

| | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------|----------|---|
|  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

AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y
GESTIÓN - MIPG

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITOR (ES):
LÍDER: ANGELA GONZÁLEZ PALACIO
EQUIPO AUDITOR: DORIS PILAR OJEDA PÉREZ

REVISADO POR:

OLGA LUCÍA VARGAS COBOS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTÁ, 04/12/2023

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)..... | 4 |
| 3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (NIA 2220). | 4 |
| 4. CRITERIOS DE AUDITORÍA. (NIA 2210- A3). | 5 |
| 4.1 Internos: (políticas,normatividad interna,procedimientos lineamientos) | 5 |
| 4.2 Externos(leyes y regulaciones que apliquen)..... | 5 |
| 5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300)..... | 5 |
| 6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS. (NIA 2320). | 6 |
| 6.1 Esquema de la Líneas de Defensa | 6 |
| 6.2.Ambiente de Control..... | 8 |
| 6.3 Actividades de Control | 17 |
| 6.4 Gestion de los Riesgos | 25 |
| 6.5 Actividades de Monitoreo..... | 29 |
| 6.6 Información y Comunicación | 33 |
| 7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2). | 65 |
| 8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431). | 66 |
| 9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1). | 66 |
| 10. CONCLUSIONES. (NIA 2410-A1). | 69 |
| 11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500). | 73 |
| 12. ANEXOS..... | 73 |

| | | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|---|
|  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 | | | | | |

ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| COM: | Oficina Asesora de Comunicaciones |
| DAFP: | Departamento Administrativo de la Función Pública |
| DPIYC: | Dirección de Planeación Institucional y Calidad |
| FFDS: | Fondo Financiero Distrital de Salud |
| FURAG: | Formulario Único de Reportes y Avances en la Gestión |
| TAIP: | estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública |
| ITEP: | Índice de Transparencia de las Entidades Públicas |
| MECI: | Modelo Estándar de Control Interno |
| MIPG: | Modelo Integrado de Planeación y Gestión |
| OCI: | Oficina de Control Interno |
| PAA: | Plan Anual de Adquisiciones |
| PETI: | Plan estratégico de tecnologías de Información y comunicación |
| PMO: | Oficina de Gestión de Proyectos |
| POGD: | Plan Operativo de Gestión y Desempeño |
| SCI: | Sistema de Control Interno |
| SDS: | Secretaría Distrital de Salud |
| SEGPLAN: | Sistema de Seguimiento al Plan de Desarrollo Distrital |
| TIC: | Tecnologías de la Información y las Comunicaciones |

*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> | | | | | |

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

Verificar la gestión con relación a los componentes de control y al esquema de las líneas de defensa en el avance en la implementación de las dimensiones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en el periodo comprendido entre el 01 de septiembre de 2022 al 31 de agosto de 2023, sin perjuicio de evaluar lo gestionado antes o después del periodo.

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

1. Verificar los componentes de control en la implementación de las políticas de gestión y desempeño del MIPG en la Secretaría Distrital de Salud según la normativa vigente.
2. Verificar la gestión del riesgo, la eficacia y suficiencia de los controles establecidos por los procesos auditados.
3. Verificar la operación del esquema de las líneas de defensa para la implementación de las dimensiones y políticas del MIPG en la Secretaría Distrital de Salud.
4. Verificar el avance en la implementación de las políticas de gestión y desempeño con relación a las actividades definidas en el plan estratégico MIPG y en el POGD para el periodo auditado.
5. Identificar oportunidades de mejora o hallazgos, relacionados con la gestión de las políticas contempladas en la auditoria, en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.

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

Desde: La planeación, implementación y verificación de las siguientes dimensiones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión: Gestión con valores para resultados (Política Gobierno Digital), Gestión con Valores para Resultados (Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional), Información y Comunicación (Política Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción).

Hasta: El mejoramiento continuo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el marco del sistema de Control Interno.

Periodo a evaluar: 01 de septiembre de 2022 al 31 de agosto de 2023, sin perjuicio de poder evaluar lo gestionado antes o después del periodo.

| | | | | | |
|--|---|----------------|----------|---|---|
|  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 | | | | | |

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

4.1 Internos:

- Resolución Internas 2765 del 2018 “Por la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la SDS”.
- Resolución interna 842 del 4 de junio de 2021 “Por la cual se derogan las resoluciones 2765/2018 y 414/2020 y establece disposiciones para el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C”
- Caracterización de los procesos auditados, procedimientos y lineamientos asociados.
- Políticas institucionales asociadas en el alcance de la auditoria.

4.2 Externos (leyes y regulaciones que apliquen)

- Constitución Política de Colombia (1991).
- 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 Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
- Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Componentes de Control MECI – MIPG - Revisión de gestión por las líneas de defensa.
- Decreto Nacional 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".
- Decreto 221 de 2023 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C “Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital, se deroga el Decreto Distrital 807 de 2019 y se dictan otras disposiciones”
- Decreto 507 de 2013 “Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.”

Las demás normas relacionadas con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).

Esta corresponde a una auditoría de gestión con énfasis en riesgos, la cual se desarrolló según los componentes de control establecidos en el MIPG (ambiente de control, gestión del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo y supervisión), con el fin de corroborar el estado de los controles en el avance en la

*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 | | | | | |

implementación de las dimensiones y políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), para lo cual se emplearon diversos instrumentos de auditoría como la ejecución de mesas de auditoría y verificación documental de las evidencias aportadas por los profesionales de las dependencias responsables delegados en la carta de representación, así como de la información disponible en las herramientas formalmente establecidas en la entidad: aplicativo Isolución, carpetas compartidas y página WEB, entre otras. De igual forma, se realizó la verificación de la implementación del esquema de las líneas de defensa para la implementación del MIPG.

