
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORÍA
Auditoria de Gestión con Énfasis en Riesgos al Sistema Único de Habilitación en el D.C.

OFICINA DE CONTROL INTERNO



AUDITOR (ES):
LÍDER: MÓNICA MARCELA ULLOA MAZ
EQUIPO AUDITOR: MARTHA YESSSENIA GARCÍA MEJÍA

REVISADO POR:

OLGA LUCIA VARGAS COBOS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO



BOGOTÁ, 30/07/2023

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Contenido

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA (NIA 2210).....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA. (NIA 2210).....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (NIA 2220).....	3
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA. (NIA 2210- A3).	3
5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).....	4
6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS. (NIA 2320).	6
7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2).....	36
8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).	36
9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).....	36
10. CONCLUSIONES. (NIA 2410-A1).....	37
11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).	37
12. ANEXOS.....	38

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA (NIA 2210).

Verificar los componentes de control al Sistema Único de Habilitación en el D.C. para la vigencia 2022 y I trimestre 2023.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA. (NIA 2210).

1. Verificar el cumplimiento de los componentes de control en la gestión de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control.
2. Verificar el cumplimiento de las funciones asignadas mediante Decreto 507 de 2013.
3. Verificar la eficacia y suficiencia de los controles establecidos de acuerdo con sus funciones y el cumplimiento de la gestión de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control.
4. Verificar las unidades de auditoria seleccionadas: habilitaciones de ambulancias, asignación de código y cumplimiento al plan de visitas que se encuentren acordes con las políticas, normas y lineamientos establecidos a nivel nacional y de la SDS.
5. Verificar la gestión del riesgo, la eficacia y suficiencia de los controles establecidos en el proceso de Inspección Vigilancia y Control a prestadores de Servicios de Salud.
6. Identificar oportunidades de mejora o hallazgos relacionados con la gestión de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control en términos de oportunidad, celeridad, eficacia, eficiencia y efectividad.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (NIA 2220).

Desde la verificación de la gestión de inspección, vigilancia y control de la oferta de servicios de salud por parte de la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría Distrital de Salud, dirigida a los Prestadores de Servicios de Salud (profesional independiente, instituciones prestadoras de servicios de salud- IPS, transporte especial de pacientes y objeto social diferente), hasta la verificación de la decisión de las acciones de IVC: certificación, investigación administrativa, imposición medida de seguridad, entre otros.



Periodo para evaluar: vigencia 2022 y I trimestre 2023, sin perjuicio de poder evaluar lo gestionado antes o después de este periodo.

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA. (NIA 2210- A3).

GENERALES:

Para el desarrollo de la Auditoría se tendrá en cuenta el marco normativo aplicable al proceso, los principios de la función administrativa, el conjunto de procedimientos, políticas y controles orientados al cumplimiento de sus funciones. De igual manera se realizará la

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

evaluación e integración del modelo integrado de gestión (MIPG) y su interacción para la mitigación, control y tratamiento en general del riesgo.

INTERNOS:

- Plataforma estratégica: caracterización del proceso IVC, cumplimiento de objetivos estratégicos relacionados
- Componentes de Control del Sistema de Control Interno– Modelo Integrado de planeación y Gestión, modelo de las líneas de defensa,
- Procedimientos, lineamientos y demás documentos con relación al SUH
- Gestión del riesgo, incluida la identificación, mitigación, control y tratamiento de los riesgos.
- Resoluciones internas



EXTERNOS:

- Constitución Política de Colombia (1991).
- Ley 87 de 1993 - Creación del Sistema Institucional de Control Interno.
- Decreto 1083 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna
- Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Decreto 780 de 2016 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- Resolución 1317 de 2021 Por la cual se modifica el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar un plazo a los prestadores de servicios de salud
- Resolución 1719 de 2022 Por la cual se modifica el párrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar el plazo para registrar el Plan de Visitas de Verificación.
- Resolución 648 de 2023 Por la cual se modifica el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar un plazo a los prestadores de servicios de salud.

5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).

Observación y revisión de las evidencias de la gestión realizada de acuerdo con la normatividad existente.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

La auditoría basada en riesgos se realiza mediante las herramientas de visitas en campo, entrevistas y verificación documental de los controles identificados, según la matriz de riesgo de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Prestadores de Servicios de Salud.

Mesas técnicas de trabajo, verificación de la aplicación de los instrumentos de trabajo, ampliación y precisiones de aspectos derivados de documentación aportada por el proceso.

Visitas de campo: Aplicación de listas de chequeo para la verificación en campo sobre los aspectos relevantes de la operación.

Se aplicó la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) con la secuencia estipulada para la aplicación de esta:

Planear:

- ✓ Revisión de normatividad y gestión documental del proceso.
- ✓ Consulta grupal de expertos y auditorías anteriores.
- ✓ Elaboración del plan de auditoría.
- ✓ Definición de los objetivos, alcance, cronología de ejecución, que se entregan dentro del plan de auditoría.

Preparar la auditoría en campo, papeles de trabajo. Se elaboraron instrumentos como las listas de verificación y análisis previo de la información, avalados y concertados con la jefe de la Oficina de Control Interno.

Hacer:

- ✓ Auditoría de campo.
- ✓ Recolección y verificación de la información.

Verificar:



Socialización a grupos de expertos de los hallazgos y su consideración.

- ✓ Entrega de Informe preliminar de auditoría.
- ✓ Reunión de Cierre
- ✓ Entrega de informe final

Solicitud de planes de mejora de las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas

Actuar:

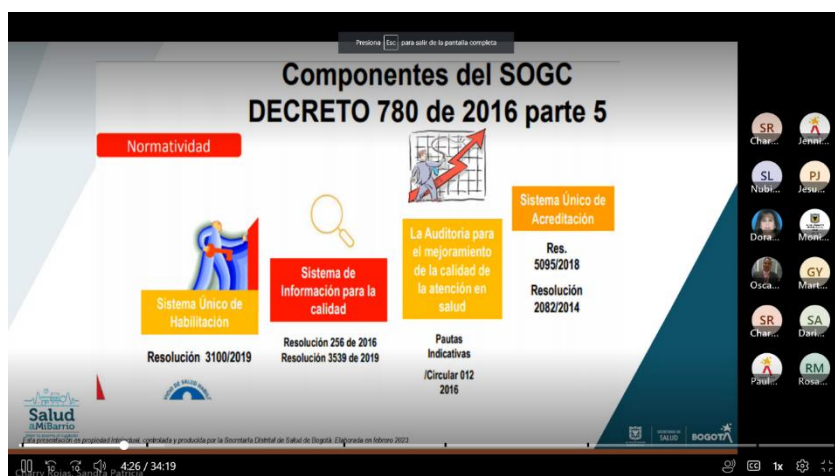
- ✓ Actividades Complementarias.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Orientación para la formulación del plan de mejora con las acciones correctivas o acciones para abordar los riesgos para las No conformidades, acciones para abordar riesgos y oportunidades de mejora que llegaren a resultar de la evaluación.

6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS. (NIA 2320).

GENERALIDADES





Imágen 1 Presentación contexto del proceso

En mesa de campo de contextualización realizada el día 18 de mayo de 2023, indican que mediante **Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.5.1.3.1.1 se define el Sistema Único de Habilitación como**, “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. (Artículo 2.5.1.3.1.1 Capítulo 3 Decreto Número 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social)”

Así mismo explican que, la Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud” en su artículo 1.cuyo Objeto.es definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

Se pregunta a los auditados sobre los resultados del Plan de visitas de habilitación realizado en las fechas de alcance de la auditoría, donde explican que, *la Resolución 1719 de 2022 en su Artículo 1. Modifíquese el parágrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019 modificado por la Resolución 1138 de 2022, el cual quedará así:*

(...)

