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

**INFORME FINAL**  
**AUDITORÍA DE GESTION CON ENFOQUE DE RIESGOS A**  
**PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**AUDITOR (ES):**

**LÍDER: MÓNICA MARCELA ULLOA MAZ**

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

**BOGOTÁ, NOVIEMBRE DE 2019**  
**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD**

## CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA .....	5
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.....	5
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	5
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	5
5. MARCO LEGAL .....	6
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	7
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS .....	8
7.1 REVISIÓN DE LAS FUNCIONES SEGÚN DECRETO 507 DE 2013.....	8
7.2 GESTIÓN DEL RIESGO DEL PROCESO.....	14
7.2.1 CONTEXTO ESTRATÉGICO DE LOS RIESGOS.....	14
7.2.1 RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO.....	15
7.3 METODOLOGÍA DE RIESGOS .....	15
7.4 PLANES OPERATIVOS ANUALES .....	18
7.4 APROPIACIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES.....	19
8. ASPECTOS POSITIVOS .....	20
9. NO CONFORMIDADES .....	20
10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS.....	21
11. CONCLUSIONES.....	21
12. PLAN DE MEJORAMIENTO .....	22
13. ANEXOS.....	22

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figuras 1. Diagrama de flujo procedimiento asistencia tecnica .....	10
Figuras 2. Diagrama de flujo procedimiento.....	11
Figuras 3. Imágen Acción para abordar riesgos 11: 00am Dic 18 2019 .....	12
Figuras 4. Resolución adopción de la plataforma estratégica.....	13
Figuras 5. Matriz DOFA proceso.....	14
Figuras 6. matriz de riesgos publicada en aplicativo ISOLUCION .....	15
Figuras 7. Validación del mapa de riesgos por parte de la líder del proceso .....	15
Figuras 8. Evidencias de solicitud de aportes a la política de riesgos .....	16

Figuras 9. Resolución Política de riesgos .....	16
Figuras 10. Mapa de riesgos avalado por la líder del procesos de Calidad de Servicios de salud .....	17
Figuras 11. Acta de revisión de riesgos de corrupción en CSS .....	18
Figuras 12. Asistencias técnicas Indicadores POA.....	18
Figuras 13. Carpeta Compartida O Primer Trimestre .....	19
Figuras 14. Carpeta Compartida O Segundo Trimestre.....	19

## VOCABULARIO

**FFDS:** Fondo Financiero Distrital de Salud

**Hallazgo:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de auditoría pueden generar una conformidad o no conformidad: sinónimo de descubrimiento o identificación de un aspecto.

**POA:** Plan operativo anual. Plan operativo anual (POA): El POA es la herramienta de planificación y medición que permite consolidar los resultados de la gestión de las dependencias de acuerdo a las metas definidas en Plan de Desarrollo y Plan Territorial en Salud.

**Activo:** En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

**Amenazas:** Causa potencial de un incidente no deseado, el cuál puede ocasionar daño a un sistema o a una organización.

**Causa:** Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo

**Consecuencia:** Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

**Control:** Medida que modifica al riesgo (Procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones)

**Gestión del Riesgo:** Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.



**Impacto:** Se entiende como las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

**Líneas de defensa:** Esquema de asignación de responsabilidades compuesto por una línea estratégica y tres líneas de defensa

**Línea Estratégica:** Define el marco general para la gestión del riesgo y el control y supervisa su cumplimiento, está a cargo de los Subsecretarios(as) de Despacho, incluyendo el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Coordinador de Control Interno.

**Primera Línea de defensa:** A cargo de gestionar los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos, incluyendo los riesgos de corrupción, a través de la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos, está a cargo de los Líderes de Proceso — Gerentes de proyectos, supervisores etc.

**Segunda Línea de defensa:** Asiste y guía a la Línea Estrategia y la Primera Línea de Defensa en la Gestión adecuada de los Riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de procesos, incluyendo los riesgos de corrupción, a través del establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos, y realiza un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos. Está conformada por Servidores públicos con responsabilidades directas de monitoreo, evaluación y seguimiento.

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

**Tercera Línea de defensa:** Provee aseguramiento independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la Gestión de Riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de proceso, así como los riesgos de corrupción. Está a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno.

**Mapa de Riesgos:** Documento con la información resultante de la gestión del riesgo. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

**Probabilidad:** Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo, ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia o Factibilidad.


**Riesgo de Corrupción:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

**Riesgo de Gestión:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

**Riesgo de Seguridad Digital:** Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

**Riesgo Inherente:** Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la

**Riesgo Residual:** Nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento del riesgo.

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

## 1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA

Realizar la revisión, análisis y verificación de la gestión de la dirección en los temas relacionados con la Planeación Institucional y la metodología para la gestión de los riesgos, realizando pruebas selectivas de cumplimiento y de conformidad con el marco normativo específico y los principios de la función administrativa que le competen.

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA

- Realizar la revisión de las competencias específicas relacionadas con la planeación y la gestión de riesgos que se tienen frente a éstas labores incluyendo las interacciones con los otros procesos.
- Verificar la eficacia y efectividad de los controles internos implementados para los lineamientos impartidos con respecto a la planeación y gestión del riesgo, en el marco de las líneas de defensa.
- Verificar la aplicación de controles establecidos para los riesgos relacionados con los temas a abordar e identificar otros posibles riesgos que afecten la operación y que no se encuentren identificados ni gestionados.
- Identificar las oportunidades de mejora de cara a los procesos auditados.
- Las demás que surjan en el desarrollo y ejecución de la auditoría relacionados con el alcance de la misma.

