

 <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 AUDITORÍA ESPECÍFICA GESTIÓN BASADA EN RIESGOS DE
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

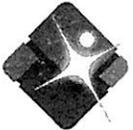
**AUDITOR (ES):
LÍDER: ROCIO ZABALA**

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

**BOGOTÁ D.C., JULIO DE 2018
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD**

ÍNDICE

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	3
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	3
5. MARCO LEGAL.....	3
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	4
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	5-19
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	19-20
9. NO CONFORMIDADES.....	20
10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS.....	20-21
11. CONCLUSIONES.....	21
12. ANEXOS.....	21

 <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 Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.

De acuerdo con lo establecido en el Plan de auditoría 2018 de la Oficina de Control Interno se programó la realización de la auditoría al Proceso de Planeación Institucional y Calidad, con el propósito de verificar la eficacia de los controles internos planteados en el mapa de riesgos 2017, el cumplimiento de las funciones del Decreto 507 de 2013 y el avance en la implementación de los Sistemas de Gestión en la Entidad.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.

- Verificar la eficacia y efectividad de los controles.
- Verificar la implementación de las acciones de mitigación del riesgo producto de la Autoevaluación del control.
- Verificar la documentación del proceso actualizada en el aplicativo ISOLUCION.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

Desde: la identificación de los riesgos del proceso evaluado, la autoevaluación de los riesgos realizada por el proceso de gestión de Planeación Institucional y Calidad en agosto de 2017 y el Decreto 507 de 2013.

Hasta: el seguimiento ciclo de mejoramiento continuo

Periodo a evaluar: año 2017 - febrero 2018

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

- Lineamiento Riesgos SDS
- Mapa de riesgos año 2017
- Resultados de Auditorias año anterior
- Planes de mejoramiento existentes
- Caracterización SIG del Proceso
- Documentación suministrada por el proceso evaluado y demás adoptados por el proceso en el Sistema Integrado de Gestión
- Decreto 507 de 2013

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."
- **Ley 489 de 1998** "Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública."
- **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".

 <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 Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

- **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”.
- **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.”
- **Decreto 943 de 2014** “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).”
- **Decreto 648 de 2017** “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”, específicamente en lo relacionado con el Sistema Institucional y Nacional de Control Interno.
- **Decreto 1499 de 2017** “ 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”
- **Resolución 2773 del 27 de diciembre de 2017** “Por medio de la cual la Secretaría Distrital de Salud adopta las Normas Internacionales para el ejercicio profesional de la Auditoría Interna, el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor”
- **Directiva Presidencial 09 de 1999** “Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.”
- **Código de Ética** Oficina de Control Interno SDS
- **Estatuto de Auditoría Interna** Oficina de Control Interno SDS
- **Normas Internacionales para el Ejercicio de la Auditoría** Oficina de Control Interno SDS

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 cuatro (4) etapas, así:

Etapas No.1- Evaluación de la documentación del proceso (SDS-PYC-LN-004, SDS-PYC-LN-002, SDS-PYC-LN-008, caracterización del proceso, Decreto 507 de 2013), revisión de lineamientos, formatos y demás documentos que están publicados en ISOLUCION

Etapas No.2- Evaluación del mapa de riesgos 2017 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.

Etapas No.4- Verificación de los planes gerenciales de los subsistemas SIG



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



7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

Se da inicio a la auditoria programada al proceso de Planeación Institucional y Calidad con mesa de apertura el 27 de abril de 2018 con los profesionales designados al Proceso Fernando Fuentes, Álvaro Amado y Oscar Reyes.

Se empezó la auditoria con visita de campo al proceso revisando la documentación del proceso, la caracterización SDS-PYC-CAR-001 y Decreto 507 de 2013.

Visualización Documentos
Código: SDS-PYC-CAR-1 Versión: 7 Fecha: 26/Sep/2017

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		CÓDIGO: SDS-PYC-CAR-001
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD		FECHA DE VIGENCIA: 26/Sep/2017

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
3	01/Jul/2011	Se requiere actualizar la versión 2 para se ajusten las entradas, transformaciones y salidas del proceso, ajustándolas a la nueva plantilla en el aplicativo isolucion. Para esta versión se modifica la codificación de la caracterización por efectos de la nueva plantilla.
4	14/Sep/2011	Se requiere actualizar la versión 3 para ajustar las entradas, transformaciones y salidas del proceso. Se incluye matriz de recursos del proceso.
5	19/Ago/2015	El presente documento fue creado antes de la reorganización de la Secretaría distrital de salud y se identificaba con la codificación 14-MEC-CAR-001-V.6, por cambios estructurales y con fundamento en el Decreto 507 de 2013 fue necesario actualizar el nombre de las dependencias, anexos y el código de los documentos referenciados en las actividades.
6	02/May/2016	De acuerdo a plan de trabajo para el último trimestre del año 2015 se migra la caracterización del proceso a esta nueva plantilla de acuerdo a instrucciones de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.
7	02/Sep/2017	Se actualiza la caracterización de acuerdo a las entradas, salidas y actividades; matrices de recursos (tecnológico, humana, físico y financiero) y políticas de operación respectivamente.

MACROPROCESO		PROCESO	
OBJETIVO DEL PROCESO	ALCANCE DEL PROCESO	Planeación Institucional y Calidad	
Dirigir y coordinar el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y realizar seguimiento a la gestión de la Entidad, para el fortalecimiento interno y la satisfacción de las partes interesadas	Dar lugar a la adopción de normas, formulación de lineamientos, metodologías e instrumentos en materia de planeación institucional y de sistemas de gestión (Gestión de Calidad, Control Interno, Gestión ambiental, Seguridad y salud en el trabajo, Seguridad Informática, Gestión documental y archivo y Responsabilidad Social), partiendo por su implementación y medición, hasta el mejoramiento continuo institucional	LÍDER DEL PROCESO DIRECTOR (A)	

PROVEEDORES	ORIGEN	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	USUARIOS	ORIGEN
Proceso Planeación y Gestión		Informes de Gestión del Plan de Gobierno que finaliza Seguimiento a proyectos de			Todos los procesos de la	

Continuación del Decreto N° **507** DE **06 NOV. 2013** Página 42 de 43

Artículo 44°. DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD.
Corresponde a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad el ejercicio de las siguientes funciones:

1. Dirigir y coordinar el desarrollo administrativo y el fortalecimiento de la gestión institucional.
2. Proponer e implementar métodos, procedimientos y herramientas administrativas que permitan a la entidad cumplir con su misión institucional y responder adecuadamente a las necesidades de cambio.
3. Formular e implementar el Plan Estratégico de la Secretaría Distrital de Salud, integrado y hacerle seguimiento en coordinación con la Dirección de Planeación Sectorial.
4. Coordinar y gestionar la adopción de los planes estratégicos de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en coordinación con la Dirección de Planeación Sectorial.
5. Determinar los objetivos, estrategias, indicadores de resultados y demás aspectos relacionados con los procesos de planeación.
6. Realizar el seguimiento, análisis y monitoreo del desempeño y ajuste de los procesos de la entidad.
7. Diseñar estrategias, ejecución de políticas, planes, programas y proyectos que permitan el cumplimiento de los objetivos y entregables del Plan de Desarrollo, encaminados al logro de los objetivos de la Secretaría Distrital de Salud.
8. Dirigir, implementar y mantener los planes y programas relacionados con los sistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión (Gestión Ambiental, Gestión de Calidad, MEIC, Seguridad Informática, Seguridad y Salud Ocupacional, Responsabilidad Social, Gestión Documental).
9. Coordinar la adopción de las políticas y el desarrollo de los programas de racionalización y supervisión de trámites, procesos y procedimientos de trabajo, así como la elaboración, adecuación y ajuste de los documentos institucionales.
10. Asistir técnicamente a los procesos institucionales en cada una de las dependencias de la Secretaría para la implementación de las mejores prácticas, como mecanismo para el mejoramiento continuo de la calidad.
11. Dirigir los procesos de certificación y/o acreditación y promover una cultura de calidad en la Secretaría.
12. Desarrollar metodologías, instrumentos y herramientas necesarias para lograr la implementación de la gestión institucional.

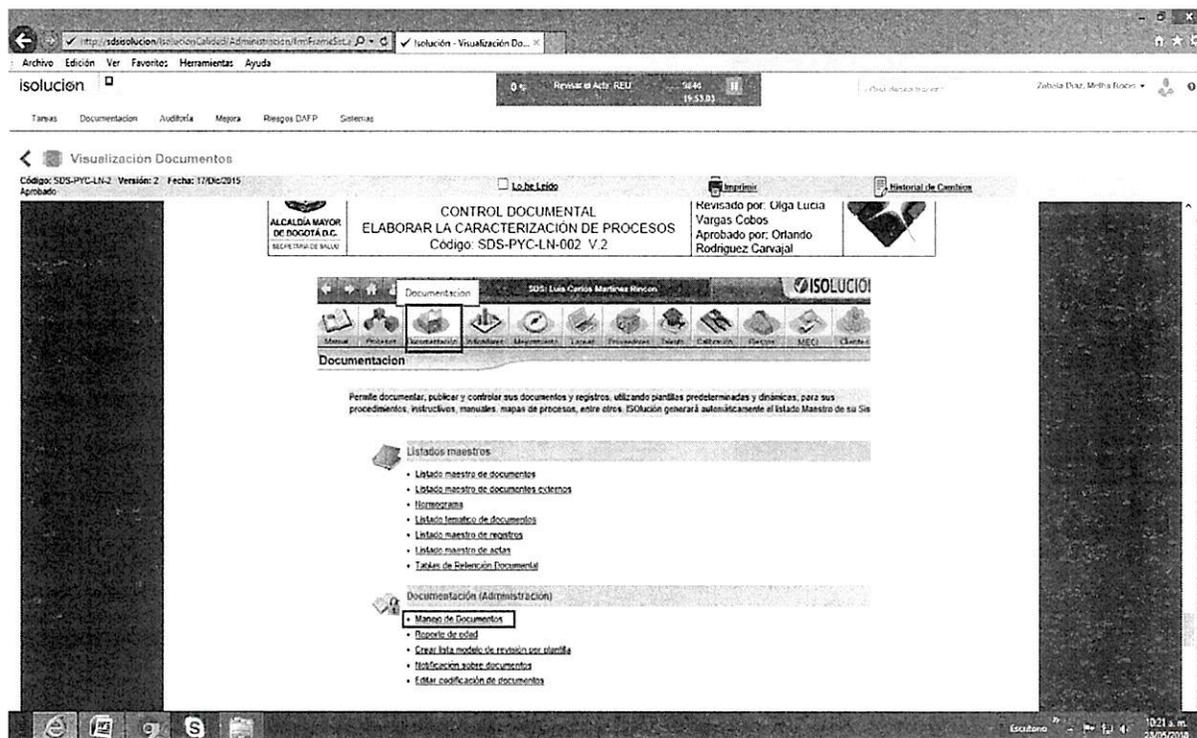


Se observo lo siguiente:

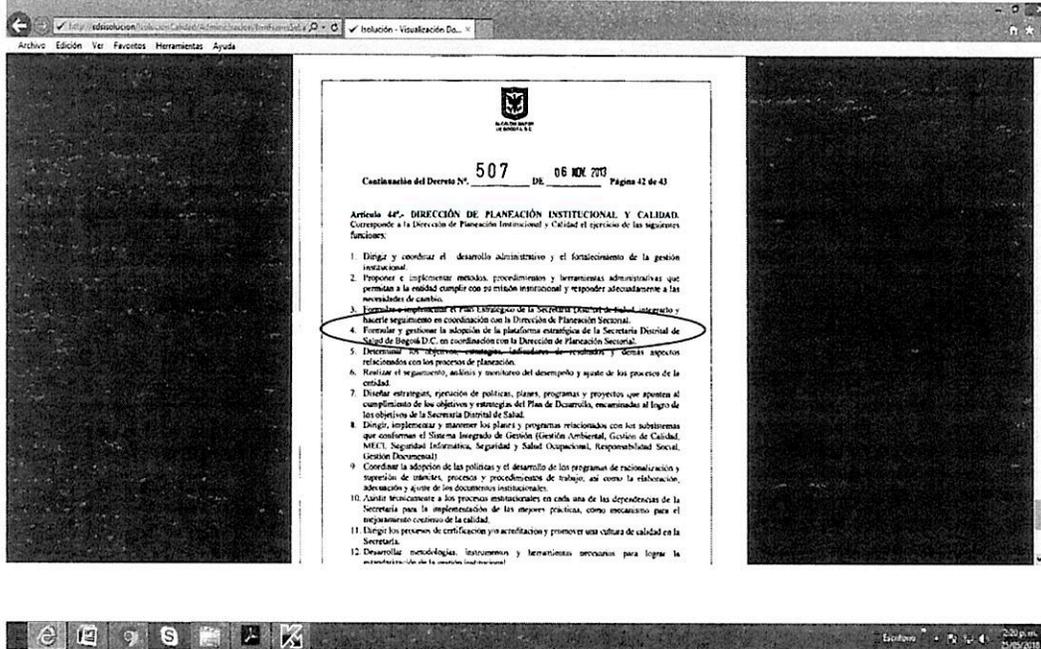
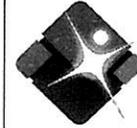
- El objetivo planteado en la caracterización sólo nos habla de dirigir y coordinar el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (SIG), y no hace referencia a las demás funciones del Decreto 507 del 2013.
- En la caracterización del proceso, en la etapa planear, una de las entradas del documento más exactamente la quinta (5) nos dice “Necesidades de la Entidad y los procesos institucionales relacionadas con acciones de sensibilización y difusión en materia del SIG” y la actividad relacionada es “identificar las necesidades de sensibilización y divulgación en temas del SIG definiendo los recursos técnicos y logísticos”; pero no se evidencia una herramienta clara que permita recopilar las necesidades de los todos los procesos de la Entidad; y en el verificar y actuar de la misma actividad dice “verificar y ajustar si es necesario las metodologías de sensibilización y difusión de la información”; pero tampoco se evidencia metodología para ello, por lo cual no se pudo verificar esta actividad.

Entidad	Objetivo	Actividad	Resultado	Indicador	Valor
Departamento Administrativo del Servicio Civil	EXT.	Lineamientos del orden Distrital para el desarrollo, sostenibilidad y mejora del SIG	del SIG (P) Adoptar los lineamientos, metodologías e instrumentos para el desarrollo y actualización del SIG, emitiendo los lineamientos requeridos al interior de la Entidad (M)	Lineamientos, metodologías e instrumentos para el desarrollo y actualización del Sistema Integrado de Gestión	
Ventura Distrital	EXT.	Lineamientos del orden Distrital para el desarrollo, sostenibilidad y mejora del SIG - Subsistema de control interno	Verificar la aplicabilidad de los lineamientos, metodologías e instrumentos al interior de los procesos (V)		
Archivo Distrital - Nacional	EXT.	Lineamientos del orden nacional y distrital para el desarrollo, sostenibilidad y mejora del SIG - Subsistema de gestión documental y archivo	Ajustar los lineamientos, metodologías e instrumentos, de acuerdo con el resultado de la verificación realizada (A)		
Todos los procesos de la Secretaría Distrital de Salud	INT.	Información relacionada con la implementación de SIG y la Planeación Institucional en los Entes Institucionales	Análisis de la normatividad para dar cumplimiento a los requisitos de desarrollo institucional establecidos. (P)	Entes de Control	EXT.
Alcaldía Mayor de Bogotá	EXT.	Requerimientos de información relacionados con el SIG y la Planeación Institucional	Definir y socializar las herramientas para la consolidación de la información (M)	Proceso Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión	INT.
Ventura Distrital - Departamento Administrativo de la Función Pública - Archivo Distrital / Nacional, Comisión Intersectorial del SIG y demás entidades relacionadas con los subsistemas del SIG	EXT.	Requerimientos de información relacionados con el SIG y la Planeación Institucional	Verificar la información recibida para el desarrollo institucional (V)	Informes de Desarrollo Institucional	Alcaldía Mayor de Bogotá
Todos los procesos de la Secretaría Distrital de Salud	INT.	Necesidades de la Entidad y los procesos institucionales relacionados con acciones de sensibilización y difusión en materia del SIG	Identificar las necesidades de sensibilización y divulgación en temas del SIG definiendo los recursos técnicos y logísticos (P) Desarrollar las acciones requeridas para la sensibilización y difusión de la información, en temas del SIG y la Planeación Institucional (M) Verificar y ajustar si es necesario las metodologías de sensibilización y difusión de la información (V, R)	Acciones de sensibilización y divulgación en materia del Sistema Integrado de Gestión y de planeación institucional	Todos los procesos de la Secretaría Distrital de Salud
Todos los procesos de la Secretaría de Salud	INT.	Requerimientos de soporte del punto de acceso del SIG Necesidades de mejora del punto de acceso del SIG	Recepcionar y clasificar las solicitudes de soporte del aplicativo de gestión documental (P)	Proceso Gestión de Comunicaciones	INT.

- Se evidencia que el lineamiento de elaboración de caracterización SDS-PYC-LN-002, se encuentra desactualizado ya que se refiere la NTCGP: 1000:2009, cuando ya esta derogada por el Decreto 1499 de 2017.



- Se solicitaron evidencias de las actividades planteadas en la caracterización relacionada con la asistencia técnica a la formulación a los Planes Operativos Anuales de cada proceso, en sus fases de revisión, formulación, seguimiento y reporte de los mismos, se aportaron listados de asistencia.
- En la caracterización del proceso se revisaron las entradas, salidas, proveedores, usuarios y actividades planteadas.
- Se reviso el Decreto 507 de 2013 y sus funciones, las cuales se pudieron verificar a través de soportes y evidencias con excepción de una función que se resalta en el impr pant que se copia a continuación.



Se indagó y se solicitaron evidencias con los profesionales de Planeación Institucional y Calidad a este respecto; pero no se evidenció articulación con la Dirección de Planeación Sectorial, incumpliendo con esta función del Decreto 507 de 2013.

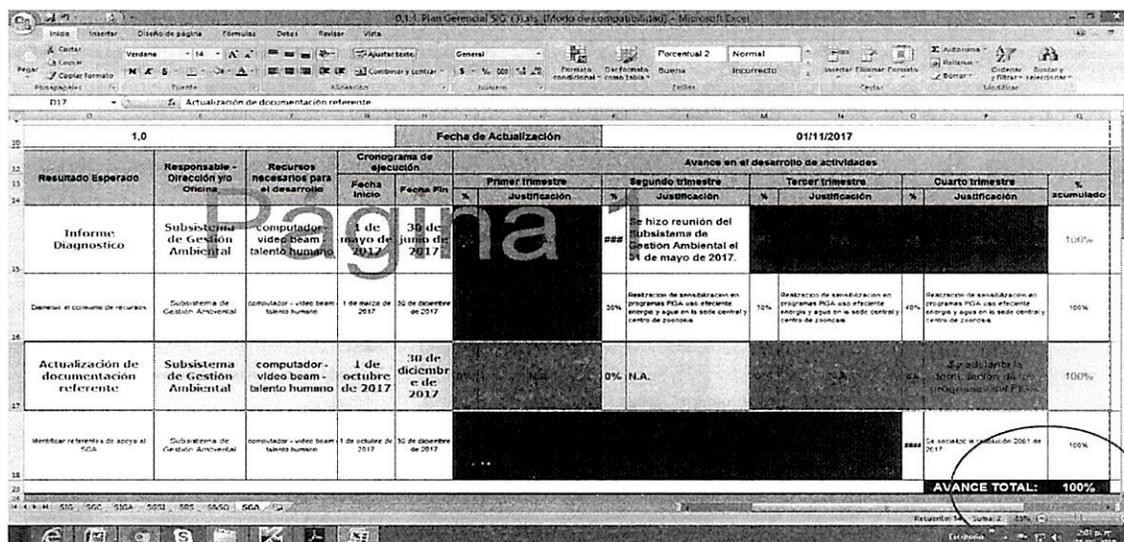
Las demás funciones del Decreto 507 del 2013 se revisaron y se tienen evidencias organizadas de su cumplimiento.

Se solicitó el Plan Gerencial del Sistema Integrado de Gestión año 2017, con corte a 31 de diciembre, en el cual se registra un 83% de cumplimiento del mismo.

Subsistemas	Responsables	Avance en el desarrollo de actividades				TOTAL
		Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre	
Gestión de Calidad - SGC	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	28%	32%	29%	13%	100%
Interno de Gestión Documental y Archivo - SGA	Dirección Administrativa	0%	4%	5%	2%	11%
Gestión de Seguridad de la Información - SGI	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	74%	15%	36%	8%	85%
Responsabilidad Social - SRS	Dirección de Participación Social	0%	20%	20%	60%	100%
Gestión Ambiental - SGA	Dirección Administrativa Dirección de Salud Pública	0%	33%	8%	60%	100%
Control Interno - SCI	Oficina de Control Interno	25%	25%	25%	25%	100%
Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - S&SO	Dirección de Talento Humano	29%	19%	22%	15%	85%
Sistema Integrado de Gestión - SIG						83%

Se observó lo siguiente:

- Se evidenció Plan Gerencial año 2017, suscrito por cada uno de los subsistemas.
- Para el Subsistema de Gestión Ambiental reportan 100% de cumplimiento, se solicitaron los soportes y se observó que las evidencias aportadas no coincidían con los porcentajes escritos, por ejemplo se solicitó el diagnóstico del Subsistema de Gestión Ambiental que estaba para ejecución en el segundo trimestre del año 2017, actividad que se justifico con una reunión que se realizó el 31 de mayo de 2017, donde anotaron que el diagnóstico no se había realizado en la fecha estipulada, otra actividad verificada es la actualización de documentación referente al Sistema, programada para el cuarto trimestre del año 2017, se adelanto la revisión del programa PIGA y otros documentos no aprobados; no tiene coherencia con la calificación del 100% que se registró, tal y como se observa en el siguiente gráfico:



		Fecha de Actualización		01/11/2017						
Resultado Esperado	Responsable - Dirección y/o Oficina	Recursos necesarios para el desarrollo	Cronograma de ejecución		Avance en el desarrollo de actividades				% acumulado	
			Fecha Inicio	Fecha Fin	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre		
					Justificación	Justificación	Justificación	Justificación		
Informe Diagnostico	Subsistema de Gestión Ambiental	Computador, video beam y talento humano	1 de mayo de 2017	30 de junio de 2017	100%	Se hizo reunión del Subsistema de Gestión Ambiental el 31 de mayo de 2017.				100%
Demanda el consumo de recursos	Subsistema de Gestión Ambiental	computador - video beam talento humano	1 de marzo de 2017	30 de octubre de 2017	50%	Destricción de saneamiento en programas PIGA una eficiente energía y agua en la sede central y centro de atención	10%	Destricción de saneamiento en programas PIGA una eficiente energía y agua en la sede central y centro de atención	40%	100%
Actualización de documentación referente	Subsistema de Gestión Ambiental	computador - video beam - talento humano	1 de octubre de 2017	30 de diciembre de 2017	0%	N.A.				100%
Identificar y tener a la mano al SIGLA	Subsistema de Gestión Ambiental	computador - video beam talento humano	1 de octubre de 2017	30 de diciembre de 2017	100%				100%	100%
AVANCE TOTAL: 100%										