Una vez efectuada la verificación se emite un informe preliminar, sobre el cual los auditados podrán exponer sus puntos en desacuerdo antes de la mesa de cierre y dentro de los términos establecidos en el procedimiento de auditorías. Al momento de la mesa de cierre no habrá lugar a la presentación de evidencias que no fueron allegadas oportunamente.

Una vez efectuada la mesa de cierre se emite el informe final, el cual servirá como base para la formulación de un plan de mejoramiento que será aprobado por el equipo auditor. Finalmente, las acciones de mejora del plan aprobado serán consignadas en la plataforma dispuesta para el respectivo seguimiento (ISOLUCION) y tendrán seguimiento hasta su cierre por cumplimiento.

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

De acuerdo con el objeto, alcance y metodología de la auditoría, se procedió a realizar el análisis de la información así:

6.1 Esquema de la Líneas de Defensa

El esquema de las líneas de defensa aplicadas a la gestión del modelo integrado de planeación y gestión puede explicarse de la siguiente manera:

6.1.1. Línea Estratégica de Defensa: Se encuentra en cabeza del Señor Secretario de Despacho, quien dirige la implementación del Sistema de Gestión y la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, responsable de liderar, orientar y gestionar los medios y recursos necesarios para tal fin.

Cuenta con una instancia encargada de dar las directrices estratégicas y lineamientos para la implementación y seguimiento del sistema de gestión y de la operación del modelo integrado de planeación y gestión, que es el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, reglamentado por medio de la Resolución interna 842 del 4 de junio de 2021. Los subsecretarios que tienen a su cargo la ejecución de los planes, programas, proyectos y estrategias, son responsables de realizar el seguimiento y la evaluación de los resultados institucionales, así como de definir las acciones de corrección o prevención de riesgos 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 | | | | | |

comunicarlas en el respectivo Comité Institucional de Gestión y Desempeño según lo establecido en el artículo 5, literal 2 de la resolución mencionada anteriormente.

La presidencia del Comité institucional de Gestión y Desempeño de la entidad la ejerce el Subsecretario Corporativo, con el rol principal de orientar y liderar la gestión de éste. La Secretaría Técnica la ejerce el Director de Planeación Institucional y Calidad. El proceso de Planeación Institucional y Calidad aporta evidencia de las actas de reunión del comité institucional de gestión y desempeño realizadas el 7 de diciembre de 2022, 13 de diciembre de 2022, 27 de febrero de 2023, 27 de marzo de 2023, 31 de mayo de 2023; asimismo se observó por parte del equipo auditor en el aplicativo Isolución, actas de los comités realizados el 28 de agosto de 2023, 31 de agosto de 2023 y 5 de octubre de 2023, cumpliendo con las reuniones ordinarias que se deben realizar como mínimo una vez cada tres meses (Artículo 13). Se evidencia que en todas las reuniones sostenidas se cumplió con el quorum requerido según el artículo 17 de la resolución.

6.1.2 Primera Línea de Defensa: Corresponde a los servidores en sus diferentes niveles, quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad; es la encargada de la gestión operativa, desarrollando el autocontrol. De acuerdo con lo establecido por la Resolución Interna 842 de 2021, “las políticas de gestión y desempeño en la Secretaría Distrital de Salud serán adoptadas, implementadas y lideradas por las siguientes dependencias, sin perjuicio de la participación de las demás que se requiera de su participación en el desarrollo de las políticas” y, por tanto, teniendo en cuenta las políticas objeto de la auditoría, son quienes ejercen la primera línea, así:

Tabla 1. Dependencias líderes de la implementación de las políticas en la SDS

| Dimensión MIPG | Políticas de Gestión y Desempeño Institucional | Dependencia Líder de la Implementación de la Política |
|-------------------------------------|---|---|
| Gestión con Valores para resultados | Gobierno Digital | Subsecretario(a) Corporativo(a) -Dirección TIC |
| Evaluación de Resultados | Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional | Subsecretario(a) Corporativo(a) -Dirección de Planeación Institucional y Calidad Subsecretario(a) de Planeación y Gestión Sectorial -Dirección de Planeación Sectorial |
| Información y Comunicación | Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción | Subsecretario(a) Corporativo(a) -Dirección de Planeación Institucional y Calidad en coordinación con: -Dirección TIC -Oficina Asesora de Comunicaciones |

Fuente: Información tomada de la Resolución SDS 842 de 2021

*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 | | | | | |

De acuerdo con el artículo 5 de la resolución interna 842 del 4 de junio de 2021, los líderes de proceso deben impulsar, ejecutar y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas para el Sistema de Gestión y su marco de referencia MIPG, en concordancia con sus competencias y nivel de responsabilidad, así como generar e implementar las estrategias para el mejoramiento continuo del sistema. El análisis detallado de la operación de la primera línea de defensa será evaluado para cada una de las políticas objeto de la auditoría en los capítulos siguientes de este documento.

6.1.3 Segunda Línea de defensa: La segunda línea de defensa tiene la función de la gestión del riesgo y cumplimiento; dentro de sus funciones se encuentra monitorear los controles de la primera línea, asegurándose de que sean apropiados y funcionen correctamente, además, supervisa la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo y reporta ante la línea estratégica. Según el literal 3 del artículo 5 de la resolución 842 de 2021, “La Subsecretaría Corporativa a través de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, es la encargada de coordinar, orientar y promover la articulación de los actores institucionales para la óptima implementación de los Sistemas de gestión y la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG”, siendo así quien ejerce el rol de segunda línea de defensa para la gestión de las dimensiones y políticas del MIPG en la entidad.