Parágrafo transitorio. Las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias tendrán hasta el 30 de junio de 2023 para registrar en el REPS el plan de visitas de verificación que será ejecutado en el segundo semestre de 2023 iniciando el 1 de julio. En el plan se deberán incluir las visitas que se deban realizar para los servicios autorizados transitoriamente, en cumplimiento de los numerales 26.6.2 y 26.6.3 del artículo 26 de la Resolución 1138 de 2022 corregida por la Resolución 1410 de 2022. Los planes de visitas registrados en el REPS al 31 de agosto de 2022 quedaran sin efecto a partir de la expedición de la presente resolución, no procediendo visita alguna con respecto a dicha programación.



Por tal razón el plan de visitas no se ha ejecutado y a la fecha de emisión del informe (junio 2023), se encuentran replanteando el plan de visitas el cual se activará para septiembre de 2023 según los lineamientos dados por Min Salud.

Dicha resolución solicita el cargue del plan de visitas a junio 30 de 2023, dado que los auditados indican que dicho plan se elabora de acuerdo con los requisitos de la norma y a aspectos encontrados por la dependencia, los auditores de la OCI indican documentar de manera interna los parámetros identificados por la realidad distrital y las situaciones específicas de la ciudad, evitando así riesgos relacionados con la pérdida del conocimiento en la dependencia.

Manifiestan que se están ejecutando visitas relacionadas con:

- *Visita de verificación previa: para habilitar nuevos servicios oncológicos, de urgencias, atención del parto, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, para inscribir una nueva institución prestadora de servicios de salud, cambio en la complejidad de un servicio de baja o mediana complejidad a alta complejidad*
- *Visita de certificación: es realizada por parte de la Secretaría de Salud Distrital, o la entidad que tiene a cargo dichas competencias, con posterioridad a la habilitación*

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

de los servicios de salud permite certificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación, se realiza conforme al plan de visitas.

- *Visita de reactivación: cuando una Institución prestadora de servicios de salud se encuentra inactiva en el REPS como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación, cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos los servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y oncológico, cuándo un prestador de servicios de salud tenga inactivos servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y oncológicos como consecuencia de realizar una novedad de cierre temporal*

Con respecto a la planeación de las visitas se pregunta a los auditados cuál es la metodología para la elaboración de dicho plan responden que ella se realiza de acuerdo con lo establecido por la norma y otros parámetros que tiene en cuenta la SDS.

Este proceso informó al equipo auditor los roles y responsabilidades delegados por la normatividad vigente:

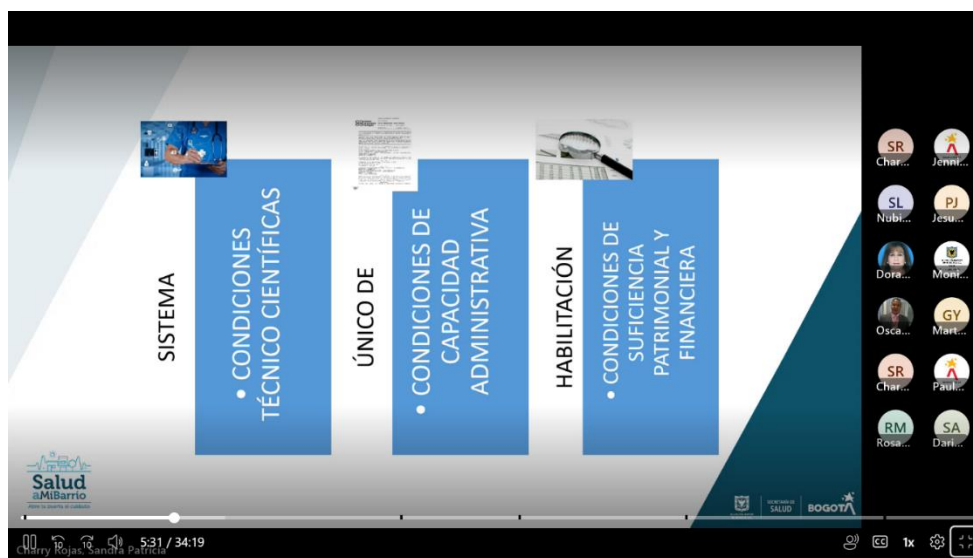




Imagen 2 Presentación contexto del proceso

La Secretaría Distrital de Salud es delegada como la “Autoridad sanitaria competente en inspección, vigilancia y control sanitario”, investida por mandato legal o delegación de autoridad, para realizar acciones de inspección, vigilancia y control sanitario, y adoptar las correspondientes medidas. Son autoridades sanitarias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y las Entidades Territoriales de Salud que, de

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

acuerdo con la ley, ejercen funciones de inspección, vigilancia y control, y adoptan las acciones de prevención y seguimiento para garantizar la protección de la salud pública.

6.1 Ambiente de Control:

A continuación, se realiza el análisis del esquema funcional y organizativo para la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control.

Esta Subdirección depende en la estructura de la Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento y de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, que tienen responsabilidad sobre la toma de decisiones con respecto a la gestión de los recursos, revisión al cumplimiento de metas, asignación de presupuestos, entre otras.

Mediante Decreto 507 de 2013, se creó la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud “Por medio de la cual se modifica la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud”; se creó esta dependencia y le fueron asignadas 6 funciones, de las cuales en mesa de campo efectuada el 31 de mayo de 2023, se realizó la revisión de su cumplimiento.

En la mesa de campo los auditados (subdirectora y equipo de trabajo) explicaron las funciones relacionadas con la unidad de auditoría específica Sistema único de Habilitación, de lo cual se recomienda expresar un esquema organizativo interno que represente su funcionamiento interno, organización, líneas de reporte, canales de comunicación, entre otros aspectos, esto con el fin de dar a conocer de manera interna y externa como es su funcionamiento.



6.1.1 Verificación de las Funciones de la dependencia

En mesa de campo del 31 de mayo, se realizó revisión de las funciones y las actividades que se relacionan con su quehacer, encontrando que las mismas se cumplen de acuerdo con el objeto para el que fue creada.

De otro lado se revisó la documentación que soporta la ejecución para el cumplimiento de la función

- Función 1: Ejercer la Inspección Vigilancia y Control a los prestadores de servicios de salud públicos y privados del Distrito Capital. Se refleja con el procedimiento Código: SDS IVC PR 001 Verificación del Sistema Único de Habilitación
- Función 2: Gestionar las quejas recibidas por presuntas fallas en la prestación de Servicios de Salud. La función no hace parte del objeto de esta auditoría, sin embargo, se verifica y los auditados en la mesa de campo explican que su gestión

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

se desarrolla con el Procedimiento Investigaciones Administrativas en Salud Código: SDS IVC PR 048.



- Función 3: Adelantar en primera instancia los procesos administrativos sancionatorios contra los prestadores de servicios de salud y adoptar las decisiones que correspondan, en cumplimiento de los objetivos y funciones que le competen por inobservancia de las normas técnicas, científicas, administrativas, y financieras de obligatorio cumplimiento. Se cumple con el mismo procedimiento de la función 2.
- Función 4: Gestionar los trámites y solicitudes relacionados con los registros de acuerdo con la competencia de inspección vigilancia y control de la oferta. No verificada ya que no hace parte del alcance.
- Función 5: Coordinar el proceso de Servicios social obligatorio cuanta con el procedimiento Gestión de plazas de Servicio Social Obligatorio. Código SDS IVC PR 031.