## 3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

**Alcance:** Realizar la revisión y evaluación con un enfoque basado en riesgos a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, para lo cual se podrán abarcar las funciones asignadas, durante el periodo comprendido entre Julio de 2018 a Septiembre de 2019, aclarando que esto no podrá descartar la posibilidad de requerir y analizar la información y autoevaluaciones, por fuera del periodo de tiempo establecido para efectos del proceso de auditoría .

**Criterios:** Entrevistas, Obtención de Información, análisis, evaluación, conclusiones y recomendaciones.

**Desde:** La responsabilidad que como proceso debe desarrollar en cuanto a las funciones específicas relacionadas con la planeación y la gestión de los riesgos, en el marco de las líneas de defensa.



**Hasta:** el desarrollo e interacción con los demás procesos y la función administrativa que debe desempeñar de acuerdo al marco normativo y las competencias asignadas.

**Periodo a evaluar:** Julio 2018 –Septiembre 2019

## 4. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Para el desarrollo de la Auditoría se tendrá en cuenta el marco normativo, los principios de la función administrativa, el conjunto de procedimientos, riesgos, controles, orientados al cumplimiento de la razón de ser del proceso y de las metas que son de su competencia y la gestión de los recursos.

Pruebas para aplicar:



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

De acuerdo con lo propuesto en la auditoría, se realizarán pruebas de verificación, así como la aplicación de listas de verificación de cumplimiento, que evidencien la gestión del riesgo en el proceso y la revisión de resultados de auditorías anteriores y/o de entes externos. De otra parte, se efectuarán visitas de campo y entrevistas para recopilar la información requerida y necesaria a fin de dar buen término a la auditoría en desarrollo.

## 5. MARCO LEGAL

En términos generales, las competencias normativas a evaluar y que enmarcan el desarrollo de la auditoría se encuentran contenidas fundamentalmente en:

- Constitución Nacional, (Arts.116, 209 y 269), Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.”
- Ley 489 de 1998 “Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública.”
- 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”.
- 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 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 507 de 2013 “Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.”
- Decreto 648 de 2017, “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”.
- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.”
- Resolución 0951 del 2002 Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS.
- Directiva Presidencial 09 de 1999 “Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.”
- Resolución 312 de 2018, SDS, Política de administración de riesgos
- Lineamiento Gestión de Riesgos SDS, Código: SDS-PYC-LN-12
- Plan de Auditoria, Código: SDS-ESC-FT-004
- Informe de Auditoría, Código: SDS-ESC-FT-003
- Lineamiento para la Ejecución de Auditorias Integrales, Código: SDS-ESC-LN-002
- Lineamiento para Auditorías de Gestión con Énfasis en Riesgos, Código: SDS-ESC-LN-003
- Mapa de Riesgos Proceso PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD.

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

- Manual de procesos y procedimientos
- Código de integridad
- Estatuto de Auditoría interna
- Normas Internacionales para el ejercicio de la Auditoria Interna

## 6. METODOLOGÍA UTILIZADA

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

### Planear<sup>1</sup>:

- ✓ Revisión normativa y documental del proceso: analizar la normatividad relativa al tema, leyes, decretos, resoluciones, estatutos, reglamentos, etc.
- ✓ Consulta con el equipo de trabajo de control interno sobre auditorías anteriores: Principales hallazgos o resultados de las auditorías anteriores (Incluye agentes internos y externos como Contraloría, Auditorías, Interventoras, etc.).
- ✓ Elaboración del plan de auditoría
- ✓ Definición de objetivo, alcance, cronograma de la auditoría los cuales se entregaron previamente mediante memorando con RAD 2019 IE29050 Fecha 15 de de noviembre de 2019.
- ✓ Conocimiento de la estructura interna y principales funciones de la unidad o proceso auditado.
- ✓ Principales productos y/o servicios que se desarrollan en el proceso.
- ✓ Áreas involucradas o que se interrelacionan en el proceso.
- ✓ Eventos de riesgos materializados; Identificación y valoración de riesgos y controles clave del proceso o unidad con base en el conocimiento y estructura los mismos y verificar, de los riesgos establecidos, cuál ó cuáles se encuentran.  
incluidos en la matriz de riesgos. Revisar las medidas o controles internos, la consistencia o debilidades de ellas y evaluar su utilidad y conveniencia.

Revisar los controles asociados a riesgos establecidos por la entidad en cuanto a su diseño (¿Quién lo hace?, periodicidad, ¿qué se hace?, ¿cómo lo hace?, en caso de observar excepciones qué pasa?, y la evidencia), e identificar si existen debilidades en el diseño del control. Validar tanto el diseño como la ejecución y la documentación del control.

- ✓ Preparar la auditoría de campo, papeles de trabajo. Se elaboran papeles de trabajo como es la lista de verificación avalada por el Jefe de la Oficina de Control Interno.

### Hacer:

- ✓ Realizar las visitas de campo.
- ✓ Recolección y verificación de la información entregada por el proceso.
- ✓ Identificación en campo de posibles hallazgos, falencias en las actividades de control, ambiente de control, gestión del riesgo, información y comunicación, acciones de seguimiento y monitoreo y oportunidades de mejoramiento.