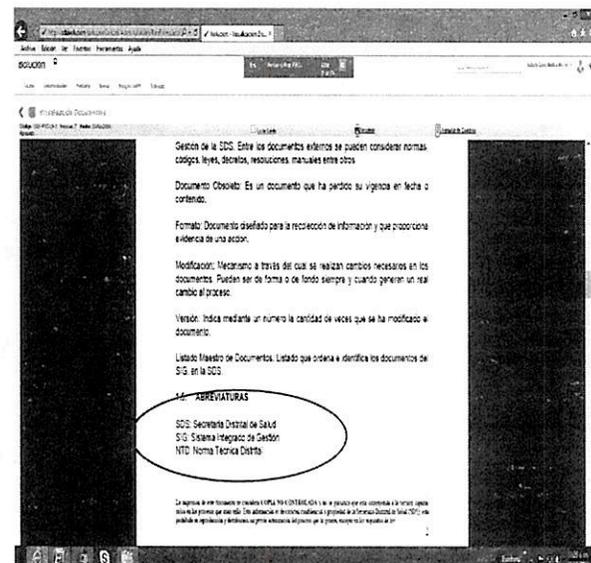
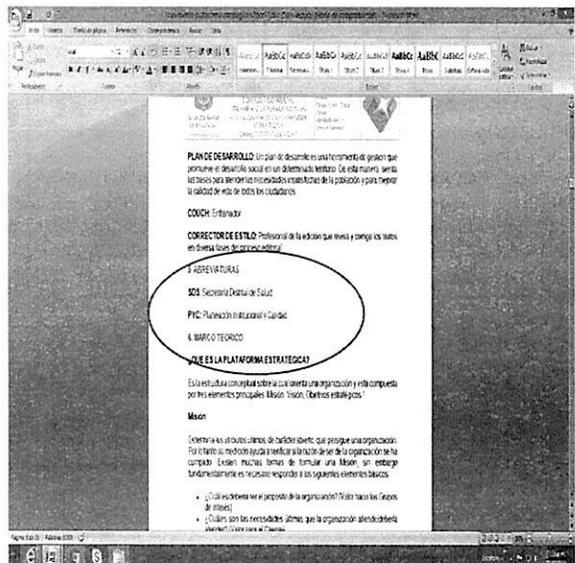
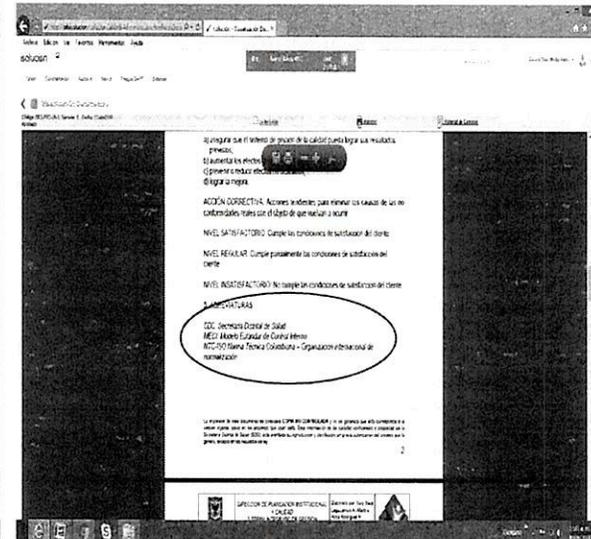
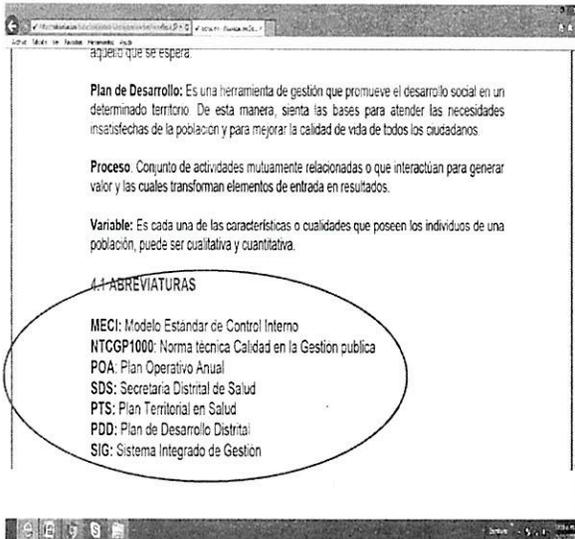
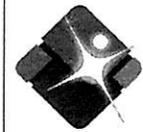
Por otra parte durante la visita de campo se indago acerca de la definición de SIGLA y ABREVIATURA

Definiciones

Sigla: Abreviatura formada por las letras iniciales de un sintagma, normalmente nombres de instituciones, empresas, etc

Abreviatura: Procedimiento que se utiliza para representar palabras escribiendo sólo una o varias de sus letras.

Encontrando lo siguiente en los lineamientos que tiene el proceso:



Por lo anterior se evidencia que es posible mejorar los documentos del sistema, aplicando de manera adecuada los términos y por ende contenidos.

Se hace una revisión de toda la documentación publicada en ISOLUCION donde se evidencia lo siguiente:

- Lineamientos desactualizados que a continuación se ilustran (Lineamiento formulación de políticas de operación):

 <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>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Visualización Documentos

Código: SDS-PYC-LN-0 Versión: 7 Fecha: 11/Mar/2016

operación en la Secretaría Distrital de Salud

Elementos clave de la plataforma estratégica	Elementos clave del contexto estratégico/ Política de riesgos	Riesgos asociados	Grupos de interés	Productos asociados de la caracterización	Procedimientos asociados	Marco normativo o Aplicable	Directrices de la política de operación
*Visión: Cumplimiento de estándares superiores de calidad	*Contexto Estratégico: Cultura organizacional deficiente enfocada hacia el mejoramiento continuo *Política de Riesgos: Perspectiva de prevención con respecto a los riesgos operativos	Pérdida de la memoria institucional relacionada con la documentación del Sistema Integrado de Gestión.	Todos los procesos de la Secretaría Distrital de Salud	Acciones de asesoría y asistencia técnica en temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión y Planeación Institucional.	Control de documentos SDS PYC PR-001	Norma NTCGP 1000	Ninguna Subsecretaría Dirección u oficina asesora de la SDS podrá crear, modificar, anular o divulgar documentos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión, sin la supervisión, evaluación, codificación y control de documentos por parte de la dirección de Planeación Institucional y Calidad. Cada vez que un colaborador de la SDS necesite un formato deberá descargarlo del aplicativo de uso formal de la documentación del SIG y NO guardará versiones de formatos en su computador. Todos los documentos del

Adicional a lo anterior el título del documento está incompleto:

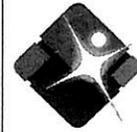
Visualización Documentos

Código: SDS-PYC-LN-0 Versión: 7 Fecha: 11/Mar/2016

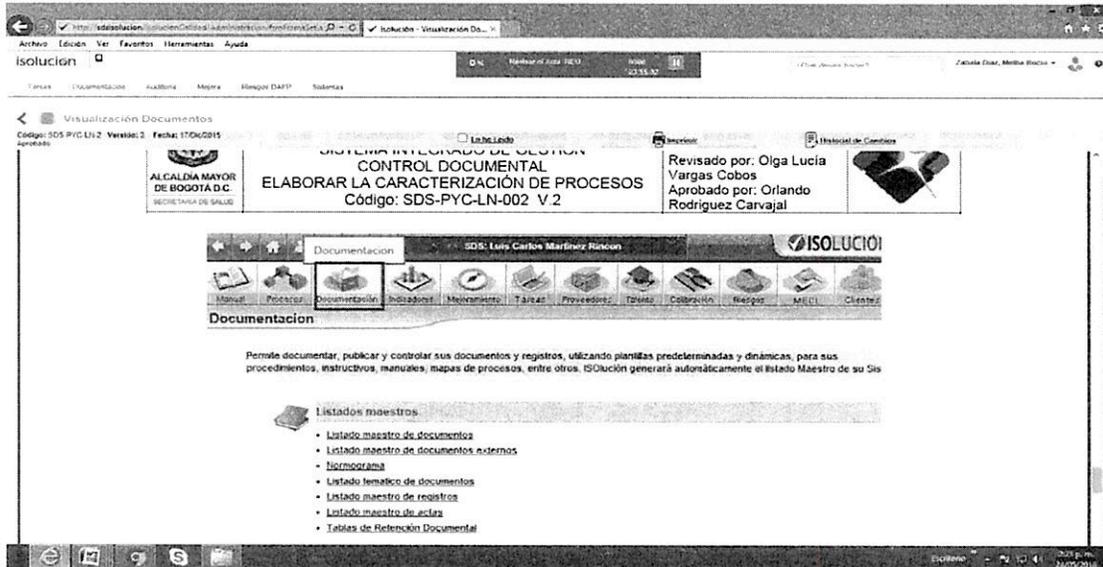
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL LINEAMIENTO DE Código: SDS-PYC-LN-008 V.2</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa, Luis Carlos Martínez Rincon Revisado por: Oscar Reyes Muñoz Aprobado por: Oscar Reyes Muñoz</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

1. OBJETIVO

Establecer directrices para la formulación de las Políticas de operación en la Secretaría Distrital de Salud, teniendo en cuenta los elementos establecidos por el Subsistema de Control Interno.



El documento denominado "Elaborar la caracterización de procesos" se encuentra desactualizado.

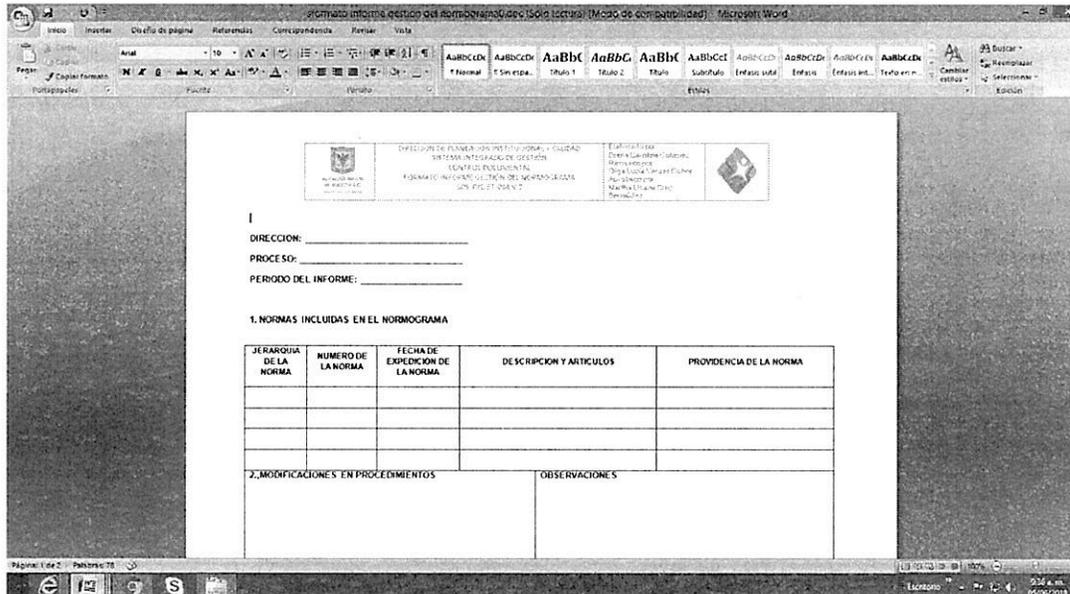


Construcción actualización y evaluación del cumplimiento legal:

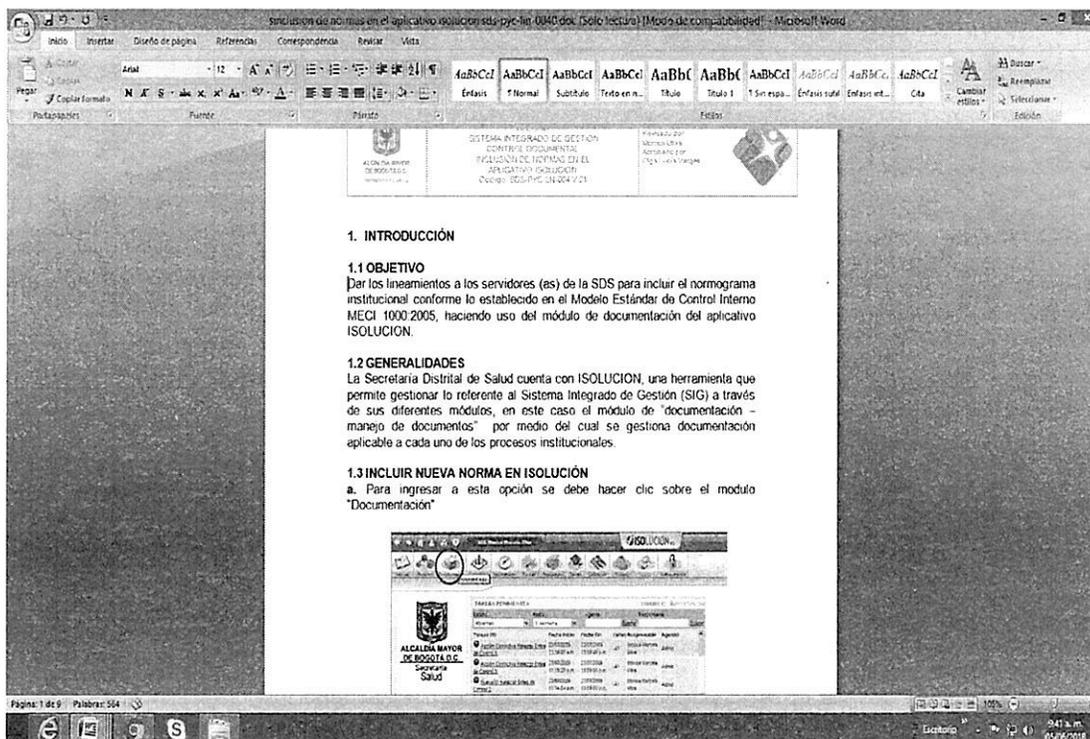
En la actividad No 3 de este procedimiento dice "Remitir cuatrimestralmente la matriz de cumplimiento legal a los procesos de la Entidad para la respectiva actualización, verificación y/o ajuste"; esta actividad no se cumple ya que esta remisión en la actualidad se esta realizando cada 3 meses.

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN	PRODUCTOS
1	INICIO				
2	Definir y dar instrucción de los parámetros para la construcción de la matriz de cumplimiento de la ley conforme a las normas NTP 500 (CCL) y NTC 5000	2 días	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	LISTADO DE ASISTENTES (FOLIORES) + MEDIO Y ADAPTIVA TÉCNICA
3	Remitir cuatrimestralmente la matriz de cumplimiento legal a los procesos de la Entidad para la respectiva actualización, verificación y/o ajuste	1 hora	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	CORREO ELECTRÓNICO Y/O MEMORANDO, MATRIZ DE CUMPLIMIENTO LEGAL
4	Revisar las disposiciones legales, reglamentarias o complementarias a la operación y función del proceso, según las actividades y servicios que genera	25 días	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Todos los procesos	PÁGINAS WEB RECONOCIDAS EN EL ÁMBITO JURÍDICO (CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, ETC.), CORREOS ELECTRÓNICOS DE ENTIDADES DEL ORDEN DISTRITAL O NACIONAL (BOLETÍN Y NOTICIERO JURÍDICO)
5	Actualizar, verificar y/o ajustar la matriz de cumplimiento legal por parte del responsable público de la dirección y/o proceso	3 días	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Todos los procesos	MATRIZ DE CUMPLIMIENTO LEGAL
6	Remitir a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para su concordación y revisión respectiva	10 minutos	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Todos los procesos	MATRIZ DE CUMPLIMIENTO LEGAL, CORREO ELECTRÓNICO
7	Revisar que el formato "Matriz de Cumplimiento de la Ley" se encuentre debidamente diligenciado, y cumple con las condiciones y especificaciones establecidas	5 días	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	MATRIZ DE CUMPLIMIENTO LEGAL
8	¿La matriz se encuentra actualizada? Si o No (3)	No aplica			No aplica
9	Remitir semestralmente o cuando se requiera la Matriz de Cumplimiento de la Ley a la Oficina Asesora Jurídica para su revisión	2 horas	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	CORREO ELECTRÓNICO OFICIO MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE LOS LEGALES
10	Asesorar, revisar y/o apoyar en materia jurídica a los procesos de la Secretaría Distrital de Salud acerca de la vigencia y aplicabilidad de las normas contenidas en la Matriz de Cumplimiento de la Ley	1 día	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Oficina Asesora Jurídica	MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE LO LEGAL + LISTADO DE ASISTENTES (FOLIORES) + ACTA DE REUNIÓN
11	¿Las Normas se encuentran vigentes y son competencia del proceso? Si o No a la actividad (3)	No aplica			No aplica
12	Socializar los requisitos legales a los servidores públicos de los procesos	1 día	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Todos los procesos	CORREOS ELECTRÓNICOS Y/O MEMORANDOS + ACTA DE REUNIÓN + CAPACITACIONES Y JOVENALES INFORMATIVAS + MEDIO Y ADAPTIVA TÉCNICA
13	Actualizar Normograma en el Aplicativo de Gestión Documental	5 días	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
14	Publicar el normograma en la página Web de la Secretaría Distrital de Salud	5 días	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Oficina Asesora de Comunicaciones Dirección Tecnológica de Información y Comunicaciones TIC	Página web de la SDI - espacio de Transparencia y Acceso a la información pública - LINK Normograma http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/NormogramaSDS.aspx
15	Verificar el grado de cumplimiento de los requisitos normativos en el marco de las auditorías internas y/o aplicados de autoauditorías	10 días	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Oficina de Control Interno	MATRIZ DE CUMPLIMIENTO LEGAL
16	¿Se cumplen los requisitos normativos? Si o No (3)	No aplica			No aplica

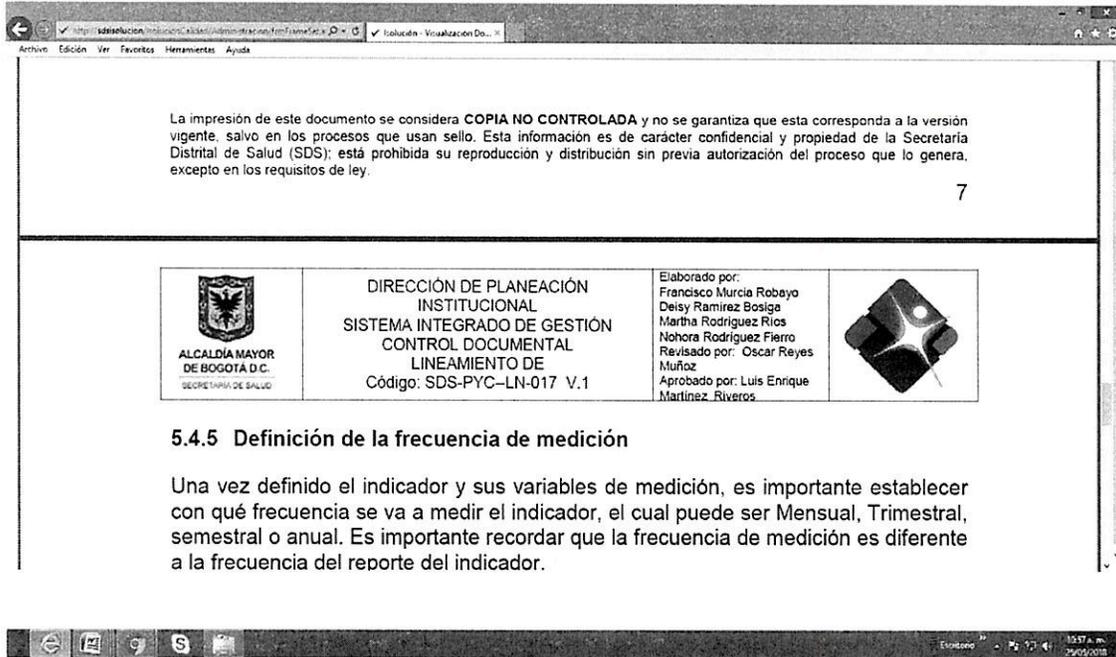
Formato informe gestión del normograma no se está utilizando:



Inclusión de Normas en el aplicativo ISOLUCIÓN) este lineamiento se encuentra desactualizado ya que contiene ilustraciones del aplicativo ISOLUCION versión 3 y a la fecha está vigente la versión 4.6:

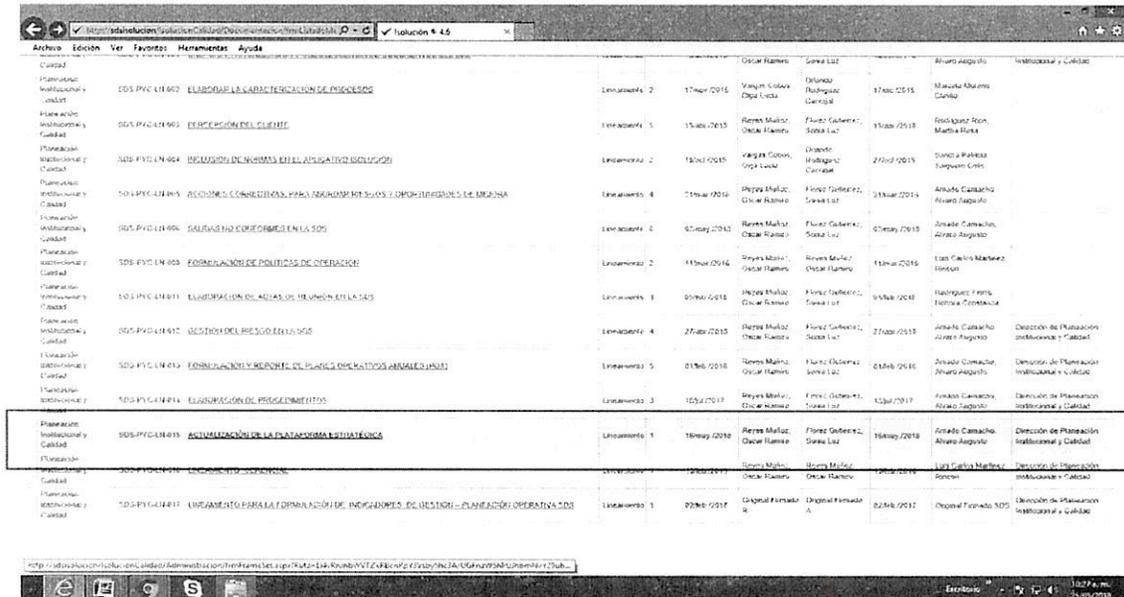


Lineamiento para la formulación de indicadores de gestión-planeación operativa SDS: el nombre del documento está incompleto:

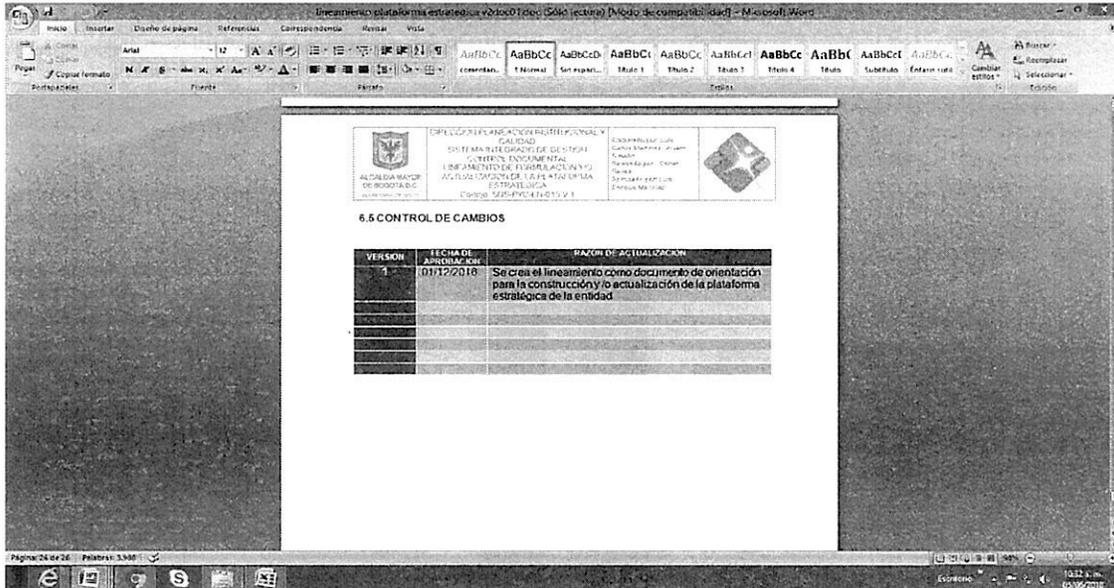


The screenshot shows a document viewer window. At the top, there is a warning message: "La impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley." Below this, the page number "7" is visible. The header of the document contains the logo of the Mayor's Office of Bogotá D.C. Secretariat of Health, the text "DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL LINEAMIENTO DE CÓDIGO: SDS-PYC-LN-017 V.1", and the names of the authors and reviewers: "Elaborado por: Francisco Murcia Robayo, Deisy Ramirez Bosiga, Martha Rodriguez Rios, Nohora Rodriguez Fierro. Revisado por: Oscar Reyes Muñoz. Aprobado por: Luis Enrique Martinez Riveros." The main body of the document contains the section "5.4.5 Definición de la frecuencia de medición" and a paragraph explaining the importance of defining the frequency of measurement for indicators.