Verificadas las funciones, se puede afirmar que se da cumplimiento a lo asignado en el Decreto 507 de 2013 y se evidencia con los procedimientos documentados su cumplimiento de acuerdo con el alcance y objeto de la auditoría.

6.1.2 Verificación hojas de vida

En cumplimiento de las políticas y lineamientos institucionales que demuestran un ambiente de control adecuado para el cumplimiento de las funciones de la Subdirección auditada, el equipo auditor verificó en la Dirección de Talento Humano, las hojas de vida del personal de planta que lidera las visitas de habilitación, dónde se revisó el cumplimiento a la suscripción del documento de conflicto de intereses tal como lo solicita la "Política de Conflicto de Interés SDS CDO POL 001 V. 04 y el siguiente marco legal:

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

3. MARCO LEGAL

NORMATIVIDAD	EPIGRAFE	ARTICULO APLICABLE
Constitución Política de Colombia		2, 122- 123-124-126-127-129
Ley 1952 de 2019 modificado 2094 de 2021	Código Único Disciplinario	23-25-26-27-38-39-44-53-54-56-84-85-86-87
Ley 1437 de 2011	Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo	11- 12
Ley 2013 del 30/12/2019 "	Por medio del cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes, renta y el registro de los conflictos de interés"	4
Decreto 830 de 2021		2.1.4.2.3.
Circular 019 de 2021	Departamento Administrativo de la Función Pública.	Por la cual se fijan lineamientos para la implementación del Módulo de Declaración de Conflicto de Interés del SIDEAP
Circular 020 de 2021	Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital	Por la cual se fijan lineamientos para la implementación del módulo de declaración de conflicto de interés del SIDEAP
Circular 025 de 2022	Secretaría Jurídica Distrital – Directora Distrital de Asuntos Disciplinarios	Falta Disciplinaria, conflicto de interés, inhabilidades e incompatibilidades.

Fuente: Elaboración Propia



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.

4

Fuente documento política institucional de conflicto de interés

Por tal razón y dada la naturaleza de las funciones de la dependencia, se realizó una mesa de campo el día 21 de junio, donde se revisó la suscripción del conflicto de interés, es importante anotar que el personal de planta debe actualizar de manera anual este requisito y que el cumplimiento para esta vigencia es en el mes de Julio de 2023; sin embargo, se encontraron los siguientes resultados en las 10 hojas de vida del personal, según se muestra a continuación:

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

No	NOMBRE	CARGO	PROFESIÓN	TIPO VINCULACIÓN	CURSO VERIFICADOR CARGADO EN SIDEAP	DECLARACION CONFLICTO DE INTERESES	DECLARACION CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION
1		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	MÉDICA	CARRERA ADMINISTRATIVA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA - 2007	SI-21/05/2023	NO
2		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	MÉDICO	CARRERA ADMINISTRATIVA	UNIVERSIDAD CES	SI-22/12/2021	NO
3		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	MÉDICA	CARRERA ADMINISTRATIVA	NO	NO	NO
4		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	BACTERIÓLOGO	CARRERA ADMINISTRATIVA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA - 2007	SI-28/07/2022	NO
5		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	ODONTÓLOGA	CARRERA ADMINISTRATIVA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA - 2007	SI-12/06/2022	NO
6		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	ENFERMERO	CARRERA ADMINISTRATIVA	UNIVERSIDAD SANTO TOMAS	SI-22/07/2022	NO
7		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	ODONTÓLOGA	CARRERA ADMINISTRATIVA	NO	NO	NO
8		PROFESIONAL ESPECIALIZADO	PSICÓLOGO	CARRERA ADMINISTRATIVA	UNIVERSIDAD CES	SI-27/07/2022	NO
9		PROFESIONAL UNIVERSITARIO	QUÍMICO FARMACÉUTICO	CARRERA ADMINISTRATIVA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA - 2007	SI-3/07/2022	NO
10		PROFESIONAL UNIVERSITARIO	INGENIERO AMBIENTAL	CARRERA ADMINISTRATIVA	NO	SI-22/07/2022	NO
COORDINADORES DE VISITA:							



Según lo anterior se evidenció lo siguiente:

- 1 persona no ha actualizado desde el 2021.
- 2 personas no cuentan con ningún soporte en los últimos 2 años, que demuestre su cumplimiento. (carpeta física, ni SIDEAP).
- 6 personas se encuentran con fecha de actualización a julio de 2023.

Esta verificación muestra que el 30% se encuentran incumpliendo, por lo anterior se recomienda que se comunique a la Dirección de Talento Humano el cumplimiento del requisito establecido en la política, ya que todos los colaboradores tanto planta como contrato y en este caso los integrantes del equipo coordinador de visitas de habilitación, deben cumplir con lo establecido en la Política Institucional de Conflicto de Interés.

De otro lado en esta revisión se indagó sobre el curso de verificador tal como lo ordena la Resolución 3100 de 2019, del personal revisado no se encontraron registros que demostraran la realización de dicho curso de actualización; sin embargo, se indagó con el personal de la Subdirección y a la fecha se encuentran en un proceso de capacitación, se recomienda que los colaboradores adjunten este registro a sus hojas de vida y en el aplicativo SIDEAP.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.1.3 Quejas presentadas por presuntos actos de corrupción

En mesa de campo efectuada el 31 de mayo de 2023, donde se revisaron los riesgos de gestión y corrupción del proceso de Inspección Vigilancia y Control de Prestadores de Servicios de Salud, se preguntó a los auditados en el periodo alcance de la auditoría, si se habían presentado quejas relacionadas por presuntos actos de corrupción, manifestando que no se habían presentado este tipo de situaciones, dado que la Oficina de Asuntos Disciplinarios es la responsable de gestionar dichas quejas, mediante correo electrónico con fecha 16 de junio de 2023, certificaron lo siguiente:

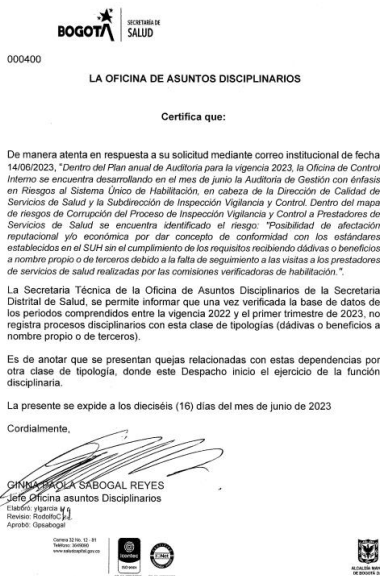




Imagen certificación emitida por la oficina de Asuntos Disciplinarios

Es importante que la dependencia continúe adelantando controles relacionados con presuntos actos de corrupción con las visitas de habilitación, y que amplie la muestra de las encuestas de satisfacción.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.1.2 Actividades de Control:

6.1.2.1 Plan de Visitas de Habilitación

En mesa de campo realizada el 8 de junio de 2023, se solicitó información previa con respecto al plan de visitas de habilitación efectuado en el alcance de la auditoría, al revisar la información se encontraron diferencias de las cuales fue necesario aclaración por parte de los auditados los cuales manifestaron que estas presentaban inconsistencias encontrando los siguientes datos:

TIPO DE VISITA	INF BASE DE DATOS	INFORMACION ENTREGADA	DIFERENCIAS
VISITAS IPS	191	172	19
VISITAS PROFESIONAL INDEPENDIENTE	22	28	6
VISITAS TRANSPORTE ESPECIAL PACIENTES	22	16	6
VISITAS OBJETO SOCIAL DIFERENTE	16	10	6
TOTAL	251	226	37



Dado que la información revisada en las bases de datos suministradas presenta diferencias, contra la entrega realizada en el cuestionario solicitado por el equipo auditor, se generará una no conformidad relacionada con la veracidad de la información.