6.1.4 Tercera Línea de defensa: Se encuentra en cabeza de la Oficina de Control Interno quien desarrolla evaluación independiente mediante auditoría interna, dentro de su Plan Anual de Auditoria, para la vigencia 2023 programó la auditoría de gestión con énfasis en riesgos al “Avance en la Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG” para brindar a la alta Dirección, como organismo de gobierno, los hallazgos, acciones para abordar los riesgos u oportunidades de mejora sobre el tema y el mejoramiento del Sistema de Control Interno (SCI) institucional, dando cumplimiento a la responsabilidad establecida en el artículo 5 de la resolución 842 de 2021, literal 5.

A continuación, se presentan los resultados del análisis de la aplicación de los componentes de control para cada una de las políticas que fueron objeto de la auditoría.

6.2 Política Gobierno Digital

Se encuentra contemplada en la Dimensión 3 “Gestión con Valores para resultados” y es la política pública del Gobierno Nacional que propende por la transformación digital pública, con la cual se busca fortalecer la relación Ciudadano - Estado, mejorando la prestación de servicios por parte de las entidades, y generando confianza en las instituciones que conforman la administración pública y el Estado en general, a través del uso y aprovechamiento de las TIC. Hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y se integra con las políticas de Gestión y Desempeño Institucional¹.

¹ Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Versión 5

*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 | | | | | |

6.2.1. Ambiente de Control

Estructura interna: De acuerdo con lo establecido en la Resolución 842 del 4 de junio de 2021 el liderazgo de la política de Gobierno Digital en la Secretaría Distrital de Salud recae en la Subsecretaría Corporativa, en la Dirección TIC; el equipo auditor verificó las funciones asignadas a esta Dirección en el Artículo 43 del Decreto 507 de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá evidenciando coherencia con el liderazgo establecido.

Mesa técnica Gobierno Digital: En la entidad se tiene conformada una mesa técnica de Gobierno Digital y Seguridad Digital, según formato de creación de mesa técnica aportado por la DPIYC con fecha de aprobación abril 28 de 2020 (Documento sin firma), como se observa a continuación.

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|
|  | | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL CREACIÓN DE MESAS TÉCNICAS - MIPG Código: SDS-PVC-FT-036 V1 | | Elaborado: Miguel Ángel Cruz M Revisó: Alberto Augusto Aranda Aprobó: Juan Carlos Jaramillo Correa | |  | |
| MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG | | | | | | | |
| CREACIÓN DE MESAS TÉCNICAS - MIPG | | | | | | | |
| Dimensión del MIPG | | Gestión de Valores para el Resultado | | | | | |
| Política Asociada | | Política Gobierno digital | | | | | |
| Nombre de la Mesa Técnica: | | Mesa Técnica de Gobierno y Seguridad Digital | | | | | |
| Frecuencia de reuniones: | | Trimestralmente | | | | | |
| Objetivo de la Creación de la Mesa Técnica | | | | | | | |
| Apoyar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para lograr el ejercicio óptimo de sus funciones con relación a la Política de Gobierno Digital. | | | | | | | |
| Responsabilidades asociadas de la mesa Técnica a las Políticas del MIPG para la Secretaría Distrital de Salud | | | | | | | |
| No | | | | | | | |
| 1 | Formular las necesidades de recursos físicos y financieros para la implementación de las políticas de gestión y desempeño a su cargo. | | | | | | |
| 2 | Solicitar al secretario técnico del comité la incorporación de los asuntos que se consideren pertinentes en la agenda de la sección. | | | | | | |
| 3 | Establecer las herramientas instrumentos y/o lineamientos necesarios para la aplicación de la Política de Gobierno Digital. | | | | | | |
| 4 | Definir el plan de acción y periodicidad de reuniones. | | | | | | |
| 5 | Realizar el respectivo seguimiento al grado de avance de la implementación de la Política de Gobierno Digital. | | | | | | |
| 6 | Preparar y consolidar la documentación necesaria para el desarrollo de los temas técnicos. | | | | | | |
| 7 | Desarrollar acciones de promoción, divulgación, sensibilización y/o capacitación de las herramientas, instrumentos y/o lineamientos que apoyen la implementación de la Política de Gobierno Digital. | | | | | | |
| 8 | Presentar los informes que sean requeridos. | | | | | | |
| Conformación de la Mesa Técnica | | | | | | | |
| No | Nombre Dependencia | | | | | | |
| 1 | Dirección Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - TIC. | | | | | | |
| 2 | Dirección de Servicio a la Ciudadanía. | | | | | | |
| 3 | Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transsectorialidad. | | | | | | |
| 4 | Dirección de Planeación Sectorial. | | | | | | |
| 4 | Dirección Institucional y Calidad. | | | | | | |
| 5 | Oficina de Comunicaciones. | | | | | | |
| Aprobación del Líder de la Política | | Héctor Germán Páramo Urrea | | | | | |
| Dependencia | | Dirección Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - TIC. | | | | | |
| Fecha de Aprobación | | Abril 28 de 2020 | | | | | |

Formato creación mesa técnica Gobierno Digital y Seguridad Digital
 Fuente: Información aportada por la DPIYC

También se aportó por parte del proceso acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado el 28 de agosto de 2020, en el cual se observa como punto 3 del avance a compromisos “formalizar las mesas técnicas de las políticas del MIPG de la entidad”; sin embargo, no se enuncian textualmente cuáles son las 8 mesas conformadas para verificar si una de ellas corresponde a la mesa técnica de Gobierno y Seguridad Digital.