<sup>1</sup> Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces. DAFP. 2017

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CALIDAD	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	
---	--	---	--

### Verificar:

- ✓ Socialización a los grupos de trabajo los hallazgos y su consideración.
- ✓ Entrega de Informe preliminar de auditoría
- ✓ Reunión de Cierre (Discusión y validación del informe con el líder del proceso o unidad y definición de planes de mejoramiento estructurales para su abordaje)
- ✓ Entrega de informe final (en el informe final de auditoría, las conclusiones del trabajo deben responder clara y completamente a los objetivos de auditoría planteados y estar sustentadas en las observaciones registradas)
- ✓ Solicitud de planes de mejora de las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas

### Actuar:

- ✓ Actividades Complementarias. Asesoría para la formulación del plan de mejora con las acciones correctivas para las No conformidades u Oportunidades de mejora que llegaren a resultar de la evaluación.
- ✓ Aportar al consolidado de la Oficina de Control Interno, de evaluación de la gestión del riesgo institucional.
- ✓ Verificar si las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno se implementaron al interior de los procesos u operaciones de las diferentes áreas responsables de ejecutarlas.
- ✓ Evaluar las mejoras o impactos positivos o la utilidad en la implementación de dichas recomendaciones e informar de los resultados al responsable del proceso.
- ✓ Revisar el Programa de auditoría interna para introducir mejoras para la vigencia siguiente.

## **7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS**

Inicialmente se indica que según el cronograma propuesto para la ejecución de la auditoría la reunión de apertura se desarrolló el día 13 de Noviembre de acuerdo a lo planificado y con la presencia de la directiva responsable Planeación Institucional y Calidad.

Con respecto a las visitas de campo, se practicaron 4 visitas de campo en la Dirección de Planeación Institucional y Calidad desarrolladas a lo largo del mes de noviembre los días 13 y 14 de noviembre, 9 y 10 de diciembre con las personas designadas por la directora y de manera aleatoria se seleccionaron los referentes de los procesos de Calidad de Servicios de Salud, Talento Humano, Política y Gerencia Estratégica y Planeación y Gestión Sectorial.

Inicialmente se realizó una revisión de las competencias normativas asignadas por el Decreto Distrital 507 de 2013 a la Dirección, evidenciando que se encuentran establecidas las funciones de Planeación Institucional y Calidad.

### **7.1 REVISIÓN DE LAS FUNCIONES SEGÚN DECRETO 507 DE 2013**

Frente al tema del Decreto 507 de 2013 de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad se revisan las funciones que se encuentran establecidas, así:



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

## ARTÍCULO 44

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, integrarlo y hacerle seguimiento en coordinación con la Dirección de Planeación Sectorial.
4. Formular y gestionar la adopción de la plataforma estratégica 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 apunten al cumplimiento de los objetivos y estrategias del Plan de Desarrollo, encaminadas al logro de los objetivos de la Secretaría Distrital de Salud.
8. Dirigir, implementar y mantener los planes y programas relacionados con los subsistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión (Gestión Ambiental, Gestión de Calidad, MECI, 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 supresión 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 necesarios para lograr la estandarización de la gestión institucional.
13. Desarrollar las estrategias para el mejoramiento continuo y el aprendizaje organizacional
14. Las demás que se le asignen y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

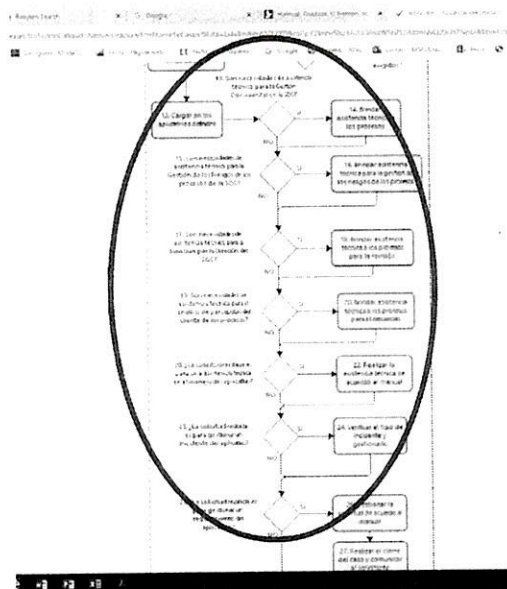
La Dirección se encarga de la planeación y desarrollo institucional la cual es aplicada de manera interna y en todas las dependencias de la entidad.

A continuación se sustraen las funciones que son objeto de la auditoría las cuales se relacionan directamente con las actividades de Planeación y gestión de riesgos

Función 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

En esta función la dirección cuenta con la gestión documental y el control para el desarrollo de procedimientos y actividades de asistencia técnica, a continuación se relaciona el procedimiento

“ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL” código: SDS-PYC-PR-017, del cual es recomendable la revisión y ajuste en su estructura y que fue reportado por los auditados como programado para su mejora.

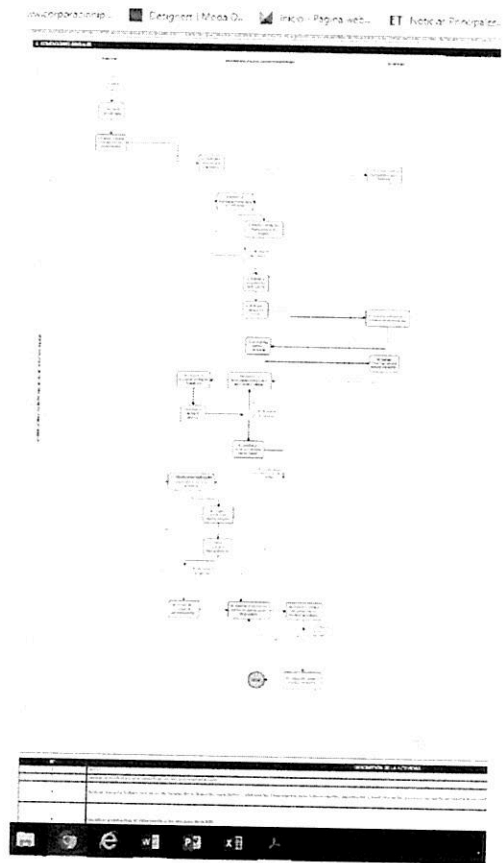


Figuras 1. Diagrama de flujo procedimiento asistencia tecnica

Función 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.  
Función 5. Determinar los objetivos, estrategias, indicadores de resultados y demás aspectos relacionados con los procesos de planeación.

