar por parte del proceso.

Ley 1437 de 2011, "por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".

Decreto 1875 de 1994, "por el cual se reglamenta el registro de los títulos en el área de la salud, expedidos por las Instituciones de Educación Superior."

Resolución 2003 de 2014, "por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud."

Resolución 2318 de 1996, "por la cual se delega y reglamenta la expedición de licencias de Salud Ocupacional para personas naturales y jurídicas, su Vigilancia y Control por las Direcciones Seccionales y Locales de Salud y se adopta el Manual de Procedimientos Técnico Administrativos para la expedición de estas Licencias."

Mapa de Riesgos Institucional del proceso Inspección Vigilancia y Control y aquellas normas que apliquen al proceso para el desarrollo de su gestión.

## 5. MARCO LEGAL.

La auditoría está enmarcada dentro de las siguientes normas que regulan el proceso de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaría Distrital de Salud.


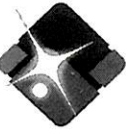
Resolución 2003 de 2014, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud".

Ley 212 de 1995, "por la cual se Reglamenta la Profesión de Químico Farmacéutico y se dictan otras disposiciones."

Ley 10 de 1962, "por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología."

Ley 23 de 1981, "por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica."

Decreto 1875 de 1994, "por el cual se reglamenta el registro de los títulos en el área de la salud, expedidos por las Instituciones de Educación Superior." §

 <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.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

 <p>SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA 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 Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

Resolución 1998 de 2010, "por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud."  
Resolución 2318 de 1996, "por la cual se delega y reglamenta la expedición de licencias de Salud Ocupacional para personas naturales y jurídicas, su Vigilancia y Control por las Direcciones Seccionales y Locales de Salud y se adopta el Manual de Procedimientos Técnico Administrativos para la expedición de estas Licencias. Y aquellas normas que apliquen al proceso para el desarrollo de su gestión."

Mapa de riesgos institucional 2016 y 2017.

## 6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

El método que se ha manejado para el desempeño de la auditoría, se basó en el mapa de riesgos institucional de las vigencias 2016 y 2017 del proceso Inspección y Vigilancia y Control (IVC), el cual consistió en verificar en campo lo siguiente:

Mapa de riesgos vigencia 2016.

Caducidad en las investigaciones administrativas (IVC de la oferta).

1. Verificar la fecha de ocurrencia de los hechos para establecer la fecha de caducidad.

2. Que exista caducidad de los procesos administrativos higiénicos sanitarios de los establecimientos abiertos al público del D.C. (2. Monitorear, actualizar y establecer acciones para hacer el seguimiento a los términos establecidos en las diferentes actuaciones de las investigaciones administrativas y así priorizarlas por su contenido y caducidad).

3. Expedir un documento a un solicitante que no cumpla con los requisitos legales vigentes, para los procedimientos relacionados con el proceso de Inspección, Vigilancia y Control, (1. Realizar seguimiento administrativo (Bases de datos y registros físicos a los expedientes que se encuentran en sustanciación); (2. Ejecutar estrategias que garanticen la verificación de la legitimidad de la documentación presentada en los procedimientos relacionados con inspección, vigilancia y Control); (3. Socializar con las personas encargadas de esta verificación los documentos que se descubran como plagio para poder facilitar su identificación); (4. Verificar la documentación pertinente para establecer la veracidad de la información recepcionada); (5. Revisión, aprobación y elaboración, de documentos del proceso de inspección, vigilancia y control.)

## 7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

Habiendo tenido en cuenta la metodología empleada para la realización de la auditoría, y con base en el mapa de riesgos institucional ubicado en la carpeta compartida, elaborado por la Subdirección de IVC con el acompañamiento de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, (Se tomó como base el último mapa de riesgos de la entidad para las vigencias 2016-2017).

Para el logro de la auditoría se elaboraron listas de verificación basadas en los mapas y procedimientos entre los que se cuentan:

- Expedición de resolución que acredita como expendedor de medicamentos.
- Carnetización de personas que operan equipo y material radiactivo.
- Aprobación y renovación de plazas de servicio social obligatorio.
- Expedición de autorización para inhumación y cremación de cadáveres.
- Expedición de autorización para exhumación de cadáveres.
- Imposición de medidas de seguridad.
- Proyección, Revisión y seguimiento de recursos asignados a los tribunales de ética médica.