*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 | | | | | |

| | |
|--|---|
| | <p><small>SECRETARÍA DE SALUD INSTITUCIONAL Y CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL DOCUMENTAL</small></p> <p>Se realiza la descripción y entrega de soportes de los compromisos generados en el II Comité Institucional de Gestión y Desempeño</p> <p>1. Revisión, Ajuste y Aprobación del Plan de Adecuación MIPG 2020 – “Cierre de brechas” Responsable : Comité Institucional de Gestión y Desempeño SDS - Dirección de Planeación Institucional y Calidad Cumplimiento: CARGA EXITOSA EN ISOLUCIÓN</p> <p>2. Revisión, Ajuste y Aprobación del Plan Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción 2020. Responsable : Comité Institucional de Gestión y Desempeño SDS - Dirección de Planeación Institucional y Calidad Cumplimiento: CARGA EXITOSA EN ISOLUCIÓN</p> <p>3. Formalizar las mesas técnicas de las Políticas del MIPG de la entidad. Responsables: Líderes de Políticas Cumplimiento: LA ENTIDAD CUENTA CON 8 MESAS TÉCNICAS CONFORMADAS</p> <p>4. Propuesta de cómo se debe controlar el trabajo virtual en casa para los funcionarios. Responsable: Dirección de Gestión del Talento Humano. Cumplimiento: AL MOMENTO DE REALIZAR EL LLAMADO PARA SOPORTAR EL COMPROMISO, NO SE ENCONTRABA EN LA</p> <p>5. Evaluar necesidades de presupuesto transparencia (Lenguaje Braille, otros). Responsable Subdirección de Bienes y Servicios - Dirección de Planeación Institucional y Calidad Cumplimiento: SE PRESENTA LA PROPUESTA ESTABLECIDA POR EL DESARROLLO DEL COMPROMISO ENTRE LA SUBDIRECCIÓN CONJUNTO CON LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD.</p> <p><small>Resolución del Comité Interno Presidencial de Asesoría de la Función Pública (CFIAPFP)</small></p> <p>Se presentan los resultados obtenidos por la medición del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), obteniendo p</p> |
|--|---|

Acta Comité institucional de Gestión y Desempeño 28 agosto de 2020.
 Fuente: Información aportada por la DPIYC

El equipo auditor solicitó evidencia de las mesas técnicas realizadas para el periodo auditado, de lo cual la Dirección TIC aportó actas y listados de asistencia del 29 de septiembre de 2022, 19 de diciembre de 2022, 1 de febrero de 2023, 24 de abril de 2023, 26 de julio de 2023, dando cumplimiento a la periodicidad establecida en el formato de creación de mesa técnica. De otra parte, se verificó la conformación de las mesas técnicas evidenciando que en estas no participan todas las dependencias que se encuentran relacionadas en el formato; de lo anterior, la Dirección TIC manifestó en mesa de auditoría que las dependencias adicionales a la Dirección TIC participan en las mesas técnicas según se requiera, de acuerdo con los temas a tratar. Por tanto, es importante que el desarrollo de las mesas técnicas sea acorde con la documentación que soporta su funcionamiento, teniendo en cuenta los aportes que se realizan desde las diferentes dependencias para la implementación de las Políticas, y de ser necesario actualizar su conformación, de acuerdo con el contexto actual para la implementación de la Política en la SDS.

Planeación Estratégica Políticas de Gestión y Desempeño: La planeación estratégica de las políticas de gestión y desempeño en la entidad se definen en dos instrumentos: el “Plan Estratégico MIPG” y la meta transversal del POGD denominada “Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño de la SDS”. En el primero se definen las acciones con base en las recomendaciones emitidas por el DAFP, de acuerdo con los resultados del FURAG, y en el segundo, con base en el diligenciamiento del Anexo del Modelo 130, se establecen las actividades a desarrollar por cada dependencia, las cuales identifican, en el marco de su responsabilidad los elementos que hacen parte de la política y definen los productos a entregar para la implementación de cada política en cada trimestre, para lo cual se realizan reuniones al inicio de la vigencia entre las Dependencias y la Dirección de Planeación Institucional y Calidad como Segunda Línea de Defensa, según manifestó la Dirección de Planeación Institucional en mesa de auditoría realizada el 18 de septiembre de 2023. Al respecto, la DPIYC aportó como evidencia el Modelo 130 de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y de la Dirección de Planeación Sectorial; mas no aportó la evidencia de la Dirección TIC y tampoco se observa el documento en carpeta compartida “O”.

*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 | | | | | |

|  PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCION DE PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD SECRETARIA DE SALUD CONTROL DOCUMENTAL MEDIO: PLAN ESTRATEGICO MIPG DE LA BSE Ejecut: Álvaro A. Jarama Arred - Olga Lucía Vargas Cobos - Juan Carlos Arango Correa | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|-------------|--|-----------------------------|
| PROCESO: | PLANEACION Y GESTION SECTORIAL | | | | |
| DEPENDENCIA: | DIRECCION DE PLANEACION SECTORIAL | | | | |
| DIMENSION MIPG | POLEICAS | PRODUCTOS Y/O SERVICIOS - FURAG | PREGUNTA No | DIRECCION/OFFICINA DIR. DE SERVICIOS PROYECTO/SERVICIO | TRIMESTRE PROGRAMADO (PICO) |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PLANEACION INSTITUCIONAL | "Plan de proyectos de inversión" | 8 | Dirección Planeación Sectorial | X X X X |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PLANEACION INSTITUCIONAL | "Acuerdo 761 de 2020 Plan de Desarrollo 2020-2023" | 9 | Dirección Planeación Sectorial | X X X X |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PLANEACION INSTITUCIONAL | "Plan de Inversión de Inversión De 2021" | 11 | Dirección Planeación Sectorial | X |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PLANEACION INSTITUCIONAL | "Plan de Inversión de Inversión De 2021" | 12 | Dirección Planeación Sectorial | X X X X |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PLANEACION INSTITUCIONAL | "Plan de Inversión de Inversión De 2021" | 13 | Dirección Planeación Sectorial | X X X X |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PLANEACION INSTITUCIONAL | "Plan de Inversión de Inversión De 2021" | 14 | Dirección Planeación Sectorial | X X X X |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PLANEACION INSTITUCIONAL | "Plan de Inversión de Inversión De 2021" | 15 | Dirección Planeación Sectorial | X X X X |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION INSTITUCIONAL | PORTALIZACION INSTITUCIONAL | "Plan de Inversión de Inversión De 2021" | 16 | Dirección Planeación Sectorial | X X X X |