La información revisada en las bases de datos, contra la información registrada, no fue coincidente y finalmente no se pudieron determinar las cifras exactas de las visitas.

En el periodo enero a marzo 2023 se realizaron un total de 7 visitas del SUH relacionadas así:

TIPO DE VISITA	INF BASE DE DATOS	INFORMACION ENTREGADA	DIFERENCIAS
VISITAS IPS	6	6	0
VISITAS PROFESIONAL INDEPENDIENTE	0	0	0
VISITAS TRANSPORTE ESPECIAL PACIENTES		0	0
VISITAS OBJETO SOCIAL DIFERENTE	1	1	0

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.2.1.2 Verificación Requisitos de habilitación Transporte Asistencial Básico y medicalizado (TAB y TAM) Resolución 3100 de 2013

Para la revisión de requisitos de habilitación de Transporte asistencial básico y medicalizado, se desarrollaron 2 mesas de campo los días 15 y 16 de junio de 2023.

En mesa de campo los auditados reportan que la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control, cuenta con e diez (10) comisiones que realizan las visitas de verificación, las cuales están lideradas por un profesional de planta y un equipo interdisciplinario que se asigna de acuerdo con el tipo de prestador y servicios a verificar.

El equipo auditor realizó análisis con la información encontrada en el aplicativo SECOP 2 de acuerdo con las órdenes de ingreso a almacén No. 76526, 78605,78606 y 79231 VS el aplicativo REPS (registro especial de habilitación de prestadores de servicios de salud) con el fin de determinar la muestra para la verificación de los requisitos de habilitación según la Resolución 3100 de 2013. La muestra seleccionada es la siguiente:



SUBRED	TIPO DE AMBULANCIA		TOTAL
	Básica	Medicalizada	
Norte	3	3	6
Sur	1	2	3
Centro oriente	4	5	9
Suroccidente	3	4	7
Gran total			25

Fuente comprobantes de egreso y REPS

Se procedió a la solicitud de las carpetas que contienen la documentación referente a la visita de habilitación que adelanta la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control sobre los requisitos establecidos en la normatividad y se identificó que el acceso a la información es complejo ya que en la visita de campo N1 sólo se verificaron 2 carpetas debido a la dificultad para encontrar la información, será necesario que el proceso mejore los mecanismos de acceso y control de las carpetas de habilitación.

El equipo auditor hizo la verificación de los datos de las placas de ambulancias que se encontraron en la plataforma SECOP de acuerdo con las órdenes de compra



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Nos. 76526,78605, 79231, de acuerdo con el cruce de información con los comprobantes de ingreso de almacén que se encontraban publicados en SECOP 2 y con los datos que se encuentran registrados en Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. -REPS, es decir los datos de las ambulancias habilitadas.

En las siguientes matrices se encuentran los aspectos más relevantes de la verificación efectuada por el equipo auditor:



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)			
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

-Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente:



Placas de vehículo - Ambulancias	Fecha Doc. Entrega	Tipo Ambulancia	Fecha Habitación	Norma por la que se verificó.	Código de la ambulancia	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
JQV147	25/02/2022	Básica	29 y 30 nov 1-6-7-12-13-14-19-20- 22 de diciembre 2022	3100 de 20219	6875	76526	Visita de habitación: -No cumple en el estándar de Talento Humano general para las entidades. -Imposición de medida de seguridad y remisión a investigación incumplimientos y suspensión de servicios de hospitalización, cirugía, internación, quirúrgicos, consulta externa, entre otros, no se relaciona el tema de ambulancias. -Medida de seguridad a transporte asistencial básico, se encuentra registro de Imposición de medida de seguridad con fecha 22-12-2022 para atención inmediata modalidad extramural. -La ambulancia está incluida en el informe final de visita. -Falta oxígeno luces, en el registro de visita formato 414 versión 1, se observa que no cumple con los criterios que le sean aplicables a todos los servicios. -La historia no cuenta con el registro de destino del servicio.
JQV149	28/02/2022	Básica	29 y 30 nov 1-6-7-12-13-14-19-20- 22 de diciembre 2022	3100 de 20219	6880	76526	Incumplimiento por luces, la ambulancia no cuenta con O2 medicinal Inventario de insumos de la móvil. La historia no cuenta con el registro de destino del Servicio.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					



Placas de vehículo - Ambulancias	Fecha Doc. Entrega	Tipo Ambulancia	Fecha Habitación	Norma por la que se verificó.	Código de la ambulancia	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
JQV144	28/02/2022	Básica	29 y 30 nov 1-6-7-12-13-14-19-20- 22 de diciembre 2022	3100 de 20219	6877	76526	Informe final de visita estándar de Talento humano no cumple con lo general de todos los servicios. No cumple con oxígeno medicinal. No cumple con el inventario de medicamentos dispositivos médicos e insumos. Historia digital destino de servicios Mediante memorando con rad 23 12- 2022 se remite a investigación administrativa a la Subred en la que se registra incumplimientos para la SISS Centro Oriente.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					



Placas de vehículo - Ambulancias	Fecha Doc. Entrega	Tipo Ambulancia	Fecha Habitación	Norma por la que se verificó.	Código de la ambulancia	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
LIS786			5/10/2022	Básica	7050	76526	<p>No se suministró en la mesa de campo la carpeta (día jueves 15 de junio de 2023). No verificado el sistema sonoro de comunicaciones y georreferenciación Dotación no cumple con equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión) Lámpara de mano linterna con baterías de repuesto. Medicamentos y dispositivos médicos e insumos equipo de pequeña Cx vencido (3 de oct 2022) No cuenta con kit de derrames, kit de QX incompleto. Historia clínica y registros no cumple. Como es asignación de código verifican estándares nuevamente el 22 de diciembre dónde cumple con estándares y pendiente asignación de código y funcionamiento del radio.</p>

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Placas de vehículo - Ambulancias	Fecha Doc. Entrega	Tipo Ambulancia	Fecha Habitación	Norma por la que se verificó.	Código de la ambulancia	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
LIS789	11/11/2022	Medicalizada	24/01/2023	3100 de 2019	7072	78605	Formato 335 V.04 Comisión de habilitación conformada por 4 miembros, informa que, no puede prestar servicios de salud hasta tanto no tenga Sistema de georreferenciación y radio. Mejorar la legibilidad de los registros, letra no legible. Estándar de talento humano soportes y cursos de médico conductor y auxiliar. Se encuentra fecha de vencimiento de oxígeno lote 3318166VTO 27-12-2022 con visita realizada en enero 2023- Estándar dotación calificado como "cumple".
JQV148	14/12/2021	medicalizada	29 y 30 nov 1-6-7-12-13-14-19-20-22 de diciembre 2022	3100 de 2019	6851	79231	No cumple con criterios generales. Dispositivo de señalización óptica Leds fundidos, luces traseras dañadas. No cumple con medicamentos, dispositivos e insumos. No cumple con equipo eléctrico de aspiración sonda de succión. Historia clínica destino final Hay trazabilidad entre las listas de verificación VS el informe final de visita.
JQV237	2/06/2022	medicalizada	29 y 30 nov 1-6-7-12-13-14-19-20-22 de diciembre 2022	3100 de 2019	6985	79231	Luz lateral y luces costado derecho no prenden, no cumple con oxígeno medicamentos, dispositivos e insumos médicos. No cumple historia clínica no está el destino.
JQV236	1/06/2022	medicalizada	29 y 30 nov 1-6-7-12-13-14-19-20-22 de diciembre 2022	3100 de 20219	6983	79231	Luz lateral y luces costado derecho no prenden, no cumple con oxígeno medicamentos, dispositivos e insumos médicos. No cumple historia clínica, no está el destino. No cumple con criterios generales dispositivo de señalización óptica. Luces laterales derecha dañadas. No cumple medicamentos e insumos. No cumple con equipo eléctrico de aspiración sonda de succión