Se efectuó entrevista a los funcionarios que atienden y dan cumplimiento a los procedimientos antes mencionados, con el propósito de evidenciar si conocen de antemano cada una de las actividades que ellos describen, es así, que en el procedimiento **“Expedición de resolución que acredita como expendedor de medicamentos”**, se le preguntó a la persona encargada si conocía el mapa de riesgos institucional y la manera de ubicarlo y entenderlo, a lo cual manifestó no conocerlo y tampoco su ubicación en el sistema, así mismo se solicitó soporte de cómo se notifican a los médicos o químicos farmacéutas que certifican a las personas que tramitan la solicitud de resolución para expender medicamentos, lo cual realizan mediante correos electrónicos que se acomodan en la nube de internet. Teniendo en cuenta lo anterior, no hay manera de evidenciar fácilmente que estos profesionales conozcan y sepan de la experiencia de los expendedores de medicamentos por cuanto uno solo de ellos puede certificar a varios solicitantes.

De otra parte se preguntó a la funcionaria si conocía el aplicativo institucional en el puesto de trabajo, aún cuando se realiza adiestramiento para el logro de los compromisos en los contratos de prestación de servicios.

En cuanto al procedimiento **“Carnetización de personas que operan equipo y material radiactivo”** se efectuó las mismas preguntas sobre el mapa de riesgos a los funcionarios que realizan esta actividad y mencionaron no conocerlo, por lo tanto, desconocen los riesgos del proceso, de otra parte y teniendo en cuenta la

misma gestión, se pudo evidenciar que los carnet que se entregan a los funcionarios para ser diligenciados y suministrados a los peticionarios, no cuentan con una numeración predeterminada (pre impresa) en el mismo plástico, por cuanto es el sistema quien determina la numeración, ello tiene como consecuencia que no sea fácilmente identificable el control de estos elementos, generando riesgos de posibles pérdidas de plásticos con logotipos institucionales.


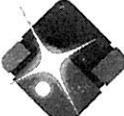
Con respecto al procedimiento **"Aprobación y renovación de plazas de servicio social obligatorio"**, se le consultó a la profesional que estableciera el mapa de riesgos institucional, lo cual no fue posible hacerlo; por cuanto el aplicativo de solución no permite acceder a este tipo de documentos por parte de todos los funcionarios, se adjunó que los permisos sólo están dados para los jefes de área. Por lo tanto no se conocen los riesgos del proceso.

De otra parte, se evidenció que esta persona efectúa un sin número de asesorías a los profesionales de medicina, que aspiran a una plaza para rural y no se deja trazabilidad de cuántas personas se atiende diariamente, ya sea en forma presencial o vía telefónica, también se pudo apreciar en todos los casos antes mencionados que la verificación de los diplomas de profesionales se efectúa con base en el reconocimiento de firmas o sellos u otro tipo de señal que pueda determinar la validez de estos documentos, advirtiéndose que ya se conocen de antemano estas marcas, pero no de manera real y efectiva corroborando con las instituciones que expidieron estos instrumentos.

Una vez revisados los procedimientos **"Expedición de autorización para inhumación, cremación y exhumación de cadáveres"**, se evidenció que cumple con los estándares postulados en los mismos, por cuanto estas acciones deben ser realizadas en al menos una (1) hora de tiempo en las horas de la mañana con mayor afluencia y durante el resto del día con menor demanda, a los funcionarios se les preguntó sobre el mapa de riesgos, a lo cual manifestaron si conocerlo y acceder a él, pero nuevamente al intentar ingresar, no se logró.

De otra parte la Resolución 2003 de 2014 describe que se debe realizar un plan de visitas y cumplirse como se muestra en el siguiente aparte de la Resolución.

*"Artículo 14. Plan de Visitas de Verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS, para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. El plan de visitas de verificación deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual se ejecutó y reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud, a más tardar el 20 de diciembre del mismo año."*

 <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.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

23





“ARTICULO 52. Caducidad de la facultad sancionatoria. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, la facultad que tienen las autoridades para imponer sanciones caduca a los tres (3) años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pudiere ocasionarlas, término dentro del cual el acto administrativo que impone la sanción

Como se considera en el mes de febrero hubo 302 investigaciones de ellas caducaron 31, equivalente al 10%, mientras que en el mes de junio hay 85 y mes de junio con respecto a febrero. De lo anterior se concluye que se está dejando hasta último momento en términos de tiempo para la realización de los trámites respectivos en las investigaciones de prestadores, cuando la norma en su artículo 52 de la Ley 1437 de 2011 establece que se cuenta con tres (3) años para realizar la respectiva investigación.