Modelo 130 Dirección de Planeación Sectorial, Anexos Modelo 130 vigencia 2023

Fuente: Información aportada por la DPIYC, Carpeta compartida "O"

Asimismo, la segunda línea para la implementación del MIPG en la entidad (DPIYC) informó que no se consolidó un Plan Estratégico MIPG para la vigencia 2023, debido a que la terminación de las actividades programadas en el Plan Estratégico MIPG 2022 se cerraban el 31 de Diciembre del 2022, y la medición del Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión FURAG 2022 se realizó hasta el mes de Julio de 2023, la cual constituye el insumo principal para su elaboración, de lo cual presentó las evidencias correspondientes. Por lo anterior, la planeación estratégica para la implementación de las políticas de la vigencia 2023 se encuentra definida netamente a través de la meta transversal del POGD de acuerdo a la competencia que tiene cada uno de los de las de los procesos que tienen en cabeza acciones o que lideran alguna política, los cuales relacionan las actividades que van a ejecutar durante la vigencia.

Planeación Estratégica Política de Gobierno Digital: Con respecto a la política de Gobierno Digital, para la vigencia 2022 se programaron 6 acciones en el Plan Estratégico MIPG 2022 de acuerdo con las recomendaciones del DAFP, tal como se muestran en la siguiente tabla:

| Acción | Fecha máxima de ejecución |
|---|---------------------------|
| Adoptar el protocolo IPV6 en la entidad de conformidad con el plan de Diagnóstico a través del seguimiento a la ejecución del contrato 3136579-2021 suscrito con Real Time el 29 de diciembre 2021 | 30-11-2022 |
| Digitalizar 3 tramites nuevos: *Licencia de Inhumación de Cadáveres *Certificación de capacidad y de dispensación de dispositivos médicos sobre medida, para la salud visual y ocular *Autorización sanitaria para la concesión de aguas para el consumo humano | 31-07-2022 |
| Incorporar en los desarrollos de los servicios en línea el componente de usabilidad para discapacidad visual | 31-11-2022 |

*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 | | | | | |

| | |
|---|------------|
| Incorporar el Plan de Transformación Digital en el PETI | 30-10-2022 |
| Definir, aprobar y formalizar el documento de arquitectura de seguridad de la información que contempla aspectos de anonimizarían de datos personales | 30-10-2022 |
| Definir, aprobar y formalizar la política de gobernanza de datos para la entidad | 30-10-2022 |

Fuente: Plan Estratégico MIPG 2022

6.3.2. Política Gobierno digital
Lider de Política: Subsecretario(a) Corporativo(a)- Dirección TIC

| FUENTE | ASPECTO A MEJORAR | ACCIONES | FECHA MAXIMA DE EJECUCIÓN | RESPONSABLE |
|--------------------|--|----------|---------------------------|-------------|
| Recomendación DAFP | Abogar en su totalidad el protocolo IPV6 en la entidad. | | | |
| Recomendación DAFP | Elaborar un plan de contingencias para la adopción del protocolo de internet versión 6 (IPV6) en la entidad. | | | |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
 SECRETARÍA DE SALUD



| | | |
|---|--|---|
| PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | |  |
| PLAN ESTRATEGICO MIPG - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Código: SDS-PYC-PL-004 Versión: 1 | | |
| Elaborado por: Dirección de Planeación Institucional y Calidad / Revisado y Aprobado por: Comité Institucional de Gestión y Desempeño | | |

| FUENTE | ASPECTO A MEJORAR | ACCIONES | FECHA MAXIMA DE EJECUCIÓN | RESPONSABLE |
|--------------------|--|---|---------------------------|---|
| Recomendación DAFP | Elaborar un documento de diseño detallado de la implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad. | Adaptar el protocolo IPV6 en la entidad de conformidad con el plan de Diagnóstico a través del seguimiento a la ejecución del contrato 3136579-2021 suscrito con Nul Tria el 25 de diciembre 2021 | 30-11-2022 | Luis Alberto Valencia Molina/ Contratista Dirección TIC |
| Recomendación DAFP | Elaborar informes de las pruebas piloto realizadas para la implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad. | | | |
| Recomendación DAFP | Elaborar informes de activación de políticas de seguridad para la implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad. | | | |

Fuente: Plan Estratégico MIPG 2022

Verificadas las acciones definidas en el Plan Estratégico MIPG, se evidenció coherencia en su definición, de acuerdo con las recomendaciones emitidas por el DAFP, según los resultados del FURAG 2021 en la medición realizada en el año 2022. Sin embargo, no se evidenció que se abordaran las recomendaciones concernientes al uso y apropiación de los servicios ciudadanos digitales, la toma de decisiones basadas en datos y el impulso en el