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Placas de vehículo - Ambulancias	Fecha Doc. Entrega	Tipo Ambulancia	Fecha Habitación	Norma por la que se verificó.	Código de la ambulancia	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
							Historia clínica destino final Hay trazabilidad entre las listas de verificación VS el informe final de visita.
JQV222	1/07/2022	medicalizada	29 y 30 nov 1-6-7-12-13-14-19-20- 22 de diciembre 2022	3100 de 20219	6996	79231	No cumple con lo general con oxígeno, medicamentos inventario. HC destino del servicio



Se revisaron los documentos de habilitación de 4 ambulancias básicas y 5 medicalizadas encontrando lo siguiente:

- En visita para la verificación de las carpetas de habilitación de ambulancias, realizada el 15 de junio, a la Subdirección de IVC PSS, los documentos que soportaron dicha verificación no fueron de fácil acceso en el momento de la solicitud por parte del equipo auditor, de otro lado la información que se encuentra en cada carpeta no permite identificar la trazabilidad de las visitas y observaciones de mejora realizadas en ellas; sería importante que se genere un mecanismo de control que permita el fácil acceso a la información que soporta cada una de las actividades desarrolladas a una ambulancia para su habilitación.

-El grupo auditor solicitó los documentos de habilitación de la ambulancia LIS 786, de los cuales no fueron suministrados por el proceso en la visita 1 realizada el 15 de junio de 2023, solo hasta el siguiente día fue ubicada y entregada al grupo auditor, esta situación genera un riesgo relacionado con el acceso, custodia, trazabilidad de las carpetas que constituyen la evidencia de la visita de habilitación

-En la verificación de las carpetas de habilitación de la Subred Centro-oriente, se encontraron aspectos de incumplimiento relacionados con los registros de traslado en la historia clínica digital, luces de las ambulancias, oxígeno, medicamentos entre otros. Los auditados explicaron que estos incumplimientos generaban una nueva verificación de los pendientes y así poder emitir un informe final que detalla la habilitación de la ambulancia.



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

-Subred Integrada de Servicio de Salud Sur

Placa vehículos Ambulancias	Fecha Doc Entrega	Tipo Ambulancia	Fecha habilitación	Norma por la que se verifico	Código de la ambulancia	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
JQV201	16/09/2022	Medicalizada	29-nov-22	3100 de 2019	7036	78605	No hay observaciones en el formato de estándares y criterios de habilitación, no hay notas de incumplimiento. Acta de visita de inspección VYC con fecha 29 nov 2022. No verificado el sistema de radio.
LIS772	5/10/2022	Medicalizada	19-dic-22	3100 de 2019	7049	78605	Sistema de georreferenciación no verificado el resto de los estándares cumplen.
JQV232	6/04/2022	Básica	19 DE ABRIL 2022	3100 de 2019	6924	78606	No se registra la necesidad de verificación en el sistema de georreferenciación y radiocomunicación formato SDS VYC FT 335. Se encontró que en el formato versión 3 no se determina el resultado de la visita en camio en la versión 4 ya dice el resultado de la visita.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					



-Se solicitaron registros escaneados de la ambulancia JQV232, los cuales no fueron entregados por parte de los auditados, se hace un llamado de atención al proceso para no obviar la información solicitada por parte de la OCI, ya que mediante la carta de representación se comprometen a proporcionar la información de manera oportuna y así no entorpecer el proceso auditor.

- Se encontró que el sistema de georreferenciación no es verificado en las visitas de habilitación; sino que se hace de manera posterior cuando se genera el código de la ambulancia por parte de la Subdirección de Urgencias y Emergencias en Salud, por lo que es necesario que los dos procesos generen mecanismos y sistemas de información articulados que permitan garantizar una información oportuna y segura, aspecto que se tratará en el ítem de este informe denominado "Asignación código de habilitación de ambulancias".

-Subred integrada de Servicios de Salud Suroccidente



Placa de Vehículos - Ambulancias	Fecha Doc. Entrega	Tipo Ambulancia	FECHA HABILITACION	NORMA POR LA QUE SE VERIFICO	CODIGO DE LA AMBULANCIA	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
JQV098 (C)	6/04/2022	básica	2 de mayo 2022	3100 de 2019	6930	76526	Cumple con todos los estándares de habilitación verificados. Contraloría reporta inconsistencias en la identificación del vehículo consignada en el chasis y el VIN es diferente al registrado en la tarjeta de propiedad. Tarjeta de propiedad registrada en las carpetas de habilitación No.: 10024709149

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

							y VIN 9GDNLR771NB009707.
JQV229	1/07/2022	básica	23-ago-22	3100 de 2019	6990	76526	Cumple con los estándares. Tiene observación sobre sistema de radiocomunicación y georeferenciación. Pendiente la asignación del código.
LIS 766 (C)	5/10/2022	básica	30-nov-22	3100 de 2019	7044	76526	Cumple con los criterios de habilitación, no registran en el formato de habilitación georreferenciación. En acta de inspección SDS VYC FT 335 v 4 se registra que no cuenta con radio activo y sistema de georreferenciación. Ente de Control- reporta en la auditoria regularidad 154 "Sellos para mantenerla fuera de servicio, no se pudo constatar que el número de la tarjeta de propiedad sea el mismo grabado en el Chasis".



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

LIS774	5/10/2022	medicalizada	Acta de visita de inspección estándares 19 de diciembre de 2022 Visita de verificación 30/11/2022	3100 de 2019	7052	78605	Estándar de Talento Humano no cumple. Infraestructura no cumple. Luz lateral dañada. Registran en acta que está pendiente radio y georreferenciación.
JQV139	14/12/2021	medicalizada			6856	79231	El trámite se realizó en línea.
JQV138	14/12/2021	medicalizada			6857	79231	El trámite se realizó en línea.
JQV131 (C)	6/04/2022	medicalizada	9 de mayo de 2022	3100 de 2019	6940	79231	Cumple con todos los criterios. En formato con anterior versión SDS IVC FT 335 V3 - Autorización de Código, no registran la asignación de radio y georreferenciación. Ente de Control- auditoria regularidad 154. Observación Chasis diferente.

-Verificadas las carpetas de habilitación de las ambulancias JQV 098, JQV 131 y LIS 766, se encontró que la Subdirección de IVC de acuerdo a los requisitos de la norma, revisa la existencia de los documentos del vehículo, tarjeta de propiedad y revisión técnico-mecánica, los cuales se reportaron en los formatos de verificación de requisitos de habilitación; sin embargo el equipo auditor determinó que este control debe revisarse y analizarse mediante una acción para abordar el riesgo, ya

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

que a pesar que el riesgo no es propio de este proceso, si podría repercutir en la habilitación de ambulancias o para procesos de adquisición futuros.