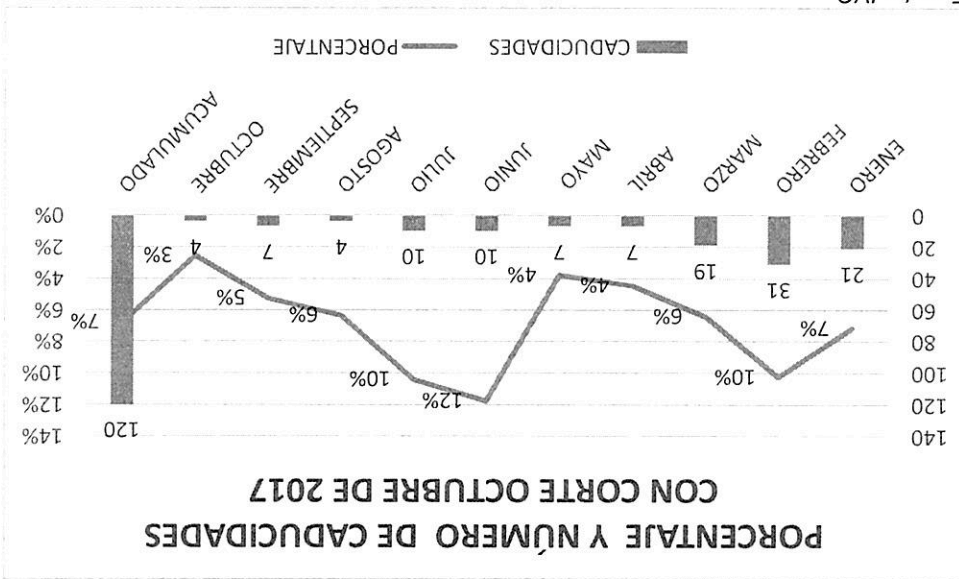
Fuente: IVC

MES	INVESTIGACIONES	CADUCIDADES
ENERO	293	21
FEBRERO	302	31
MARZO	296	19
ABRIL	157	7
MAYO	185	7
JUNIO	85	10
JULIO	96	10
AGOSTO	63	4
SEPTIEMBRE	133	7
OCTUBRE	156	4



Cuadro 1: Caducidades por mes

La gráfica evidencia que en cada uno de los meses del año se ha venido desarrollando la caducidad de términos en los expedientes de investigación siendo el mayor número en el mes de febrero, correspondiente al 10%, aun cuando en el mes de junio se aprecia en un 12%, ello se explica en el siguiente cuadro.

Fuente: IVC



Gráfica 1.- Caducidades

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

*debe haber sido expedido y notificado. Dicho acto sancionatorio es diferente de los actos que resuelven los recursos, los cuales deberán ser, 1 decidos, so pena de pérdida de competencia, en un término de un (1) año contado a partir de su debida y oportuna interposición. Si los recursos no se deciden en el término fijado en esta disposición, se entenderán fallados a favor del recurrente, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial y disciplinaria que tal abstención genere para el funcionario encargado de resolver”;*

En este caso menciona claramente el artículo 52 que se deben realizar las acciones disciplinarias por omisión.

Así mismo se están entregando expedientes de investigación a abogados externos quienes se llevan los mismos fuera de la entidad, lo cual tiene como consecuencia que se corra el riesgo de pérdida de documentos de las investigaciones de los prestadores por pérdida de la custodia de los legajos de investigación.

El archivo de expedientes se encuentra ubicado en una bodega del sotano de la entidad, allí es prácticamente imposible ingresar por cuanto los olores son muy fuertes debido a los tubos de cañería que por allí pasan y que incluso se han roto en alguna oportunidad, por lo tanto el riesgo de pérdida de documentos por daño son muy altos.

Los riesgos descritos en el mapa son los siguientes:



Año 2017:

- Exista caducidad de los procesos administrativos higiénico sanitarios de los establecimientos abiertos al público del D.C.