*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 | | | | | |

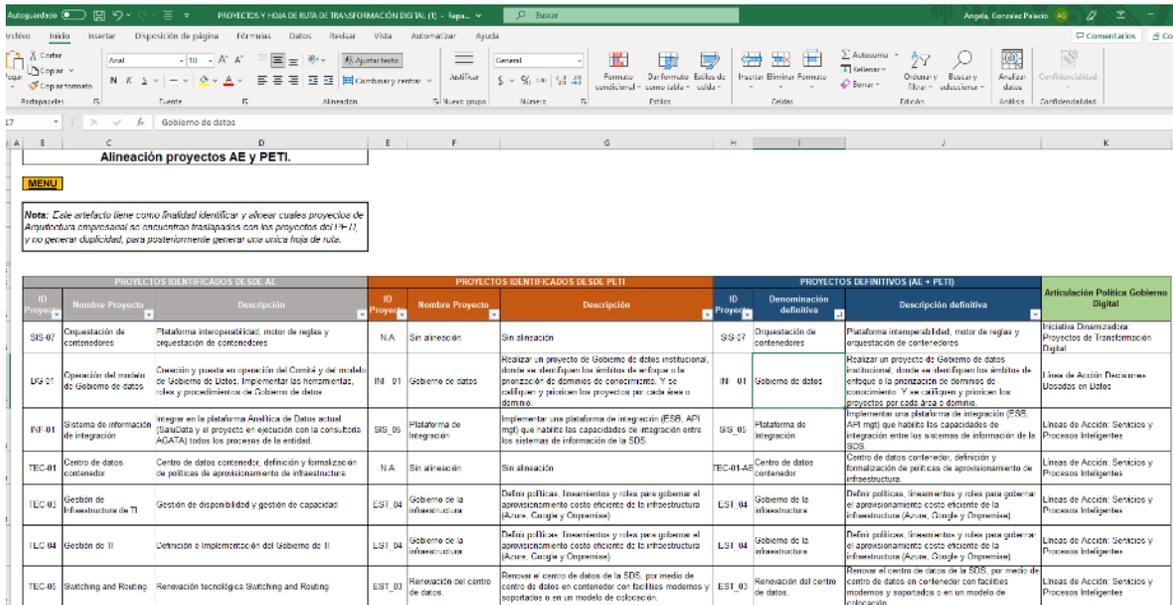
no se conformó un Plan Estratégico MIPG en la vigencia 2023 y que en el Plan Estratégico MIPG de la vigencia 2022 no se abordaron todas las recomendaciones emitidas por el DAFP con respecto a los resultados de medición de la vigencia 2021, no se evidenció por parte del equipo auditor el ejercicio realizado para la priorización de las acciones a desarrollar para la implementación de la política en la vigencia 2023 y posiblemente abordar las recomendaciones faltantes. Al respecto, es importante mencionar que no fue aportado por parte de los auditados el Modelo 130 de la Dirección TIC y tampoco se pudo visualizar en la información disponible en la carpeta compartida “O”, por lo que se hace necesario que se garantice la disponibilidad de todos los documentos que soportan la definición y priorización de las acciones a desarrollar en cada vigencia para la implementación de la Política.

| | | | | | | | |
|---|-----|---|--|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 4.1 Gestionar la implementación de la Política de Gobierno Digital | 10% | 4.1.1 Gestionar los incidentes y requerimientos de servicios TIC en la SIDS | Servicios de TIC administrados y gestionados | 1,67% | 1,67% | 1,67% | 1,67% |
| | | 4.1.2 Gestionar las Soluciones de Software de la SDS | Desarrollos de Software para las dependencias de la SDS | 1,67% | 1,67% | 1,67% | 1,67% |
| | | 4.1.3 Gestionar georreferenciación | Actualización de indicadores e información en el portal de Datos | 1,67% | 1,67% | 1,67% | 1,67% |
| | | 4.1.4 Desarrollar las actividades para la implementación de la estrategia para el Uso y Apropiación en la SIDS | Piezas comunicacionales y documentación para el Uso y Apropiación en la SIDS | 1,67% | 1,67% | 1,67% | 1,67% |
| | | 4.1.5 Avanzar con la implementación de la arquitectura empresarial de soluciones que integran exitosamente la mejora de los procesos estratégicos, técnicos y operativos de la Dirección Territorial de Salud Supervisión del contrato. | <ul style="list-style-type: none"> * Arquitectura de TI * Procesos Estratégicos * Procesos de Evaluación * Repositorio de Arquitectura E * PETI Actualización 2023 * Cierre del proyecto | 5,00% | 1,66% | 0,00% | 0,00% |
| | | <ul style="list-style-type: none"> — Arquitectura de TI — Procesos Estratégicos — Procesos de Evaluación — Repositorio de Arquitectura E — PETI Actualización 2023 — Cierre del proyecto. | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | 11,68% | 8,36% | 6,68% | 6,68% |
| 4. Realizar las acciones para la implementación de las políticas de Gestión y Desempeño | | 4.2.1 Continuidad de la Operación | Planes y guías de Continuidad del Negocio. | 0,00% | 1,01% | 1,01% | 1,02% |
| | | 4.2.2 Análisis de impacto de riesgos | Matriz Análisis de Impacto al negocio | 0,00% | 1,02% | 1,02% | 0,00% |

Formulación POGD Dirección TIC 2023. Fuente: Carpeta compartida “O”.