La Dirección cuenta con la gestión documental relacionada, procedimiento para la “FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES” Código SDS-PYC-PR-016, con actualización de agosto de 2018 y toda la gestión documental asociada: “Lineamiento para la Formulación y reporte de planes operativos anuales” SDS-PYC-LN-013 y el Formato de plan operativo anual SDS-PYC-FT-019.

En el procedimiento no se evidencia la articulación existente entre las dos Direcciones Institucional y Sectorial, generando un potencial riesgo de falta de articulación entre estas dos dependencias, generando ausencia de control en la planeación institucional y sectorial. A continuación se muestra la imagen del procedimiento.



*Figuras 2. Diagrama de flujo procedimiento*

En auditoria de calidad realizada en el mes de Abril de 2019, se identificó una acción para abordar el riesgo relacionada con esta función “7.1.3 Infraestructura: Aunque el proceso cuenta con herramientas en Excel para el seguimiento y consolidación de los Planes Operativos, es necesario contar con un sistema de información confiable y articulado con Planeación Sectorial, para el seguimiento de dichos planes y la articulación con los objetivos estratégicos, de esta manera minimizar los riesgos de errores en la información a generar”.

Para el hallazgo se muestra en el aplicativo ISOLUCIÓN la acción para abordar riesgo N. 511





Figuras 3. Imágen Acción para abordar riesgos 11: 00am Dic 18 2019

El plan se enfoca al mejoramiento del **“sistema de información”** para la consolidación de los planes operativos anuales y no a la articulación contemplada en la función de las dos direcciones.

A la fecha y hora de emisión del informe, cuenta con dos acciones sin gestionar las cuales se vencieron el 1 de diciembre de 2019 y no se evidencia en el plan de mejora la articulación con la Dirección de Planeación Sectorial, función sobre la cual es importante fortalecer la gestión.

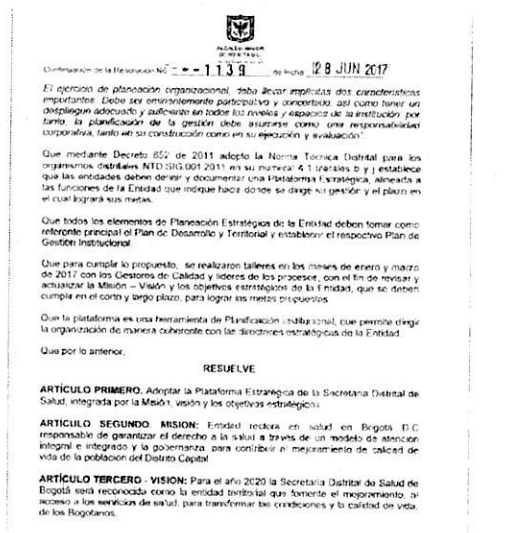
Se indican las funciones específicas del tema y delegadas a la Dirección de Planeación Sectorial contenidas en el Decreto 507 en su artículo 34:

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

Función 4. Formular y gestionar la adopción de la plataforma estratégica de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, en coordinación con la Dirección de Planeación Sectorial.

Función 12. Participar en la adopción de la plataforma estratégica de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, en coordinación con la Dirección de Planeación Institucional y de Calidad.

Estas funciones se encuentran soportadas con la Resolución 1139 de 2017 "Por medio de la cual se adopta la Plataforma Estratégica de la Secretaría Distrital de Salud", publicada en el aplicativo ISOLUCION y asociada a los procesos.



Figuras 4. Resolución adopción de la plataforma estratégica

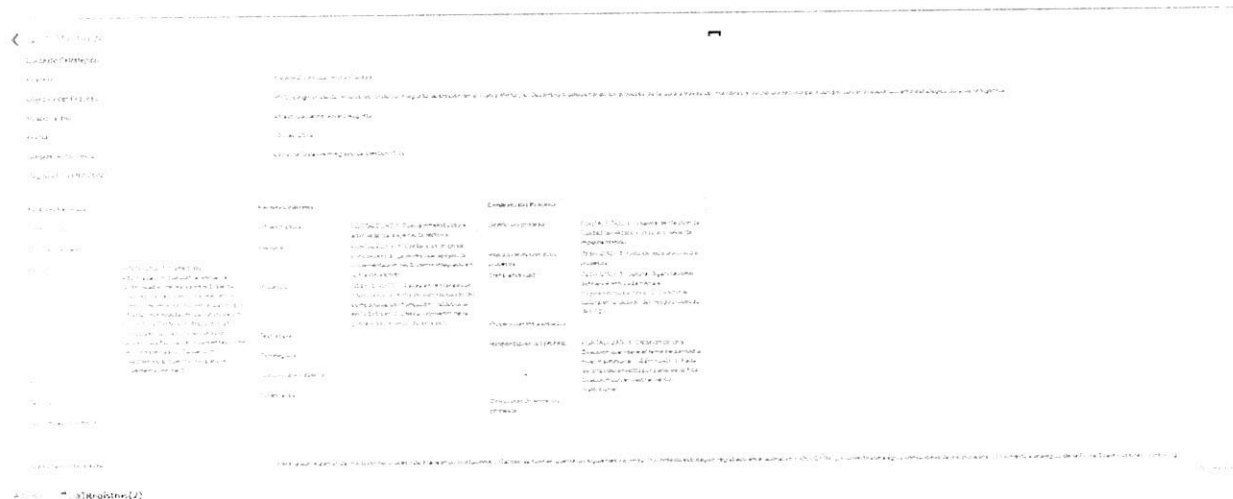
Función 13. Participar en la elaboración y seguimiento del Plan Estratégico de la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.