Año 2016:

- Caducidad en las investigaciones administrativas (IVC de la oferta)
- Exista caducidad de los procesos administrativos higiénicos sanitarios de los establecimientos abiertos al público del D.C
- Expedir un documento a un solicitante que no cumpla con los requisitos legales vigentes, para los procedimientos relacionados con el proceso de Inspección, Vigilancia y Control.

Una vez verificados los riesgos de las dos vigencias se aprecia claramente que los mismos se han generalizado a tal punto que permite determinar que la Dirección no tiene riesgos y el único común a los dos años se materializó por pérdida de competencia de la entidad al tener caducidad en expedientes de investigación.

 <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.5</p>	 <p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>
--	---	--

Procedimiento "Proyección, revisión y seguimiento de recursos asignados a los tribunales de ética", se revisaron los soportes de seguimiento a los recursos que han sido entregados a los tribunales de ética, de los cual es claro que no hay un criterio específico para la asignación de estos recursos, por cuanto se solicitan por parte de ellos dineros que no tiene un soporte cierto, aún cuando presenten un proyecto de presupuesto, no se distribuyen con el mismo racero tanto para el de medicina, como el de enfermería y odontología, determinándose por parte del encargado de ello que se realiza a criterio del profesional.

### 8. ASPECTOS POSITIVOS.

Se debe destacar la buena disposición de las Subdirectoras como de los funcionarios para la entrega de la información y la atención de la auditoría.



### 9. NO CONFORMIDADES.

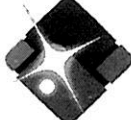

9.1 Revisados los soportes se pudo evidenciar que no se dará cumplimiento a lo descrito en el mapa de riesgos de las vigencias auditadas, por cuanto no se logra completar la meta propuesta de visitas a los prestadores de servicios de salud, pese a la programación de las mismas para el periodo 2017, lo anterior debido a que no se cuenta con la cantidad necesaria de talento humano para ello. Es así, que se materializa el riesgo propuesto de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2003 de 2014, y en el incumplimiento del plan de visitas a los prestadores.

### 10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.

10.1 Implementar un sistema de control en la entrega de los carnet para los diferentes trámites que solicitan las personas en la SDS, por cuanto no se encuentran prenumerados y se hace dispendioso estar contando cuántos se entregan, cuántos se dañan y cuántos quedan en inventario, por lo tanto se debe exigir al proveedor que los entregue prenumerados para el lógico control de los plásticos.

10.2 Implementar una metodología que permita entregar recursos a los tribunales de ética con el propósito que no se desvíen recursos públicos susceptibles de no posterior recuperación.

 <p>ALCALDIA 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.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

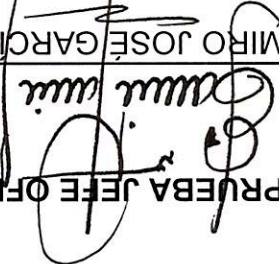
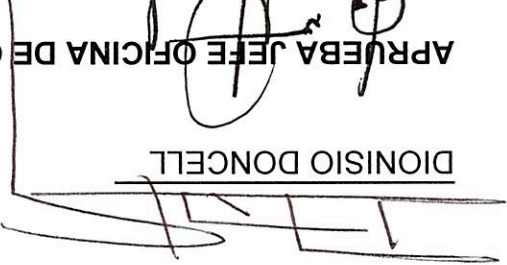
	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
---	---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

10.3 Realizar la mayor acción posible para que los abogados externos que se llevan documentos fuera de la entidad de los procesos de investigación a prestadores de servicios de salud, no conlleven a la posible pérdida de los mismos, teniendo como consecuencia la reconstrucción de expedientes que no han sido escaneados o guardado en medio magnético.

10.4 Efectuar los mayores esfuerzos con el propósito de evitar la pérdida de caducidad en las investigaciones administrativas por cuanto se pierden recursos tales como humano, financieros y tiempo en procesos jurídicos que no conducen a la solución de un conflicto de intereses.

10.5 Efectuar las acciones pertinentes a que haya lugar para el manejo del archivo de expedientes de investigación, por cuanto se presume se deterioren en el actual lugar de bodegaje, debido a posible anegación o rompimiento de tubos de aguas negras y contaminación de los mismos y por salud de las personas que acuden a este lugar.

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

  
 EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA  
 APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO,  
  
 DIONISIO DONCELL