Lineamiento de formulación y/o actualización de la plataforma estratégica se observa lo siguiente:

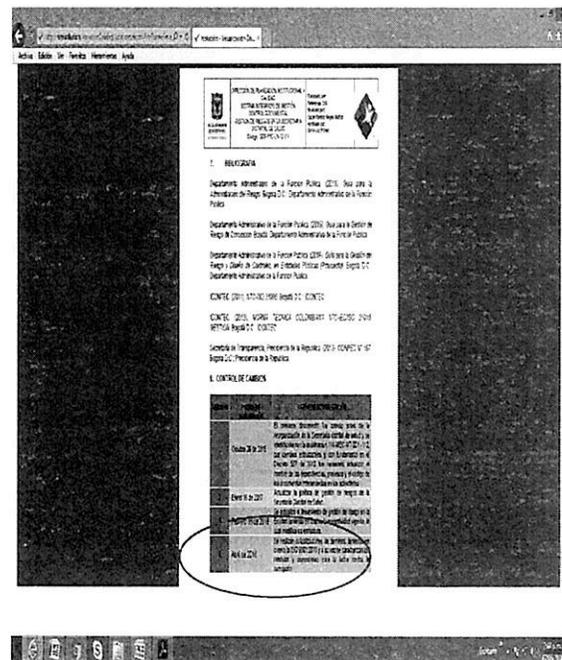
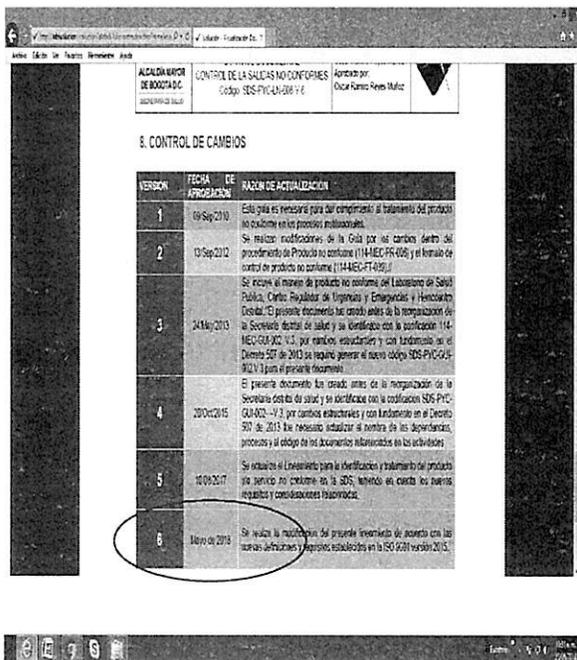


Código	Descripción	Fecha	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Entidad
SDS-PYC-LN-002	ELABORACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	17/ago/2015	Yanyun Colera, Olga Lucia	Francisco Rodriguez, Gerardo	17/ago/2015	Marcela Abame, Gerardo
SDS-PYC-LN-003	DEFINICIÓN DEL CLIENTE	15/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos, Rocio Muñoz, Susana Luc	Franco Caballero, Susana Luc	15/ago/2015	Esteban Rios, Martha Rios
SDS-PYC-LN-004	DEFINICIÓN DE NOMBROS EN EL ASISTENTE DE SOLUCIÓN	18/ago/2015	Vargas Colera, Olga Lucia	Gerardo Rodriguez, Gerardo	27/ago/2015	Sandra Patricia Turquem Castro
SDS-PYC-LN-005	ACORDOS CONVENIOS PARA ASISTENTES Y SUS EMPLEADOS DE BUENAS	21/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Franco Caballero, Susana Luc	23/ago/2015	Armando Camacho, Ariadna Tapia
SDS-PYC-LN-006	SEGUIMIENTO OPERATIVO EN LA SDS	03/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Franco Caballero, Susana Luc	03/ago/2015	Armando Camacho, Ariadna Tapia
SDS-PYC-LN-008	FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE OPERACIÓN	11/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	11/ago/2015	Luis Carlos Martinez Riveros
SDS-PYC-LN-011	ELABORACIÓN DE AGUAS DE BUENAS EN LA SDS	05/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Franco Caballero, Susana Luc	05/ago/2015	Hilary Queiroz, Patricia
SDS-PYC-LN-012	GESTIÓN DEL RIESGO EN LA SDS	27/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Franco Caballero, Susana Luc	27/ago/2015	Armando Camacho, Ariadna Tapia
SDS-PYC-LN-013	FORMULACIÓN Y REPORTES DE PLANES OPERATIVOS ANUALES (APO)	01/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Franco Caballero, Susana Luc	01/ago/2015	Armando Camacho, Ariadna Tapia
SDS-PYC-LN-014	ELABORACIÓN DE PROCCEDIMIENTOS	05/ago/2015	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Franco Caballero, Susana Luc	05/ago/2015	Armando Camacho, Ariadna Tapia
SDS-PYC-LN-015	ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	18/ago/2018	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Franco Caballero, Susana Luc	18/ago/2018	Armando Camacho, Ariadna Tapia
SDS-PYC-LN-016	INFORMACIÓN OPERATIVA	18/ago/2018	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	Rocio Muñoz, Oscar Ramos	18/ago/2018	Luis Carlos Martinez Riveros
SDS-PYC-LN-017	LINEAMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN-PLANEACIÓN OPERATIVA SDS	02/ago/2017	Orlando Fernandez	Orlando Fernandez	02/ago/2017	Orlando Fernandez



En las 2 anteriores ilustraciones se visualiza que en ISOLUCION en el listado de documentos del proceso de Planeación Institucional y Calidad aparece fecha de actualización mayo de 2018, cuando en realidad en el control de cambios del lineamiento esta con fecha de 2016.

Lineamiento control de la salidas no conformes: no se tiene definido en el control de cambios si se coloca día/mes/año o simplemente mes/año como se observa en la siguiente ilustración:





Lineamiento Gerencial: este lineamiento está articulado con el Decreto 507 de 2013 y se encuentra desactualizado en varios aspectos, algunos se resaltan a continuación;

Operativos Anuales a la Dirección	Especializado/ Universitario	Electrónico Acta de Reunión Listas de Asesoria
5 Recibir y revisar los Planes Operativos Anuales de los procesos asignados y solicitar los ajustes de ser necesario, según los periodos establecidos.	Profesional Especializado/ Universitario	Formato Plan Operativo Anual Correo Electrónico
6 Devolver los Planes Operativos Anuales a los procesos asignados para que se realicen los ajustes requeridos.	Profesional Especializado/ Universitario	Formato Plan Operativo Anual Correo Electrónico
7 Recibir y revisar los Planes Operativos Anuales de los procesos asignados ajustados	Profesional Especializado/ Universitario	Formato Plan Operativo Anual Correo Electrónico
8 Publicar en la intranet el reporte de los Planes Operativos Anuales de los procesos asignados	Profesional Especializado/ Universitario	Formato Plan Operativo Anual Intranet

10005

La NTCCP: 1000.2009, literal a, Numeral 4.1 establece que la entidad debe definir los procesos que le permiten cumplir la función que se le ha asignado.

El numeral 4.2.3, señala que, debe establecerse un procedimiento documentado para el control de documentos.

El numeral 5.6.2, establece que la alta dirección debe designar un (os) miembro (s) de la dirección de la entidad, quien debe tener la autoridad y responsabilidad del Sistema de Gestión de Calidad.

El cuarto párrafo del literal b, numeral 8.2.2, establece que, el responsable del proceso que esté siendo auditado debe asegurarse de que se realicen las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación.

El MECI: 1000.2014, el numeral 1.2.1, establece que la planeación es un proceso dinámico y sistemático que permite proyectarse a largo, mediano y corto plazo, de tal forma que se planeen programas, proyectos y actividades asignando responsables para su ejecución en cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales.

En cuanto a la revisión del mapa de riesgos año 2017 del proceso Planeación Institucional y Calidad se tuvo en cuenta el Lineamiento gestión del riesgo SDS con código SDS-PYC-LN-12 V2, observándose lo siguiente:

MAPA DE RIESGOS PROCESOS PIYC 2017

Objeto Proceso	Causa	Riesgo	Comentarios	Análisis del Riesgo		Zona de Riesgo	Opciones de Mitigación	Naturaleza del Control	Control	Evaluación del Riesgo		Opciones de Mitigación	
				Probabilidad	Impacto					Riesgo Residual	Zona de Riesgo		
Dirige y coordina el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y procesos, calidad, seguimiento a la No Cumplir los riesgos al momento de la planeación de la entidad para el normal funcionamiento de los procesos de gestión de las partes interesadas.	1 No actualiza la Documentación del Sistema Integrado de Gestión. 2 No Gestiona la Mesa Conjointe de los Procesos. 3 No Gestiona y monitorea el desarrollo de las acciones necesarias para el cumplimiento de la misión y visión de la entidad. 4 No realiza el reporte mensual para el normal funcionamiento de los procesos de gestión de las partes interesadas. 5 No cuenta con los herramientas de seguimiento y control.	No cumple con los requisitos de la Norma NTCCP 1000.2009 literal a, numeral 4.1 y numeral 4.2.3.	1 Faltas de la Certificación de Calidad con la Norma NTCCP 1000.2009. 2 Falta de planes de acción para las áreas encargadas de verificar el Sistema Integrado de Gestión. 3 Proceso en las actividades necesarias para la actualización de la documentación del SIG. 4 Cumplimiento de los metas y objetivos planeados. 5 Falta de credibilidad e imagen del proceso de seguimiento. 6 Inseguidad distribuida.	PROBABLE	MAJOR	CRÍTICA	Está	Preventivo	1 Realizar seguimiento a través de la mesa conjunta en los PCA. 2 Monitorear el estado de las acciones en los procesos. 3 Verificar las bases para reportar del sistema de gestión documental. 4 Realizar seguimiento a las acciones y acciones realizadas. 5 Realizar seguimiento a las herramientas de seguimiento y control.	BAJO	MAJOR	ALTA	Está
Dirige y coordina el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y procesos, calidad, seguimiento a la gestión de la entidad, para el funcionamiento normal de la actividad de las partes interesadas.	1 No Gestionar y monitorear los componentes del Plan Anunciations y Atención al Ciudadano. 2 Falta de seguimiento al reporte de la información del SIG en los procesos. 3 No realizar seguimiento al reporte de la información del SIG en los procesos. 4 No realizar seguimiento al reporte de la información del SIG en los procesos. 5 No realizar seguimiento al reporte de la información del SIG en los procesos.	No da respuesta a los requisitos de la Norma NTCCP 1000.2009 literal a, numeral 4.1 y numeral 4.2.3.	1 Falta de planes de acción para las áreas encargadas de verificar el Sistema Integrado de Gestión. 2 Cumplimiento de las metas y objetivos planeados. 3 Falta de credibilidad e imagen del proceso de seguimiento. 4 Inseguidad distribuida.	PROBABLE	MAJOR	CRÍTICA	Está	Preventivo	1 Monitorear el cumplimiento del Plan Anunciations y Atención al Ciudadano. 2 Realizar seguimiento a los reportes de la información para el desarrollo institucional.	BAJO	MAJOR	ALTA	Está