En este caso la función delegada se está llevando a cabo de manera parcial y desarticulada; ésta dirección cuenta con un procedimiento que abarca los temas relacionados con la planeación del sector, "Formulación actualización, seguimiento, evaluación ex ante y modificación de los proyectos de inversión del FFDS" con código SDS-PGS-PR-007 y actualización de Junio de 2019.

## 7.2 GESTIÓN DEL RIESGO DEL PROCESO

### 7.2.1 CONTEXTO ESTRATÉGICO DE LOS RIESGOS

El proceso cuenta con una Matriz DOFA actualizada de Mayo de 2019 publicada en el aplicativo ISOLución de la cual se muestra la siguiente imagen.



The screenshot shows a software interface for a DOFA matrix. It features a sidebar on the left with navigation options like 'Inicio', 'Listado de procesos', 'Detalle de proceso', 'Detalle de actividad', 'Detalle de indicador', 'Detalle de evidencia', 'Detalle de evidencia de cumplimiento', 'Detalle de evidencia de no cumplimiento', 'Detalle de evidencia de cumplimiento de evidencia', 'Detalle de evidencia de no cumplimiento de evidencia', 'Detalle de evidencia de cumplimiento de evidencia de evidencia', and 'Detalle de evidencia de no cumplimiento de evidencia de evidencia'. The main area displays a table with four columns: 'Fortalezas', 'Oportunidades', 'Debilidades', and 'Amenazas'. Each column contains several rows of text, likely representing different risk factors or strategic elements. The interface also includes a search bar at the top and a footer with the text 'ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD'.

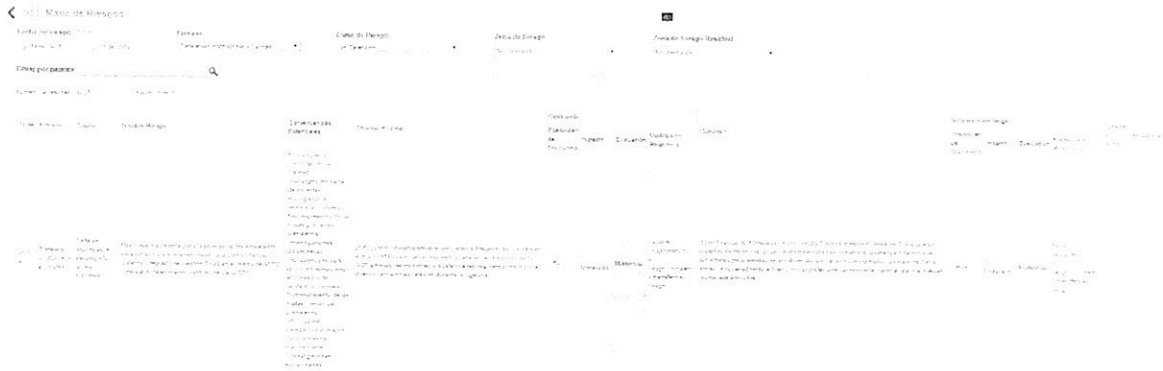
Figuras 5. Matriz DOFA proceso

Revisado el objetivo del proceso contenido en su caracterización con código SDS-PYC-CAR-001 “Dirigir el mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión en el marco MIPG y el Desarrollo Institucional en los procesos de la SDS a través del monitoreo y asistencia técnica para cumplir con el direccionamiento estratégico durante la vigencia”.

Es importante anotar que no se encuentra incluido el análisis del contexto del cambio normativo referido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión con el Decreto 1083 de 2015 del orden nacional y en el orden distrital con el Decreto 591 de 2018.

### 7.2.1 RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO

Se verifica en el aplicativo ISOLución y se encuentra el siguiente mapa



Figuras 6. matriz de riesgos publicada en aplicativo ISOLUCION

Adicional a ello se verifican las carpetas compartidas dónde se evidencia que los dos archivos son congruentes y con fecha de actualización Agosto de 2019:

Proceso	Detalle Descripción	Clasificación	Causa	Consecuencia	Tipo de riesgo	Impacto	Indicador	Forma de Mitigación	Responsable	Fecha de actualización	Estado	Observaciones
Control de Calidad	El proceso de control de calidad...	Alto	Falta de recursos...	Impacto en la calidad de los servicios...	Operativo	Alto	Indicador de calidad...	Implementación de planes operativos...	Responsable del proceso	Agosto 2019	Activo	Se verificó la congruencia de los datos...

Figuras 7. Validación del mapa de riesgos por parte de la líder del proceso

El control se encuentra asociado a las actividades que desarrollan los referentes de esta dependencia y se mostrará en el seguimiento tanto de riesgos como de planes operativos mediante el desarrollo del informe.

### 7.3 METODOLOGÍA DE RIESGOS

La dirección soporta la gestión de los riesgos bajo el documento lineamiento “Gestión de riesgos” en la SDS SDS-PYC-LN 012 con última fecha de actualización enero de 2019

Inicialmente se verifica la participación de la línea estratégica de defensa en la gestión del riesgo institucional en este caso los auditados reportan que el Subsecretario Corporativo, ejerce actividades de control a la dirección de Planeación Institucional y

Calidad en el cumplimiento de lo relacionado con POA y riesgos, evidencia de ello se aportan las actas de Iso ocmites y las presentaciones.