-Subred Integrada de Servicios de Salud Norte



Placas de vehículo - Ambulancias	Fecha Doc. Entrega	Tipo Ambulancia	FECHA HABILITACION	NORMA POR LA QUE SE VERIFICO	CODIGO DE LA AMBULANCIA	Orden de compra	CONTENIDO CARPETAS
JQV115	25/02/2022	básica	28 de marzo de 2022 acta de visita	3100 de 2019	6908	76526	SDS IVC FT 335 V3 - no se referencian en los registros los requisitos relacionados con el sistema de radio y georreferenciación. Cumple con los estándares de habilitación.
JQV249	16/09/2022	básica	10 de nov de 2022	3100 de 2019	7031	76526	Cumple con los estándares de habilitación.
JQV245	5/10/2022	básica	2-nov-22	3100 de 2019	7028	75526	2 de noviembre: No cumple dotación: Hoja de vida tensiómetro adulto no corresponde, oxígeno medicinal con capacidad total de almacenamiento No se autoriza asignación de Código no da cumplimiento a los estándares de la Resolución 3100 y la institución deberá solicitar nuevamente la verificación de los móviles 10 de noviembre nueva visita cumple con los estándares.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

LIS776	11/11/2022	medicalizada	24-feb-23	3100 de 2019	7099	78605	Cumple con todos los estándares y no verificados los equipos de radiocomunicación. Acta de visita de inspección es del 28 de febrero de 2023. Se menciona en el formato más no en el acta.
JQV106	14/12/2021	medicalizada		3100 de 2019	6842	79231	Tramite en línea Resolución 3100 página 58 y 59 novedades
JQV151	6/04/2022	medicalizada	11 de mayo 2022	3100 de 2019	6948	79231	En lista de verificación cumple con los estándares. En formato de visita SDS IVC FT 335 V3, se dio la asignación de código.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.1.2.3 Asignación de código de Ambulancias

El grupo auditor solicitó información sobre el proceso de asignación de código de ambulancias, el cual se realiza una vez surtida la verificación y cumplimiento de los requisitos de habilitación, el profesional responsable remitió matriz Excel con la información de la asignación de códigos. Se realizó mesa de trabajo el 20 de junio de 2023 encontrado lo siguiente:

-El profesional informó que no se encuentra documentada la generación del código de la ambulancia, situación que puede generar riesgos de pérdida del conocimiento y trazabilidad de la información, la cual deberá documentarse en conjunto con la con la Subdirección de Urgencias y Emergencias.

-De acuerdo con la matriz suministrada se revisaron los códigos de las ambulancias inscritas mediante el trámite en línea identificadas así:

SUBRED	PLACA	FECHA DE APERTURA	CÓDIGO ASIGNADO
Suroccidente	JQV 139	12 de enero de 2022	6856
	JQV 138	12 de enero de 2022	6857
Norte	JQV 106	22 de diciembre de 2021	6842



Se solicitó al profesional la información que soportara el trámite de asignación de código de ambulancias, el cual se realizó desde el aplicativo REPS (Registro especial de prestadores de servicios de salud), encontrando que efectivamente si corresponde a un trámite en línea.

-En la visita de campo se revisó la base de datos con corte a 20 de junio 2023, evidenciando los siguiente:

-En las ambulancias JQV 115 y JQV 098, no se encuentra el código asignado por el DUES, se solicitó informar la razón de su falta de asignación, informando que esta base de datos se encuentra actualizada a septiembre de 2022, lo que evidencia fallas en la oportunidad de la información sobre los códigos de ambulancias y los controles que garantizan la oportunidad, suficiencia y veracidad de la información.

Finalmente reportaron que se la Dirección de Urgencias y emergencias se encuentra desarrollando un sistema de información; sin embargo, el auditado manifiesta que no conoce los avances.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Adicional a esto, la base de datos que se encuentra en carpeta one drive, es alimentada por tres profesionales quienes asignan el código de las ambulancias, dicha base debería garantizar la fiabilidad de los datos registrados y la trazabilidad de la información.

6.1.2.4 Roles y perfiles en el aplicativo REPS



El grupo auditor solicito a los auditados la información sobre los controles internos y accesos relacionados con el uso del aplicativo REPS, manifestando que a la fecha de la auditoria se encuentran 7 colaboradores entre planta y contrato con permisos para registrar y consultar información relacionada con los procesos de habilitación como se observa en la siguiente matriz:

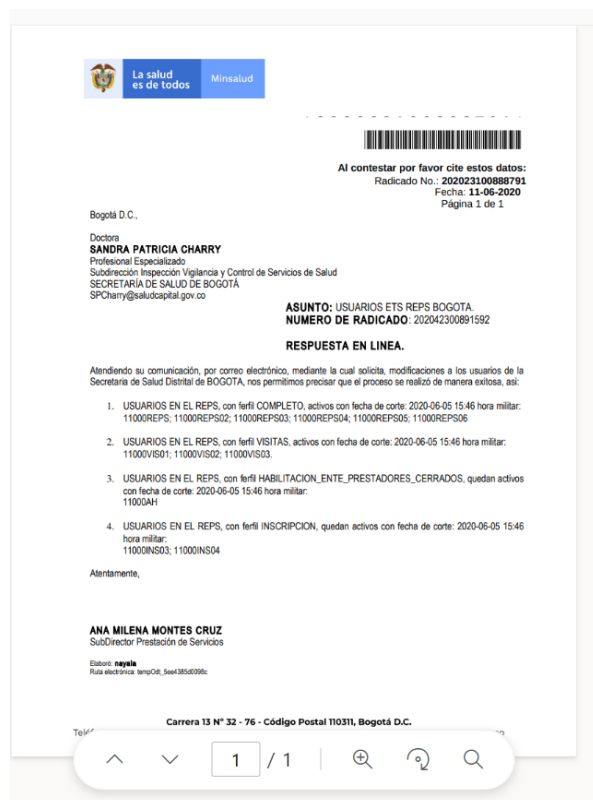
USUARIO	USUARIO REPS	VINCULACIÓN	PERFIL
11000REPS	RAÚL GUEVARA	PRESTACIÓN SERVICIOS	COMPLETO
11000REPS02	SANDRA PATRICIA CHARRY	PLANTA	COMPLETO
11000REPS04	ANDREA MARCELA LOZANO	PRESTACIÓN SERVICIOS	COMPLETO
11000REPS05	GLORIA MARSELA PEÑA MOYA	PRESTACIÓN SERVICIOS	COMPLETO
11000VIS01	NUBIA LUZ SUÁREZ PÁEZ	PRESTACIÓN SERVICIOS	VISITAS
11000LEVMED02	LUZ MARINA RODRÍGUEZ	PLANTA	LMS
11000VIS02	LUZ MARINA RODRÍGUEZ	PLANTA	VISITAS

Fuente matriz suministrada por la Subdirección

De la misma manera informaron que la asignación, permisos y roles se hace mediante solicitud al Ministerio de Salud y Protección Social, se solicitó la evidencia que soportara dicha actividad:

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					





6.2 GESTIÓN DE RIESGOS

En la entidad se encuentran establecidos los documentos institucionales que enmarcan la gestión del riesgo institucional, para este caso es el lineamiento SDS PYC LN 0012 y la política de riesgos, que se adoptó mediante la Resolución Interna 1270 de agosto de 2021, esta resolución define la política de riesgos institucional, objetivos, alcance, niveles de responsabilidad, mecanismos de comunicación y seguimiento a la política.