 <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>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

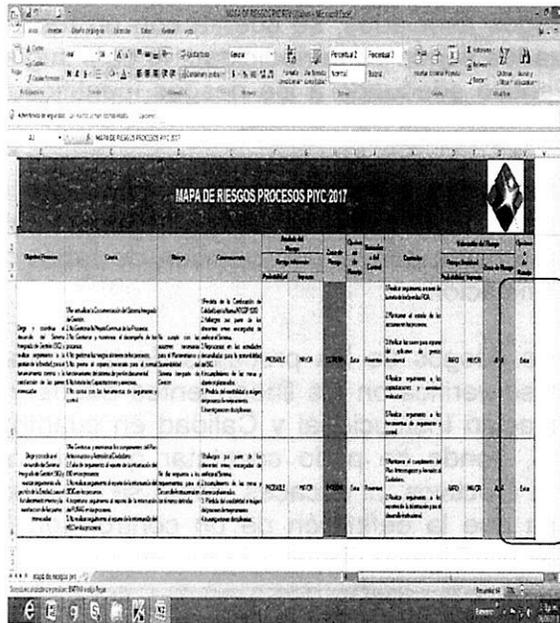
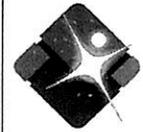
El proceso cuenta con un total de dos (2) riesgos asociados, se cuenta con un total de siete (7) controles los cuales fueron autoevaluados según su periodicidad, lo cual sugiere que el proceso cuenta con un esquema preventivo adecuado a los riesgos identificados del Sistema Integrado de Gestión.

Los riesgos relacionados con la plataforma estratégica institucional y que son incluidos en el mapa de riesgos del proceso de Planeación Institucional y Calidad, deben estar articulados, por lo cual se recomienda que se cuente con la participación de todos los procesos estratégicos de la Entidad para su formulación.

Se efectuó una revisión aleatoria del mapa de riesgos de los procesos de la Entidad, escogiendo el proceso de contratación donde se verificaron los lineamientos dados y el apoyo a la gestión de los referentes de Planeación Institucional y Calidad en cuanto al tema de identificación de riesgos y controles, donde se pudo constatar que algunos controles y tipos de control no son medibles, ni efectivos, ni eficaces, como se evidencia en el siguiente ilustración; teniendo en cuenta que la definición de un control son las medidas preventivas y correctivas encaminadas a mitigar o prevenir la materialización de un riesgo, estos controles deberán ser medibles.

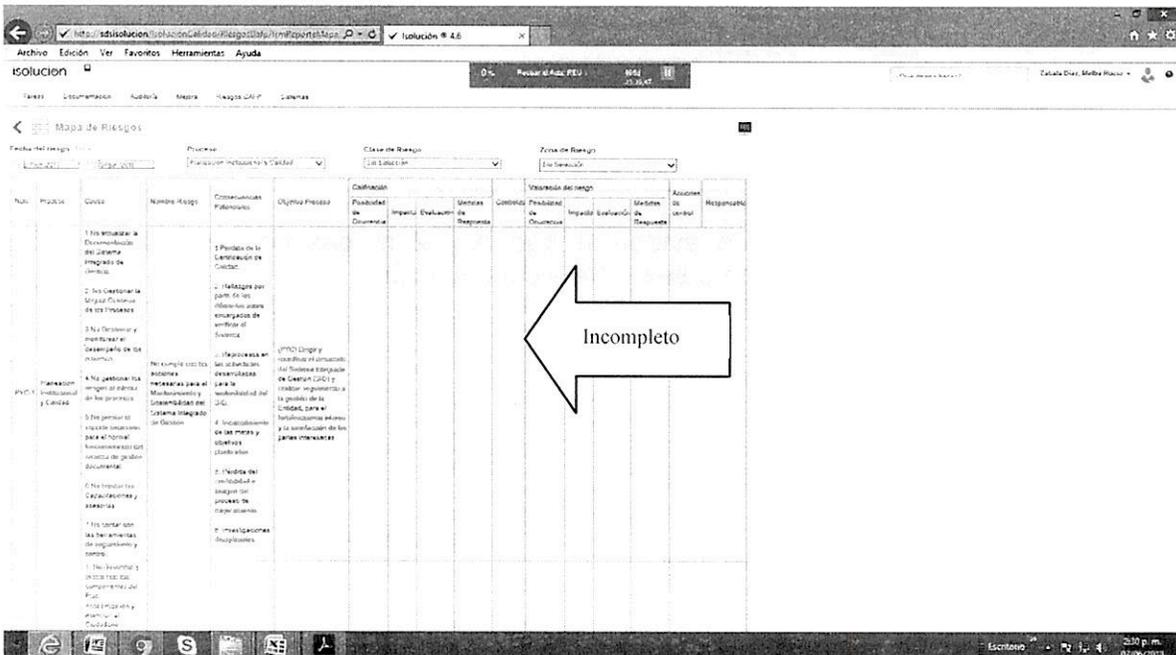
Proceso	Objetivo Proceso	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del Riesgo inherente		Zona de Riesgo	Opciones de Manejo	Naturaleza del Control	Controles	Tipo de Control
					Probabilidad	Impacto					
Gestión Contractual	<p>Gestionar los procesos contractuales de personas naturales y jurídicas para el apoyo de la gestión institucional, garantizando que éstos se ajusten al marco legal, a los planes, programas y proyectos de la entidad.</p>	<p>*Inadecuados procedimientos internos *Indebida aplicación de la normatividad que rige la contratación estatal *Errores en la digitalización documental/publicación *Publicación inadecuada del acto administrativo</p>	<p>Elaboración y publicación de Actos Administrativos, de forma errónea en la etapa precontractual</p>	<p>*Investigaciones y sanciones Disciplinarias *Retraso en el cumplimiento de los objetivos y metas *Incumplimiento en la satisfacción de las necesidades de la entidad.</p>	Raro	Menor	Bajo	asumir el riesgo	Preventivo	<p>Seguimiento a la etapa precontractual</p> <p>Socializar los cambios normativos aplicables al proceso.</p> <p>El administrador del SE COP II diariamente vigila las alertas a los trámites.</p>	<p>Herramienta: Aplicativo de seguimiento - CORDIS Listas de Chequeo</p> <p>Resolución- Capacitaciones</p> <p>Lectura cuidadosa y vistos buenos</p> <p>Verificación y ajustes del documento / publicación</p>

En la carpeta compartida (O) se evidencia que hay 2 mapas de riesgos 2017 con diferentes opciones de manejo como se ilustra a continuación:



Proceso	Objetivos	Causa	Ejemplo	Consecuencia	Nivel de Riesgo		Zona de Riesgo	Indicadores de Riesgo					Control de Riesgo
					Probabilidad	Impacto		Indicador	Medida de Control	Responsable	Fecha de Vigencia	Estado	
Proceso de Atención al Ciudadano	No atender la solicitud de los ciudadanos de Bogotá	No contar con el personal necesario para atender a los ciudadanos	Falta de personal capacitado para atender a los ciudadanos	Falta de atención al ciudadano	Alto	Alto	Alto	Indicador 1: No se cuenta con el personal necesario para atender a los ciudadanos	Medida de Control 1: Contratación de personal	Responsable: Jefe de Oficina	Fecha de Vigencia: 2017	Estado: Actual	Observaciones: No se evidencia la contratación de personal
					Medio	Medio	Medio	Indicador 2: No se cuenta con el personal necesario para atender a los ciudadanos	Medida de Control 2: Capacitación del personal	Responsable: Jefe de Oficina	Fecha de Vigencia: 2017	Estado: Actual	Observaciones: No se evidencia la capacitación del personal
					Bajo	Bajo	Bajo	Indicador 3: No se cuenta con el personal necesario para atender a los ciudadanos	Medida de Control 3: Asignación de personal	Responsable: Jefe de Oficina	Fecha de Vigencia: 2017	Estado: Actual	Observaciones: No se evidencia la asignación de personal
					Muy Bajo	Muy Bajo	Muy Bajo	Indicador 4: No se cuenta con el personal necesario para atender a los ciudadanos	Medida de Control 4: Evaluación del desempeño	Responsable: Jefe de Oficina	Fecha de Vigencia: 2017	Estado: Actual	Observaciones: No se evidencia la evaluación del desempeño

Adicional a lo anterior, no se tiene definido la publicación en ISOLUCION o en carpetas compartidas el mapa de riesgos, si bien es cierto ya se realizó la autoevaluación en el segundo semestre de 2017, no se evidencia para esta vigencia en el aplicativo 4.6 la inclusión del resultado de esa autoevaluación.

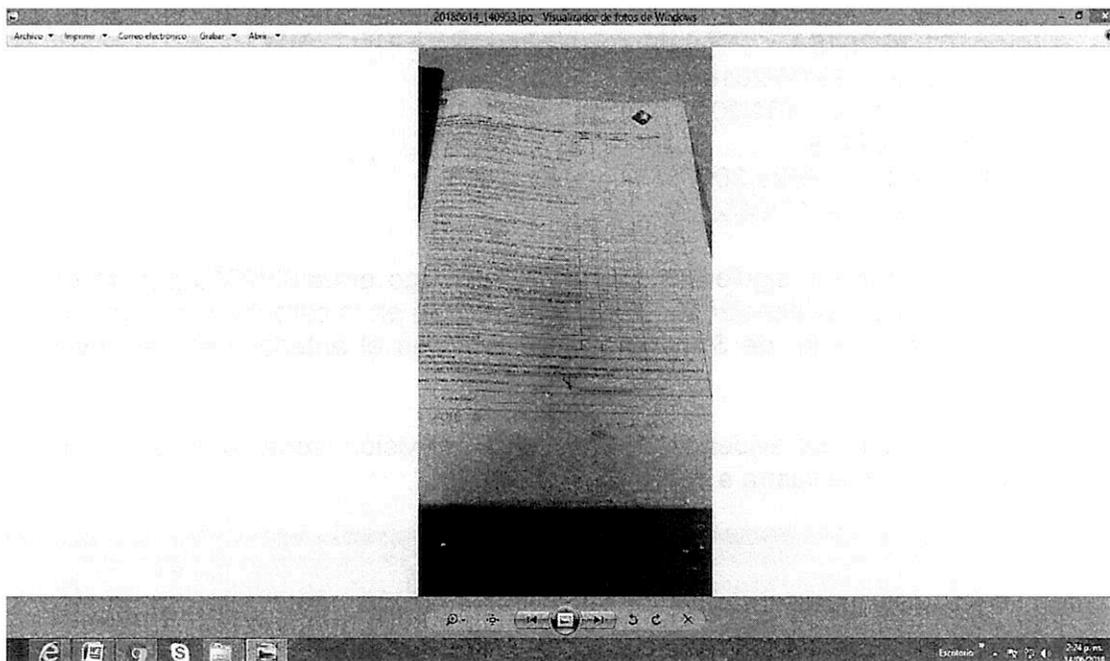


Por otra parte, se revisaron los siguientes contratos (No 1332 de 2017, No 1175 de 2017, No 1155 de 2017, No 1175 de 2017) evidenciando lo siguiente:

 <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>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

- Contrato 1332 -2019: Proceso de Mínima Cuantía FFDS-MC-024-2017.

Lista de chequeo no se pudo verificar debido a que se encuentra sin diligenciar.



CDP 3780 noviembre 24 - 2017 por un valor de \$65.000.000

CRP 3377 diciembre 27- 2017 por un valor de \$36.628.200

Objeto del contrato: Contratar los servicios para desarrollar al interior de los procesos, actividades que permitan la apropiación y adherencia a la plataforma estratégica definida en la Entidad.