Desde el Comité Coordinador de Control Interno del mes de Junio de 2019, se realizó una actividad de conocimiento de la política de riesgos y se solicitó a la línea estratégica la validación y aportes de la política, la directora solicitó mediante correos electrónicos la aprobación y aportes a la política. Se solicitan las evidencias de aportes de los directivos de los que no se recibió respuesta de retroalimentación y validación por parte del nivel directivo de la política de riesgos de ninguna dependencia.

De: Florez Gutierrez, Sonia Luz  
Enviado: jueves, 22 de agosto de 2019 4:27 p. m.  
Para: Arbelaez Velez, Anabelle <Arbelaez@saludcapital.gov.co>; Saenz Ardia, Manuel Jose <M.Saenz@saludcapital.gov.co>; Restrepo Montoya, Hector Mario <HMRestrepo@saludcapital.gov.co>; Alvarez Uribe, Gilberto <GAlvarez@saludcapital.gov.co>; Vargas Cobos, Olga Lucia <OLVargas@saludcapital.gov.co>; Ramos Arnedo, Oswaldo <oramos@saludcapital.gov.co>  
Asunto: Resolución actualización Riesgos

Doctores buenas tardes:

De acuerdo con el compromiso generado en el Comité Institucional Coordinador de Control Interno remito para su revisión y observaciones el borrador para actualizar la Política de Administración de Riesgos, propuesto por esta Dirección, la cual contiene los elementos adicionales fijados en la guía del DAFP y la resolución 312/2018 de la anterior Política.

Agradezco fuera posible remitirla a mas tardar el próximo martes 27 de Agosto de 2019, para pasar a firma del Despacho.

SONIA LUZ FLOREZ GUTIERREZ  
Directora de Planeación Institucional y Calidad  
Ext. 9566

De: Florez Gutierrez, Sonia Luz <SEFlorez@saludcapital.gov.co>  
Enviado: martes, 10 de septiembre de 2019 7:29 a. m.  
Para: Arbelaez Velez, Anabelle <Arbelaez@saludcapital.gov.co>; Saenz Ardia, Manuel Jose <MSaenz@saludcapital.gov.co>; Restrepo Montoya, Hector Mario <HMRestrepo@saludcapital.gov.co>; Alvarez Uribe, Gilberto <GAlvarez@saludcapital.gov.co>; Vargas Cobos, Olga Lucia <OLVargas@saludcapital.gov.co>; Ramos Arnedo, Oswaldo <oramos@saludcapital.gov.co>  
Asunto: RE: Resolución actualización Riesgos

Doctores buenos dias

Teniendo en cuenta que no recibimos ninguna observación al proyecto presentado, se va imprimir y recogeremos sus VBo

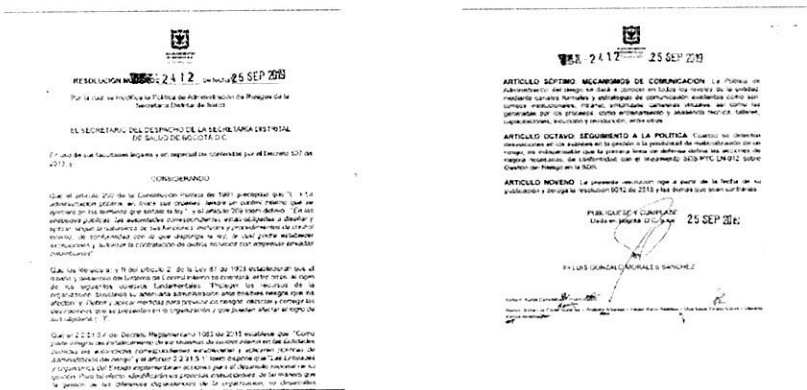
Gracias

SONIA LUZ FLOREZ GUTIERREZ  
Directora de Planeación Institucional y Calidad  
Ext. 9566



Figuras 8. Evidencias de solicitud de aportes a la política de riesgos

La Directora de Planeación realizó la gestión, para que el acto administrativo quedara avalado por los directores y fue publicado en el aplicativo ISOLución (Resolución 2142 de Set 2019 "Por la cual se modifica la política de administración del riesgos en la SDS")



Figuras 9. Resolución Política de riesgos

Con respecto a lo relacionado a la planeación de la gestión del riesgo se cuenta con la metodología, plan operativo anual y tablero de control que demuestran la programación y el control de su operación.



La metodología de riesgos fue modificada en esta vigencia según lineamiento DAFP, en los siguientes aspectos: solidez del conjunto de controles, redacción de riesgos y controles y el capítulo de riesgos de seguridad digital el cual está en proceso de actualización.

Se solicita a los auditados evidencias de la articulación de todos los tipos de riesgos, con la metodología existente, sean éstos: seguridad de la información (dirección TIC), riesgos y peligros de seguridad y salud en el trabajo (dirección de Talento Humano), riesgos contractuales, riesgos de fraude, riesgos de los proyectos; aspectos e impactos ambientales.

A la fecha se está trabajando en la articulación con los riesgos de seguridad de la información (evidencia que a la fecha de emisión no está soportada); esta situación de desarticulación podría generar un potencial riesgo de ausencia de integralidad en la gestión de riesgos institucional.

-Actividades de asesoría y asistencia técnica: Se revisan estas actividades de gestión realizadas por los referentes de los procesos de: Talento Humano, Calidad de Servicios de Salud, Planeación y gestión sectorial y Política y gerencia estratégica.