De otra parte, en mesa de auditoría realizada el 19 de septiembre de 2023, el proceso de gestión TIC manifestó que los proyectos del PETI aportan a la implementación de la Política de Gobierno Digital, desde los cuales se respondieron varias de las preguntas del FURAG con relación a la política, como se observa en la siguiente imagen. Sin embargo, no se evidenció que estos se contemplaran en los instrumentos empleados para la planeación estratégica de la política, es decir, en el Plan Estratégico MIPG ni en el POGD.

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



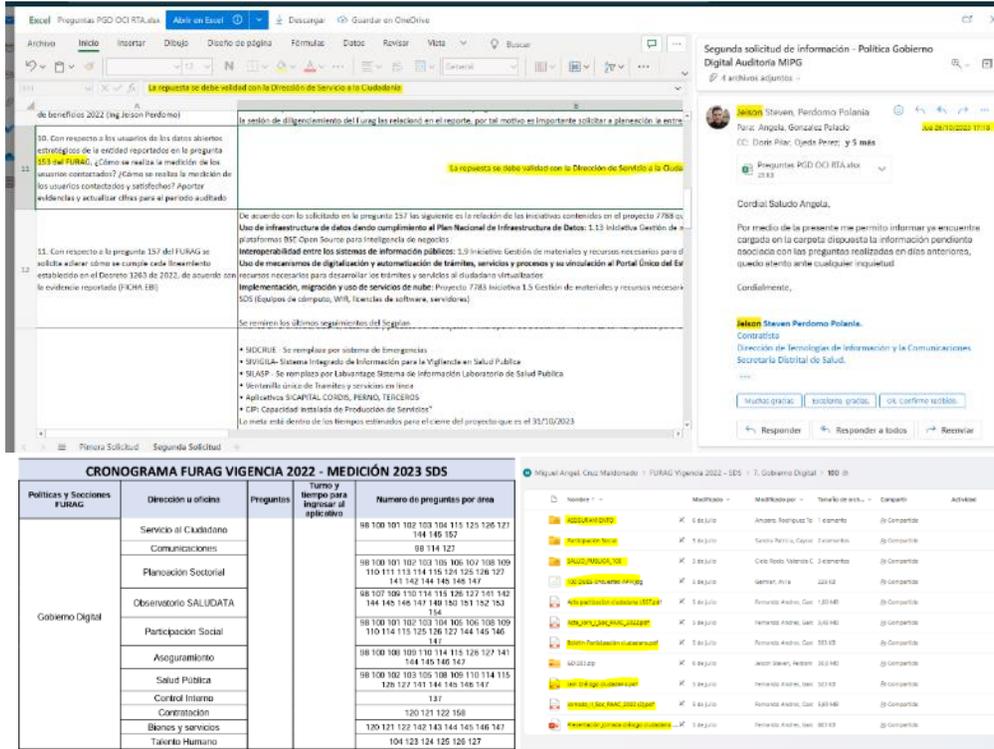
| PROYECTOS IDENTIFICADOS DE SAL. AE | | PROYECTOS IDENTIFICADOS DE SEDE. PETI | | PROYECTOS DEFINITIVOS (AL + PETI) | | Articulación Política Gobierno Digital |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| ID Proyecto | Nombre Proyecto | ID Proyecto | Nombre Proyecto | ID Proyecto | Denominación definitiva | |
| SIS-07 | Organización de contenedores | N/A | Sin alineación | SIS-07 | Organización de contenedores | Iniciativa Dinamizada Proyectos de Transformación Digital |
| UG-01 | Operación del motor de Gobierno de datos | IN-01 | Gobierno de datos | IN-01 | Gobierno de datos | Ítem de Acción Decretos Usados en Datos |
| FIF-01 | Sistema de información de integración | SIS-05 | Plataforma de integración | SIS-05 | Plataforma de integración | Lineas de Acción: Servicios y Procesos Inteligentes |
| TEC-01 | Centro de datos contenedor | N/A | Sin alineación | TEC-01-AE | Centro de datos contenedor | Lineas de Acción: Servicios y Procesos Inteligentes |
| TEC-03 | Gestión de infraestructura de TI | EST-04 | Gobierno de la infraestructura | EST-04 | Gobierno de la infraestructura | Lineas de Acción: Servicios y Procesos Inteligentes |
| ILC-04 | Gestión de II | LSI-04 | Gobierno de la infraestructura | LSI-04 | Gobierno de la infraestructura | Lineas de Acción: Servicios y Procesos Inteligentes |
| TEC-05 | Switching and Routing | EST-03 | Renovación del centro de datos | EST-03 | Renovación del centro de datos | Lineas de Acción: Servicios y Procesos Inteligentes |

Articulación iniciativas PETI - Política Gobierno Digital. Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

De igual forma, revisados los soportes del ejercicio realizado para el diligenciamiento del FURAG 2022 en la SDS, incluyendo el cronograma de reuniones y las evidencias cargadas en carpeta compartida como soporte de las respuestas, se evidenció que existen otras dependencias, además de la Dirección TIC, las cuales dan respuesta a preguntas de la Política de Gobierno Digital, es decir, que aportan información relevante con relación a su implementación; tal es el caso de la información relacionada con los usuarios de los datos abiertos estratégicos de la entidad, la cual es aportada por la Dirección de Servicio a la Ciudadanía para dar respuesta a la pregunta 153 del FURAG, según informó la Dirección TIC al equipo auditor en correo del 26 de octubre de 2023. Al respecto, es importante mencionar que revisado el POGD de la Dirección de Servicio a la ciudadanía para la vigencia 2023, no se identificaron actividades en el marco de la implementación de la Política de Gobierno Digital.