Es importante anotar que en el lineamiento SDS-PYC-LN-12-V6 en el numeral 5.1 literal h, establece que... “Los procesos tienen la facultad de actualizar los mapas de riesgos de acuerdo a la dinámica de su gestión” y como se enmarca de acuerdo a la gestión documental establecida en el Sistema de Gestión y Control de la entidad, la tercera línea de defensa (Control Interno) “provee aseguramiento independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que las líneas de defensa cumplan con sus roles y responsabilidades en la Gestión de Riesgos, para el logro en el cumplimiento de la política de riesgos, los objetivos estratégicos y de proceso, así como de los riesgos de corrupción”.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

A continuación, la Oficina de Control Interno en un análisis independiente, evaluó la gestión de los riesgos identificados y otros potenciales riesgos que el equipo auditor logró identificar en el desarrollo de la auditoría.

Los riesgos de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Prestadores de Servicios de Salud se encuentran en el proceso de Inspección Vigilancia y Control y específicamente para la unidad de auditoría visitas de habilitación, se ubican en la matriz de riesgos operativos y de corrupción como adjuntos a la caracterización del proceso en el aplicativo Isolucion y en la página WEB de la entidad link de transparencia para los de corrupción.

Para efectos de entendimiento del componente de control evaluado, se analizará el contexto y el mapa de riesgos correspondientes a esta unidad auditable.

Contexto Estratégico:

Se realizó la revisión del contexto estratégico que es el marco de la gestión de los riesgos; revisado el aplicativo Isolucion, se encuentra que en el análisis de contexto del proceso Inspección Vigilancia y Control, no se encuentran los aspectos tipo amenazas (externas) relacionados con el plan de visitas y que han venido afectando la programación y cumplimiento de dicho plan, ya que la Resolución 1719 de 2022, expresa que, “las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias tendrá hasta el 30 de Junio de 2023 para registrar en el REPS el plan de visitas que se ejecutará en el segundo semestre de 2023 iniciando el 1 de julio”... Dicho aspecto que es relevante para la misionalidad de este proceso no fue contemplado y no se ha tenido en cuenta para la generación de estrategias que puedan mitigar la ocurrencia de un riesgo de incumplimiento a las metas de visitas de habilitación.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTERNA Y EXTERNA					
Análisis de la SITUACIÓN INTERNA					
Elemento	Ítem	FACTOR	RIESGO	Índice	VALORACIÓN
Fortalezas (+) con los factores críticos	1	Buen trabajo humano, actitud de cooperación con operador conmutador en el SSES y SOSES (Calidad y eficiencia en la atención de las solicitudes de la Subdirección, Seguridad en el sector de IVC)	3	1	3
	2	Recursos de personal, tecnología y métodos (Ejecución de expedientes y calidad en las acciones de salud que reciben las unidades de Atención Ciudadana)	3	1	3
	3	Recomendación de la entidad fuente a la ciudadanía (Gestiones de atención de la SCS)	3	1	3
	4	Buena comunicación, en todas las áreas (Permite acciones de buen clima laboral y bienestar del personal)	3	1	3
	5	La Entidad cumple con el cumplimiento de la Ley de Transparencia (PDRM) y el SCS genera confianza y transparencia, entre las partes involucradas.	3	1	3
	6	Trabaja un equipo de trabajo de la Subdirección para la atención de las solicitudes y atención (Ejecución de expedientes por parte del personal, atención de compromisos, tareas de asignar y hacer)	2	1	2
	7	Continuidad de los equipos de trabajo asignados de la Subdirección para el cumplimiento de las metas y objetivos, manteniendo la curva de aprendizaje.	3	1	3
Debilidades (-) con los factores críticos	1	Limitada disponibilidad de recursos para el desarrollo de las actividades de IVC (Desempeño de las actividades relacionadas con la calificación, acreditación, mantenimiento y publicación de los resultados de las actividades)	2	1	2
	2	Falta de actualización de la información que se genera en el sistema (Ejecución y recepción de las solicitudes, Perfiles de información)	3	3	9
	3	La demanda de servicios es mayor que la disponibilidad de recursos que se tienen para dar de respuesta de manera oportuna.	3	3	9



Imagen oficial tomada del aplicativo Isolución de la DOFA IVC de Prestadores de Servicios de Salud



En el análisis de la DOFA publicado en el aplicativo, se identificó que, en las debilidades, oportunidades y amenazas, no se incluyen los aspectos relacionados con el plan de visitas de habilitación.

Esto nos permite recomendar que es fundamental que el análisis de contexto del proceso de Inspección Vigilancia y Control se realice de forma tal que, permita la identificación de oportunidades, riesgos y controles para su gestión en los temas específicos de la misionalidad del proceso, en lo relacionado con plan de visitas, roles y perfiles de usuarios entre otros.

De dicha situación recomienda que el proceso revise el contexto del proceso y por ende la actualización de sus riesgos.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: SDS-PYC-FT-001 V.6	Elaborado por: Luis Carlos Martínez Revisado por: Fernando Fuentes Aprobado por: Sonia Luz Flórez	
--	---	---	---

ACTA DE REUNIÓN

Tema: PLAN ANUAL DE VISITAS 2022

Dirección y/o Oficina	Proceso
DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	IVC

Objetivo de la Reunión Definir los aspectos a tener en cuenta en la formulación del Plan Anual de Visitas SUH para la vigencia 2022.	Fecha de la reunión: Noviembre 11 de 2021
	Lugar: Dirección de Calidad
	Hora Inicio: <u>2:00 p.m.</u> Hora Fin: <u>2:30 p.m.</u>
	Notas por: SPCHR
	Próxima Reunión:
Quien cita:	

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

Para la formulación del plan anual de visitas 2022 se tendrá en cuenta:

- Las prioridades establecidas en la Resolución 3100 de 2019
- Incluir en la programación prestadores tipo: Profesionales Independientes
- Prestadores incluidos en el Plan Anual de Visitas vigencia 2021 que no fueron visitados
- Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS que tienen habilitados servicios de salud mental, dada la incidencia y prevalencia de estas patologías en la ciudad en el marco de la pandemia
- IPS primarias, dada la importancia para verificar las condiciones de la atención básica en la ciudad y estar acorde al Modelo Territorial de Salud

Para 2022, se incluirán en el Plan Anual de Visitas un total de 2.230 sedes de prestadores de servicios de salud, lo cual estará sujeto al lineamiento que emita el Ministerio de Salud frente a la re



del SU Asesoría

Acta de reunión plan de visitas 2021

Riesgos de gestión en la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Prestadores de Servicios de Salud:

Con respecto a los riesgos relacionados con el proceso de habilitación, el proceso cuenta con un riesgo operativo actualizado en febrero de 2023:

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO														
A. Referencia	B. Proceso (Seleccionar)	C. Objetivo Estratégico (Seleccionar)	D. Objetivo Proceso	E. Impacto (Seleccionar)	F. Causa Inmediata	G. Causa Raíz	H. Causa Transversal		I. Descripción del Riesgo	J. Tipo de Riesgo (Seleccionar)	K. Clasificación del Riesgo (Seleccionar)	L. Factor de Riesgo (Seleccionar)	M. Frecuencia con la cual se realiza la actividad	N. Probabilidad inherente
3	Inspección Vigilancia y Control	3. Mejorar la calidad, eficiencia y acceso en la prestación de los servicios de salud a través del cumplimiento de la función de inspección, vigilancia y control.	Prevenir y controlar factores de riesgo individual y colectivo a través de acciones y estrategias de inspección, vigilancia y control para mejorar la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital en cumplimiento de la normatividad vigente y en el marco del Plan Territorial de Salud y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Reputacional	Desarrollar las visitas de verificación del Sistema Único de Habilitación sin cumplir la programación o fuera de los términos establecidos.	No realizar la verificación y gestión de las actividades del sistema único de habilitación.	¿Es causa transversal? (Seleccionar)	Procesos relacionados	Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por desarrollar las visitas de verificación del Sistema Único de Habilitación sin cumplir la programación o fuera de los términos establecidos debido a no realizar la verificación y gestión de las actividades del sistema único de habilitación.	Riesgo operativo	Ejecución y Administración de procesos	Procesos	226	Medio