Se solicita a los auditados el documento marco para la gestión de riesgos y lo indican en el aplicativo ISOLUCION, lineamiento "Gestión de riesgos" en la SDS SDS-PYC-LN 012.

Los auditados describen de manera clara y estandarizada los pasos y los controles internos establecidos para el desarrollo metodológico de la gestión del riesgo: análisis de contexto, identificación, valoración, análisis de riesgos entre otros.

Se cuenta con controles internos para la validación y entrega de los productos que deben dar los procesos de la SDS y son soportados a través del tablero de control y el plan operativo anual y las carpetas compartidas.

Evidencia de la gestión se muestra a continuación el control establecido para la aprobación de mapas de riesgos:

Proceso	Objeto	Código	Descripción de Riesgo	Categoría	Tipo de Riesgo	Nivel de Riesgo				Impacto	Evidencia	Fecha de Actualización	Estado
						Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo				
Proceso de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud	Mapa de Riesgos	001	Identificación de riesgos en el proceso de gestión de la calidad de los servicios de salud.	Alto	Operativo	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Impacto: Pérdida de confianza de los usuarios, disminución de la calidad del servicio.	Evidencia: Documento de identificación de riesgos, matriz de riesgos.	2023-01-15	Actualizado
Proceso de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud	Mapa de Riesgos	002	Identificación de riesgos en el proceso de gestión de la calidad de los servicios de salud.	Medio	Operativo	Medio	Bajo	Muy Bajo	Muy Bajo	Impacto: Pérdida de confianza de los usuarios, disminución de la calidad del servicio.	Evidencia: Documento de identificación de riesgos, matriz de riesgos.	2023-01-15	Actualizado

Figuras 10. Mapa de riesgos avalado por la líder del procesos de Calidad de Servicios de salud

Así mismo de manera estandarizada aportaron las evidencias de los demás procesos tomados en el muestreo de la auditoria.

El referente de Calidad de servicios reporta que el proceso, no cuenta con riesgos de corrupción se le solicita el soporte de revisiones y aporta el acta con esta dirección con fecha de Enero 24 de 2019.



**ACTA DE REUNIÓN**  
**Tema:** Revisión efectiva para realización del Mapa de Riesgos de Corrupción del Proceso Calidad de Servicios de Salud

<b>Dirección y/o Oficina</b>	<b>Proceso</b>
Dirección Calidad de Servicios de Salud	Calidad de Servicios de Salud
<b>Objetivo de la Reunión</b>	<b>Fecha de la reunión:</b> 24/01/2019
Realizar la revisión de los componentes necesarios para identificar el mapa de riesgos del proceso Calidad de Servicios de Salud	<b>Lugar:</b> Oficina Calidad de Servicios de Salud
	<b>Hora Inicio:</b> 10:00 a.m. <b>Hora Fin:</b> 11:30 a.m.
	<b>Notas por:</b> Oscar Fovieda Cacerdo
	<b>Proxima Reunión:</b> N.A.
	<b>Quien cita:</b> N.A.

**TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN\***

Figuras 11. Acta de revisión de riesgos de corrupción en CSS

Caso contrario ocurre con el proceso de Política y Gerencia estratégica de quien no se aportaron registros de la no existencia de riesgos de corrupción.

### 7.4 PLANES OPERATIVOS ANUALES

El proceso cuenta con la gestión documental, ya referenciada en el análisis y cumplimiento de las funciones descritos en el numeral 7.1 Revisión de las funciones.

Se tomaron los mismos procesos seleccionados con la metodología de riesgos.

Se revisan las actividades de asesoría para la formulación del POA y los auditados aportan los registros de Asesoría y Asistencia técnica en la formulación, indicadores del POA, la cuales se corroboran en las carpetas compartidas.

FECHA	MEMBRE LA REUNIÓN	ASISTENTE	TEMAS A TRATAR	ASISTENCIA REALIZADA	COMPLEMENTOS ASISTENCIA	OTROS
14/01/2019	Oscar Fovieda	9309	Levantamiento plan de riesgos	Se levantaron los riesgos de corrupción de los componentes de calidad de servicios de salud	Enviar el plan propuesto a 7000 contra proceso Plan de revisión	[Signature]
19/01/2019	Oscar Fovieda	9309	Indicadores de calidad CSS	Se ajustaron los indicadores de CSS con los de la secretaría de salud	Enviar los formularios a la OPAIC	[Signature]
15/01/2019	Oscar Fovieda	9309	Revisión finalización POA CSS	Se realizaron las metas pendientes de la formulación del plan	Terminar la formulación del plan de la Gerencia CSS	[Signature]
15/01/2019	Oscar Fovieda	9309	Consultas metas POA 2019	Se revisaron las metas del plan	Enviar las metas al OPAIC para revisión de contenido	[Signature]
22/01/2019	Oscar Fovieda	9309	Identificación mapa de riesgos proceso CSS	Mapa de riesgo del proceso CSS	Revisión por parte del auditor para sus aportes	[Signature]

Figuras 12. Asistencias técnicas Indicadores POA

En el primer trimestre de la vigencia se muestra en la carpeta compartida O los soportes de formulación y aprobación de los planes, construcción de indicadores, y tablero de control en el 100% de los procesos de la SDS



Figuras 13. Carpeta Compartida O Primer Trimestre

Así mismo se realiza la revisión de lo contenido en el transcurso de la vigencia demostrándose la gestión de la dirección




Figuras 14. Carpeta Compartida O Segundo Trimestre

En términos de la gestión documental procedimientos y lineamientos se encuentra conforme y según lo verificado con los referentes de los procesos, las actividades se realizan de manera estandarizada y los controles internos implementados se encuentran funcionando, sería importante revisar que los indicadores POA, no se limiten solo a indicadores de eficiencia.