Supervisión: Planeación Institucional y Calidad

Contratista: Scala Business Consulting SAS

Fecha del contrato: 22 diciembre 2017

Valor contratado \$ 36.628.200 incluido IVA

Plazo de ejecución: 3 meses

Forma de pago:

- 30% 1er pago: entregable 1 (plan de trabajo) y 2 (informe de análisis del entorno con la identificación de las partes interesadas).
- 30% 2do pago: entregable 3 (propuesta técnica junto con la estrategia para revisión y ajuste si se requiere de la plataforma) 4 (documento que contenga metodología aplicada y resultados de la revisión de la plataforma con los colaboradores de la Entidad) y 5 (informe de socialización de la plataforma).
- 40% último pago: entregable 6 (informe final del contrato)

Garantías del contrato:

- Cumplimiento del contrato: 10% vr contratado + 6 meses

 <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>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

- Pago salario y prestaciones sociales: 5% vr contrato + 3 años mas
- Calidad del servicio: 10% vr contrato + 6 meses mas

Póliza de cumplimiento No 2007699-7. Suramericana 27/12/2017

Aprobación póliza: 28/12/2017

Acta de inicio: 01/19/2018

Fecha de terminación: 18/04/2018

Prorroga: 1 mes 15 días 19/04/2018

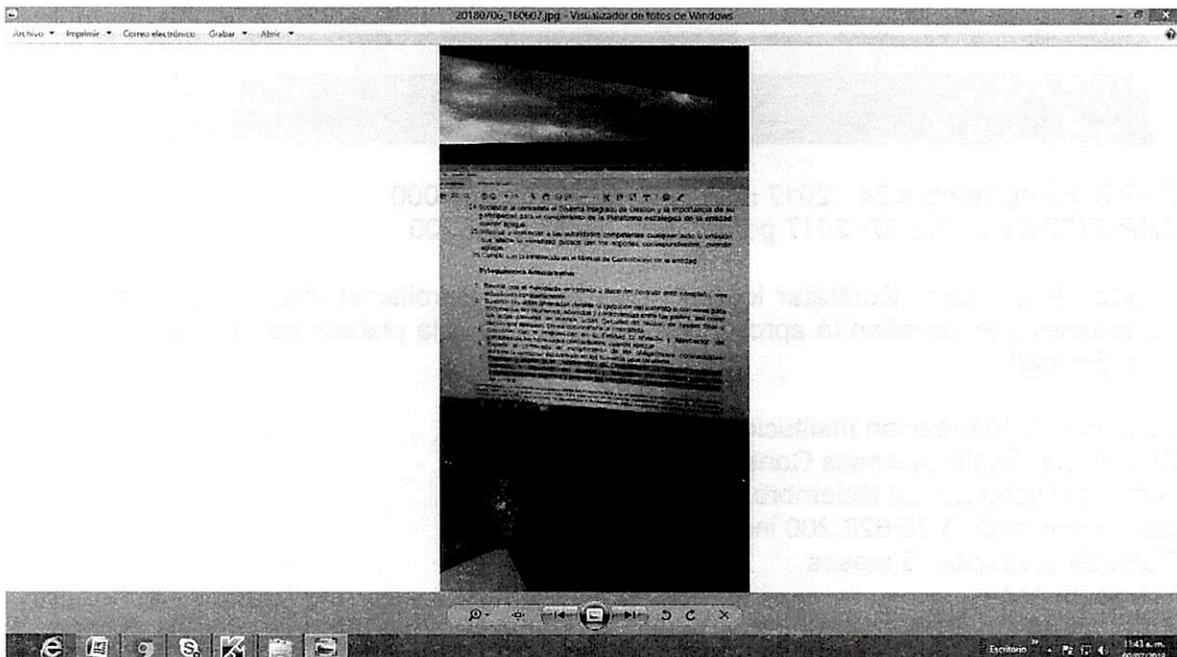
Prorroga No 1 13/04/2018

Extensión de garantías: póliza 2007688-7. 17/04/2018

Aprobación de garantías: 17/04/2018

Del cual se realizaron los siguientes pagos: primer pago el 08/05/2018 por un valor de \$10.988.460 pesos sin evidenciar soportes de este pago en la carpeta y un segundo pago el 13/06/2018 por un valor de \$10.988.460 al igual que el anterior pago sin evidenciar soportes.

Del anterior contrato no se evidencio informes de supervisión, como lo estipula el manual de contratación como se ilustra a continuación:

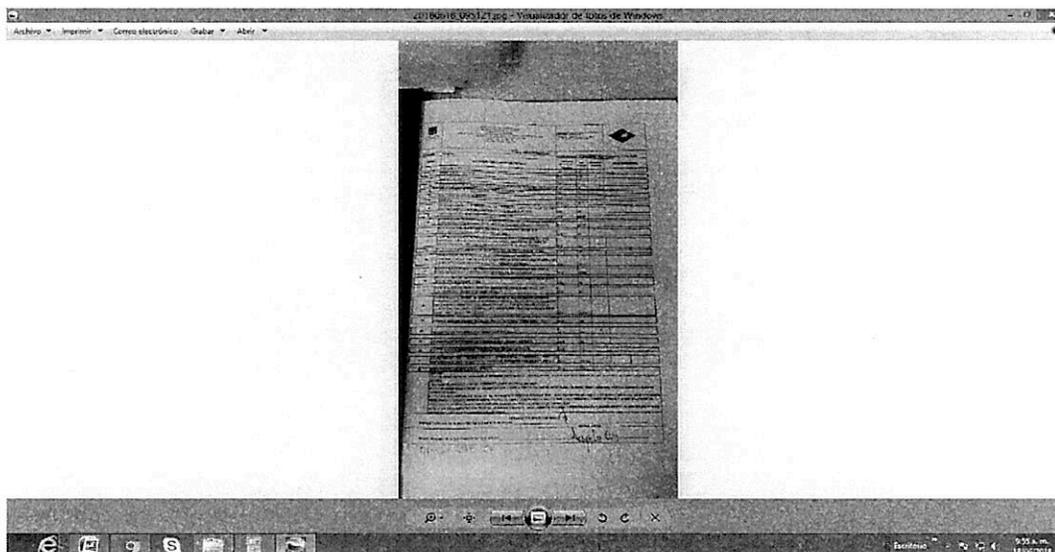


Ni tampoco se encuentran los entregables 5 y 6 de acuerdo con las obligaciones del contratista.

- Contrato No 1175 de 2017: Contratación directa prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

 <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>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Lista de chequeo verificada.



CDP 3290 octubre 09 - 2017 por un valor de \$22.880.000
CRP 2682 noviembre 07- 2017 por un valor de \$22.731.975

Objeto del contrato: Contratar los servicios para el fortalecimiento de las capacidades de los servidores públicos con el propósito de favorecer la transición de la certificación del Sistema de Calidad a la Norma ISO:9001:2015

Supervisión: Planeación Institucional y Calidad

Contratista: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación -ICONTEC

Fecha del contrato: 03 noviembre 2017

Valor contratado \$ 22.731.975 +incluido IVA

Plazo de ejecución: 3 meses

Forma de pago: Único pago que se realizara al finalizar la totalidad de las actividades establecidas en el cronograma.

Garantías del contrato:

- Cumplimiento del contrato: 10% vr contratado, plazo contrato + 6 meses mas
- Pago salario y prestaciones sociales: 5% vr contrato + 3 años mas
- Calidad del servicio: 10% vr contrato + 6 meses mas

Póliza de cumplimiento No 54274. JMalucelli Travelers seguros S.A 09/11/2017

Aprobación póliza: 16/noviembre/2017

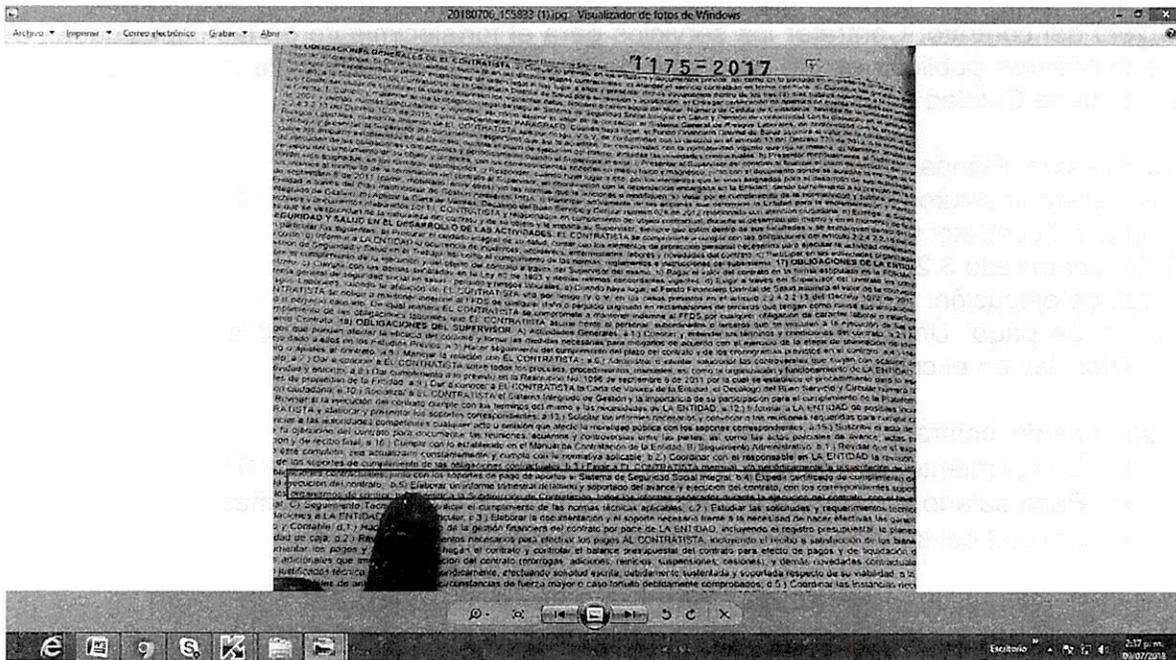
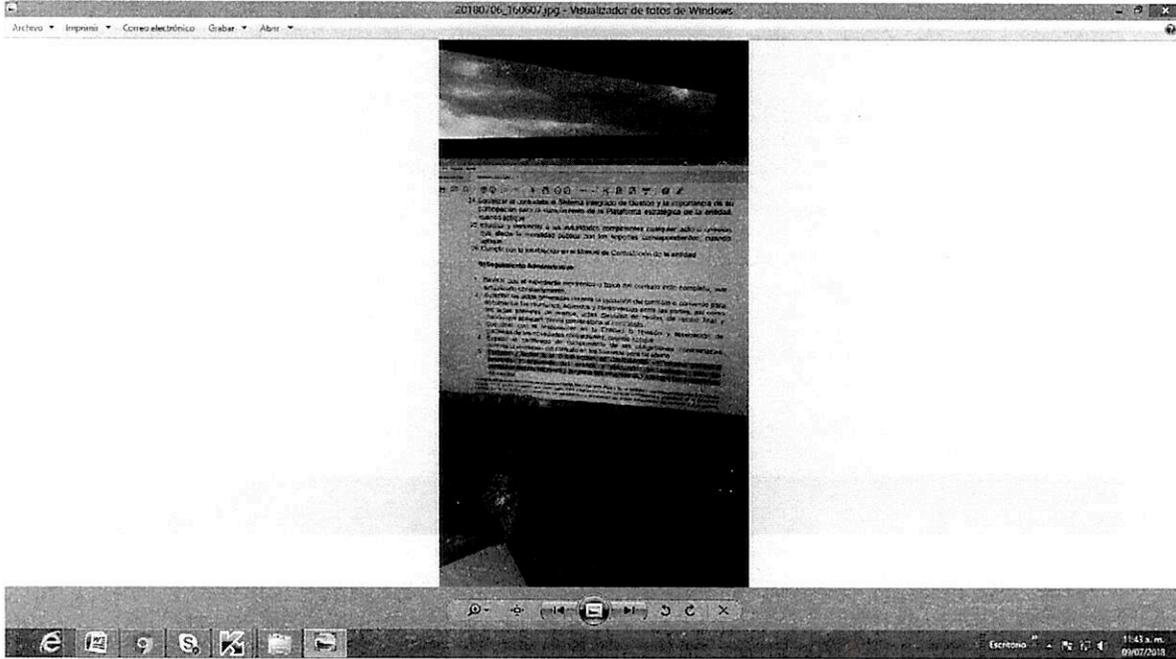
Acta de inicio: 26/diciembre/2017

Fecha de terminación: 25/marzo/2018

Del anterior contrato no se pudo verificar ningún informe de supervisor, habiendo pagado la totalidad el 24/ abril/2018 \$ 22.431.975 pesos.