Control de Cambios			Elaboró		Revisó:		Aprobó:	
Versión	Fecha	Descripción	Nombre:	Cargo:	Nombre:	Cargo:	Nombre:	Cargo:
	09/02/2023	Se actualiza frecuencia en la que se realiza la actividad de Gestionar las solicitudes de tramites a 97.755, en la cual se mantiene la probabilidad e impacto del riesgo y zona de riesgo.	Oscar Poveda Caicedo	Profesional Especializado	Dora Duarte Prada	Subdirectora de IVC de SS	Dora Duarte Prada	Subdirectora de IVC de SS
		Se actualiza frecuencia en la que se realiza la actividad Caducidad en las investigaciones						



Imagen mapa de riesgos de gestión incluido en la caracterización del proceso

RIESGO 3: Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por desarrollar las visitas de verificación del Sistema Único de Habilitación sin cumplir la programación o fuera de los términos establecidos debido a no realizar la verificación y gestión de las actividades del sistema único de habilitación con un control “Realizará seguimiento al cronograma de visitas de habilitación, Verificando el cumplimiento de lo programado vs ejecutado por la comisión asignada En caso de no cumplir dicha programación se realizará la reprogramación de las visita y se comunicara por acto comisorio como evidencia de la ejecución del control se encuentra el cronograma con las observaciones pertinentes”, para este control no fueron aportadas las evidencias de su operación.

Revisada la autoevaluación del control del 23 de abril de 2022, establece que el control se encuentra “Documentado” es “Fuerte” y no es necesario formular acción, el equipo auditor realiza un análisis determinando que para la vigencia 2023, el riesgo podría estar materializado y deben revisar otras opciones de control, toda vez que no pudieron presentar las evidencias de su operación por la suspensión de las visitas. Se recomienda entonces, que, se revise toda la gestión de los riesgos relacionada con visitas de habilitación, teniendo en cuenta aspectos como por ejemplo el plan anual de visitas, sus sistemas de información entre otros. Con lo anterior se evidencia que en el desarrollo de la auditoria se identificaron aspectos críticos o posibles riesgos para el proceso, los que se deberían tener en cuenta para establecer controles más eficaces en la gestión.

6.3 Información y comunicación

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Se observa que en la página WEB de la Secretaría de Salud se encuentra publicación de los temas relacionados con el sistema único de habilitación de servicios, como se observa a continuación:



Imagen página WEB requisitos de habilitación

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2).

- Se destaca la participación del nivel directivo y del equipo de trabajo en las mesas de campo.
- La página web presenta información actualizada con relación al Sistema Único de Habilitación, lo que permite a la ciudadanía, IPS y prestadores de salud independientes, información sobre los requisitos a cumplir.

8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).

8.1 No se evidenció la información completa, veraz y consistente con respecto a las visitas de habilitación de la vigencia 2022, incumpliendo con lo establecido en la ley 87 de 1983, artículo 2 “Objetivos del Sistema de Control interno” literal e “Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.

9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).



9.1 Es necesario que el proceso mejore los mecanismos control relacionados con la custodia, seguridad, acceso de las carpetas de habilitación, evitando una posible materialización de riesgo de pérdida y trazabilidad de la información contenida en las carpetas de habilitación de las ambulancias.

9.2 Es importante que el proceso documente la gestión y control que se adelanta para la asignación de códigos de ambulancias con los controles respectivos para garantizar la información oportuna registrada en las bases de datos de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control, dicha fallas pueden generar inconsistencias, duplicidad o errores de la información.

9.3 A pesar de que los lineamientos para la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) son impartidos por el Ministerio de Salud, es importante que de manera interna el proceso establezca controles internos de asignación, permisos roles, perfiles del aplicativo mitigando así posibles riesgos relacionados con la información generada por este sistema.

9.4 Es necesario que desde la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, Subdirección de Bienes y Servicios y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, se analicen y revisen los mecanismos de control existentes, ya que se pueden generar reincidencias en la materialización riesgos de habilitar vehículos que no corresponden según la documentación presentada y que podrían repercutir en la posible habilitación de ambulancias o en procesos de adquisición futuros. Por lo tanto, se deberá revisar y hacer un análisis

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

para establecer controles coordinados entre las dependencias, ya que los entes de control en sus hallazgos han identificado inconsistencias en los números de la tarjeta de propiedad de los vehículos VS número de chasis, generando potenciales riesgos en la habilitación de un vehículo que no corresponde.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. (NIA 2410-A1).

10.1 Es importante que la Subdirección estructure su organización interna de forma tal que sea expresada de manera gráfica para que refleje su funcionamiento interno, esquema de organización, líneas de reporte, canales de comunicación, entre otros aspectos.

10.2 Es importante que la dependencia continúe adelantando controles relacionados con presuntos actos de corrupción con las visitas de habilitación y que amplíe la muestra de las encuestas de satisfacción.

10.3 Se recomienda informar a la Dirección de talento Humano que se verifique la información relacionada con los soportes de la actualización del formato de conflicto de interés en cumplimiento de la política de conflicto de interés SDS-CDO-POL-001- del personal de planta ya que los requisitos contenidos en la política Institucional de conflicto de interés deben cumplirse en todas las dependencias de la Entidad.



10.4 Se recomienda que el proceso revise el contexto del proceso y la identificación de los riesgos relacionados con el sistema único de habilitación en temas como plan anual de visitas, manejo de sus sistemas de información, ya que estos podrían materializarse y el control no es lo suficientemente fuerte, toda vez que no se presentaron las evidencias de su operación y este control no podría permitir la mitigación de la ocurrencia del riesgo en mención.

11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).

Según el resultado de la auditoría registrado en el presente informe, el proceso auditado deberá elaborar el plan de mejoramiento a que haya lugar, teniendo en cuenta el lineamiento establecido por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, atendiendo los hallazgos 1 No conformidad y 4 acciones para abordar el riesgo registradas, con el fin de realizar el tratamiento adecuado de los riesgos, incluyendo el ciclo PHVA en las actividades propuestas y de ser necesario, realizar mesas de trabajo cuando las no conformidades y/o acciones para abordar los riesgos involucren a otras dependencias.

De otro lado deberán revisar las recomendaciones y tenerlas en cuenta como oportunidades de mejora documentadas en el aplicativo ISOUCION.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Una vez enviado el enlace de publicación del informe final, el proceso IVC SS, tendrá 5 días hábiles para enviar, vía correo electrónico, el plan de mejoramiento integral para la revisión por la Oficina de Control Interno.

12. ANEXOS.

Se anexan los documentos y evidencias que reposan en un disco compacto en la carpeta de la auditoria con archivos digitales.

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

MONICA MARCELA ULLOA MAZ

MARTHA YESENNIA GARCÍA MEJÍA

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

OLGAL UCIA VARGAS COBOS