#### 7.4 APROPIACIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES

Se realizaron entrevistas a los colaboradores de la dependencia sobre el conocimiento del código de integridad y los valores institucionales, resaltando los siguientes aspectos a saber:

- Conocimiento de la normatividad que aplica para los valores y principios institucionales
- Conocimiento de los valores

	<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>	
--	---	--	--

-Ubicación en los medios de comunicación organizacional de los documentos que soportan el Código de integridad.

El total de las personas que componen la dirección es de 14, 5 de contrato de prestación de servicios y 9 personas de planta, se realizó entrevista al 35 % de los colaboradores, de los cuales el 100% respondió de manera correcta demostrando conocimiento del tema de valores y principios, la normatividad aplicable y la ubicación de esta información tanto en la página WEB como en la intranet.

Manifestaron el conocimiento de las estrategias utilizadas a nivel institucional y es importante fortalecer las estrategias internas en reuniones de equipo, ya que no se realizan a la fecha.

### 8. ASPECTOS POSITIVOS

Es importante destacar la organización del equipo de trabajo la disposición y compromiso de la directora, de los referentes de procesos seleccionados quienes apoyaron de manera permanente el ejercicio auditor.



Se demostraron avances importantes en el control y organización de las actividades desarrolladas en la Asesoría y Asistencia técnica en temas de Riesgos y Plan Operativo Anual, al cuál se le deberá dar continuidad y revisión de la articulación con la dirección de Planeación Sectorial.

La dependencia cuenta con los servidores idóneos y especializados para el manejo de los temas de Asesoría y asistencia técnica, sin embargo es necesario continuar con las actividades de capacitación y entrenamiento del personal para brindar a las dependencias de la SDS conocimientos uniformes, estandarizados.

### 9. NO CONFORMIDADES

En los temas revisados en esta auditoría se evidenciaron incumplimientos normativos y de la gestión, por lo tanto se formulan las siguientes no conformidades.

9.1 No se evidencia el cumplimiento articulado de las funciones 3 y 5 de Planeación institucional y Calidad y 13 de Planeación Sectorial contenidas en el Decreto 507, ya que no se mostró la medición articulada del Plan Estratégico, necesario para verificar de objetivamente, el cumplimiento de dicho plan (Misión, visión, objetivos estratégicos, metas e indicadores). Esta acción deberá abordarse desde las dos Direcciones Planeación sectorial y institucional

 <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. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS

10.1 A pesar de la existencia del análisis del contexto de la gestión de riesgo (DOFA) del proceso de Planeación Institucional y Calidad, no se encuentran incluidos los aspectos relacionados con lo contenido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, lo que podría generar un potencial riesgo en la gestión que pueda adelantar la dirección con respecto a la implementación del modelo.

10.2 En el marco del mejoramiento de la gestión del riesgos institucional es necesario que la Dirección de Planeación Institucional y Calidad articule metodológicamente todos los riesgos de su gestión, sean estos los de procesos en todos sus tipos, los de seguridad y salud en el trabajo, ambientales, de proyectos de inversión, contractuales, de fraude, de sistemas de información; esta falta de articulación podría generar un potencial riesgo relacionado con la toma de desiciones institucionales en materia de riesgos.

## 11. CONCLUSIONES

11.1 La dirección de Planeación Institucional y Calidad demostró importantes avances en el desarrollo de las metodologías de riesgos y plan operativo anual, sería importante recopilar esos mejoramientos internos de manera sistemática para gestionar el conocimiento de manera más eficaz, pudiendo estandarizar y depurar la información de la carpeta compartida O.

11.2 El personal entrevistado de la dirección auditada demostró conocimiento y experiencia suficiente referente a todos los criterios evaluados; existiendo la evidencia y soportes, sin embrago por ser un proceso de índole estratégico es necesaria la capacitación y actualización constante de sus colaboradores y la búsqueda por ejemplo de estrategias de referenciación para buscar nuevos caminos hacia la mejora institucional.

11.3 Se hace necesario continuar con el fortalecimiento y mejoramiento del control de la información contenida en las carpetas compartidas y página WEB que manejan la información de la gestión de la Dirección y lo recopilado de toda la entidad.

11.4 Es imperativo que se busque la posibilidad de gestionar y planificar recursos financieros, humanos, tecnológicos para el mejoramiento de temas que requieren mejoramiento de los procesos indtitucionales.

11.5 Es necesario que se evidencie el compromiso de la línea estratégica de defensa en todos los aspectos del MIPG, evidenciado mediante las revisiones y validaciones de documentos como por ejemplo la Política de Riesgos.

## 12. PLAN DE MEJORAMIENTO

Como resultado de la auditoría, el proceso auditado deberá cumplir con el lineamiento establecido por ésta Dirección para la elaboración del plan de mejoramiento, que tenga lugar con el fin de realizar el tratamiento adecuado a los hallazgos incluyendo las actividades del plan de acción en el marco del ciclo PHVA, es necesario articular el trabajo y formular un plan de mejoramiento único con la Dirección de Planeación Sectorial

## 13. ANEXOS

Carpeta de papeles de trabajo de la auditoria  
CD con soportes

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

  
\_\_\_\_\_  
MONICA MARCELA ULLOA MAZ

**APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

  
\_\_\_\_\_  
OLGA LUCIA VARGAS COBOS