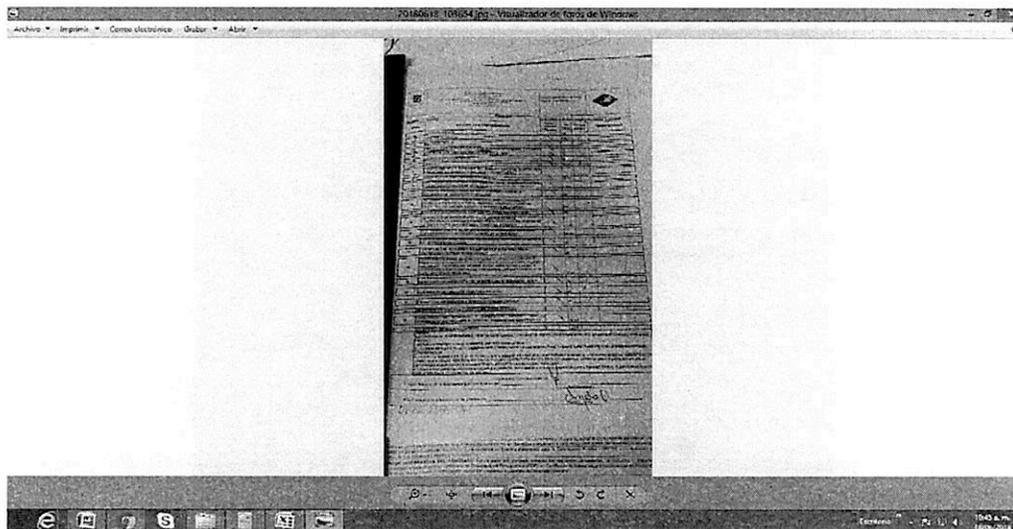
A continuación se ilustra el aparte de la minuta contractual y el aparte del manual de contratación:



 <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>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

- Contrato No 1155-2017. Contratación directa prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión

Lista de chequeo verificada



CDP 3057 septiembre 22 - 2017 por un valor de \$11.288.820
CRP 2615 octubre 31- 2017 por un valor de \$7.925.400

Objeto del contrato: Contratar los servicios de pre auditoría para lograr la transición del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad, de la Norma ISO 9001:2008 a la norma ISO 9001: 2015

Supervisión: Planeación Institucional y Calidad

Contratista: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación -ICONTEC

Fecha del contrato: 30 octubre 2017

Valor contratado \$ 7.925.400 +incluido IVA

Plazo de ejecución: 6 meses

Forma de pago: Único pago que se realizara al finalizar la totalidad de las actividades establecidas en el cronograma.

Garantías del contrato:

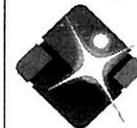
- Cumplimiento del contrato: 10% vr contratado, plazo contrato + 3 meses mas
- Pago salario y prestaciones sociales: 5% vr contrato + 3 años mas
- Calidad del servicio: 10% vr contrato + 6 meses mas

Póliza de cumplimiento No 54263. JMalucelli Travelers seguros S.A 09/noviembre/2017

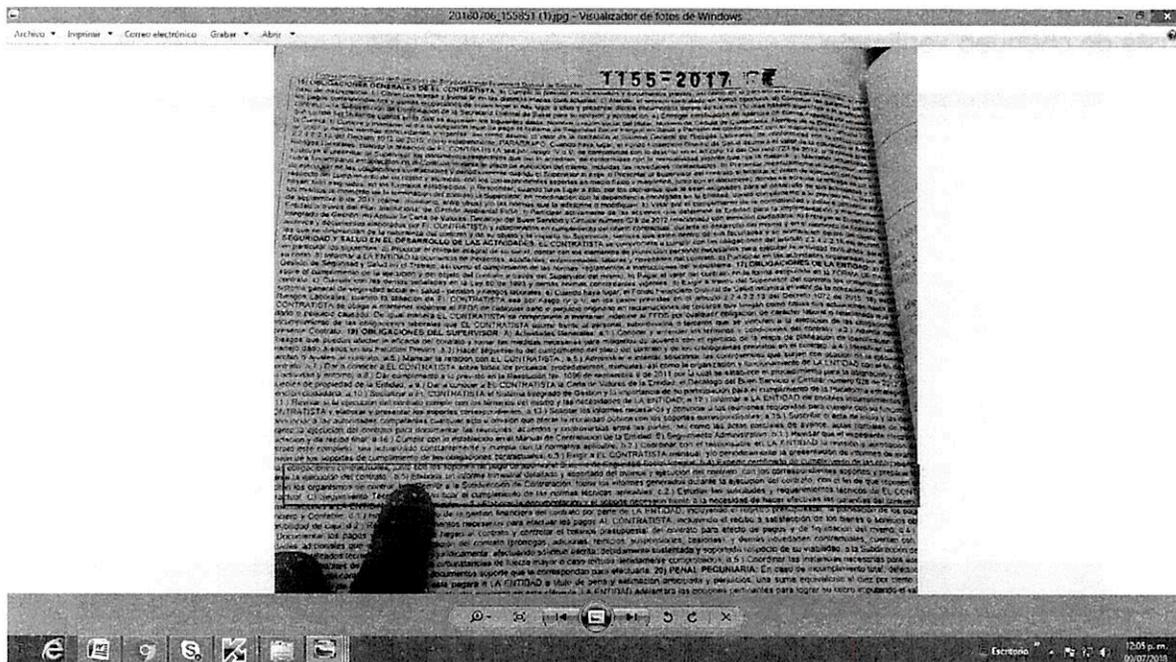
Aprobación póliza: 16/noviembre/2017

Acta de inicio: 15/diciembre/2017

Fecha de terminación: 14/junio/2018



Del anterior contrato se evidencio que no hay informes del supervisor incumpliendo el Manual de contratación y la Minuta contractual como se ilustra a continuación:



Acciones de mejora del SIG:

Por último se reviso el aplicativo ISOLUCION - módulo de mejoramiento, evidenciando lo siguiente:

ID	Descripción	Estado	Fecha de inicio	Fecha de fin	Porcentaje de avance
141	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
142	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
143	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
144	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
145	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
146	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
147	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
148	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
149	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
150	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
151	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
152	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
153	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
154	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
155	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
156	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
157	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
158	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
159	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
160	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
161	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
162	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
163	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
164	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
165	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
166	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
167	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
168	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
169	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
170	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
171	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
172	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
173	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
174	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
175	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
176	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
177	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
178	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
179	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%
180	Se evidencia que algunas de las actividades planeadas en el programa piloto no cuentan con acciones formativas...	Regulaciones	22/04/2017	0%	0%

 <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>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Año 2009: 8 acciones abiertas
Año 2010: 11 acciones abiertas
Año 2011: 181 acciones abiertas
Año 2012: 164 acciones abiertas
Año 2013: 0 acciones
Año 2014: 0 acciones
Año 2015: 1 acción abierta
Año 2016: 2 acciones abiertas

Si bien es cierto, la Dirección de Planeación Institucional y Calidad es quien da las directrices del Sistema Integrado de Gestión, no se evidencia avance para las acciones que siguen abiertas en el aplicativo ISOLUCION, a pesar de que los líderes de los procesos auditados y/o auditores ya no continúan en la Entidad.

8. ASPECTOS POSITIVOS.

- La buena disposición por parte de los profesionales de Planeación Institucional y Calidad que atendieron la auditoría
- El compromiso de los funcionarios a cargo de las actividades para dar cumplimiento a la mayoría de las actividades tanto del Decreto 507 de 2013 como de las actividades de cada uno de los colaboradores del proceso.

9. NO CONFORMIDADES

9.1 Se evidenció que el control de cambios como lo indica el numeral 8.5.6 de la Norma ISO 9001:2015, no se realiza acorde a lo estipulado ya que en el “Lineamiento de formulación y/o actualización de la plataforma estratégica”, la fecha de cambios en el aplicativo ISOLUCION es 16 mayo de 2018 y en el documento en la parte de control de cambios aparece como última fecha de actualización 01/12/2016.

9.2 En la revisión de los contratos no se evidenció en la carpeta que reposa en la Subdirección de Contratación ni en la nube, los informes de supervisión de los contratos No 1175-2017, No 1155-2017, No 1332-2017 conforme a lo estipulado en el manual de contratación y en el mismo contrato firmado por ambas partes.

10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS

10.1 Dentro de las funciones descritas en el Decreto 507 de 2013 de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, específicamente el Numeral 3 “Formular e implementar el Plan Estratégico de la Secretaría Distrital de Salud, integrarlo y hacerle seguimiento en coordinación con la Dirección de Planeación Sectorial”, no se encontraron evidencias de esta articulación con Planeación Sectorial para la vigencia año 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>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

10.2 Se evidenció durante la auditoria que no se cuenta con la participación de todos los procesos estratégicos de la Entidad para la formulación de los riesgos relacionados con la planeación estratégica.

10.3 En el aplicativo ISOLUCION 4.6 se encuentra una herramienta de riesgos que no está diligenciada en su totalidad a pesar de que existen los insumos para esta, como son las autoevaluaciones semestrales.

10.4 No se evidencia directriz alguna para las acciones que siguen abiertas en el aplicativo ISOLUCION a pesar de que los líderes de procesos, y/o auditores ya no continúan en la Entidad desde el año 2009.

10.5 Una vez revisado los soportes de algunos Subsistemas del Sistema Integrado de Gestión específicamente en el Subsistema de Gestión ambiental se evidencio que no tiene concordancia el (%) porcentaje de cumplimiento del plan gerencial con las evidencias aportadas.

10.6 La actividad “verificar y ajustar si es necesario las metodologías de sensibilización y difusión de la información” de la entrada “necesidades de la Entidad y los procesos institucionales relacionadas con las acciones de sensibilización y difusión en materia del SIG” planteada en la caracterización del proceso, no se está cumpliendo toda vez que no se evidenciaron metodologías al respecto.

11. CONCLUSIONES

Se determinó que los controles y los tipos de control implementados dentro de los riesgos evaluados para el proceso de Planeación Institucional y Calidad fueron efectivos para evitar su materialización.

Se debe cumplir estrictamente con lo estipulado en el Decreto 507 de 2013 en cuanto a las funciones propias de la dependencia.

En el transcurso de la auditoria, en la revisión documental se evidencio la No claridad en la definición de sigla y abreviatura.

Se hace un llamado a las asesorías que presta la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para mejorar la identificación de riesgos y tipos y de controles que están realizando a los diferentes procesos de la Entidad.

En el proceso auditado en términos generales se encontró conocimiento, y dominio de las actividades propias del proceso.

Durante la mesa de cierre se decidió que el hallazgo de documentos desactualizados se eliminara del informe ya que este incumplimiento quedo contemplado en el informe de la auditoria de calidad realizada en el mes de julio de 2018.

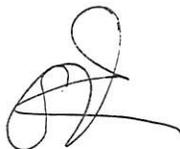
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.6</p>	<p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
-----------------------------------------------------------------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

12. ANEXOS

Las evidencias fueron aportadas a través de correo electrónico por el proceso.



MELBA ROCIO ZABALA DIAZ
Auditor Líder



OLGA LUCIA VARGAS COBOS
Jefe Oficina de Control Interno