*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 | | | | | |



CRONOGRAMA FURAG VIGENCIA 2022 - MEDICIÓN 2023 SDS

| Políticas y Secciones FURAG | Dirección u oficina | Preguntas | Turno y tiempo para ingresar al aplicativo | Número de preguntas por área |
|-----------------------------|-----------------------|-----------|--|--|
| Gobierno Digital | Servicio al Ciudadano | | | 88 100 101 102 103 104 111 125 126 127 144 145 152 |
| | Comunicaciones | | | 88 104 127 |
| | Planeación Sectorial | | | 88 100 101 102 103 105 106 107 108 109 110 111 113 114 115 124 125 126 127 143 144 145 146 147 |
| | Observatorio SALUDATA | | | 88 102 106 110 114 115 126 127 141 142 144 145 146 147 148 150 151 152 153 154 |
| | Participación Social | | | 88 100 101 102 103 104 105 106 108 109 110 114 115 125 126 127 144 145 146 147 |
| | Aseguramiento | | | 88 100 108 109 110 114 115 126 127 141 143 145 146 147 |
| | Salud Pública | | | 88 100 102 103 105 108 109 110 114 115 126 127 141 143 145 146 147 |
| | Control Interno | | | 137 |
| | Contratación | | | 120 121 122 158 |
| | Bienes y servicios | | | 100 121 122 140 144 145 146 147 |
| Talento Humano | | | 104 123 124 125 128 127 | |

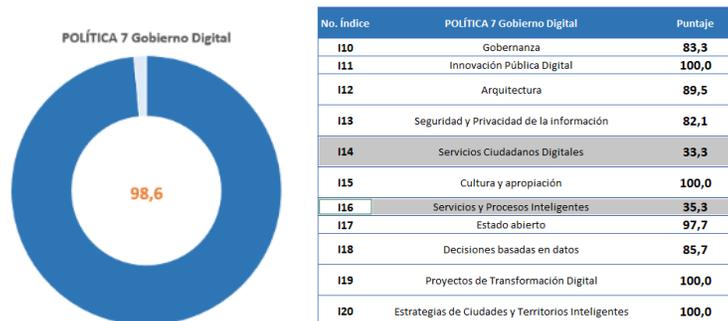
Soportes diligenciamiento FURAG 2022 - Política Gobierno Digital

Fuente: Información aportada por la Dirección TIC y por la Dirección de Planeación institucional y Calidad

De acuerdo con lo anterior, es importante que la planeación estratégica de la política de Gobierno Digital incluya todos los elementos que la conforman, incluyendo las iniciativas del PETI y la información que sea aportada por otras dependencias, de forma tal que se garantice no solo la implementación de todos sus componentes, sino también la correcta evaluación de los avances y resultados para la toma de decisiones. Asimismo, se recomienda emplear la hoja de ruta de acompañamiento del Manual de Gobierno Digital para priorizar las temáticas a desarrollar en cada vigencia, de acuerdo con las necesidades y capacidades de la entidad, teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico generado por el Índice de Gobierno Digital y del FURAG de la vigencia 2022 (medición 2023), en especial para los índices que presentaron un bajo puntaje: servicios ciudadanos digitales y servicios y procesos inteligentes, como 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 | | | | | |



Resultados FURAG 2022 Política Gobierno Digital, Fuente: Página Web DAFFP.
<https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-medicion>

6.2.2. Actividades de Control

Plan estratégico MIPG 2022: el equipo auditor verificó el cumplimiento de las acciones contempladas en el Plan Estratégico MIPG 2022 para la política de Gobierno Digital, con base en la información disponible en el aplicativo Isolución. En la verificación se identificó que cuatro de las seis acciones definidas para el periodo auditado presentaron fecha de seguimiento (reporte de primera línea) posterior a la fecha máxima de cumplimiento, como se puede observar a continuación.

*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 | | | | | |

| Estrategia: PARA POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Acciones | Seguimiento | Resultados | | | |
| <p>Acción Adoptar el protocolo IPV6 en la entidad de conformidad con el plan de Diagnóstico a través del seguimiento a la ejecución del contrato 3136579-2021 suscrito con Real Time al 29 de diciembre 2021</p> <p>Responsable Luis Alberto, Valencia Molina</p> <p>Fecha: 30/nov/2022</p> | <p>Seguimiento: Se logró el cumplimiento de los objetivos de la fase de planeación, implementación y pruebas de funcionalidad, acorde con los lineamientos de MINTIC. La SDS adquirió el prefijo LACNIC y este fue publicado en Internet. Fueron realizadas las configuraciones para la transición IPV4 a IPV6 de manera exitosa y la activación de los servicios en IPV6</p> <p>Fecha: 05/dic/2022</p> <p>  Registros(2)</p> | <p>Resultado Se evidencia el cumplimiento de la acción</p> <p>Costo 0</p> <p>Observaciones N/A</p> | | | |
| <p>Acción Incorporar el Plan de Transformación Digital en el PETI</p> <p>Responsable Nixon Alonso, Duarte Acosta</p> <p>Fecha: 30/nov/2022</p> | <p>Seguimiento: En el PETI (Pag. 52) se incluye el siguiente ítem: INNOVACION Y TRANSFORMACION DIGITAL. Esta componente del modelo relaciona a todos los demás componentes, en virtud que se requiere la gestión de todos para apalancar la innovación y alcanzar la transformación digital de la entidad. A partir del PETI (plan estratégico de tecnologías de la información) se define una hoja de ruta en la cual se contemplan iniciativas y proyectos de innovación y transformación digital. De igual forma se contemplan proyectos e iniciativas para cubrir los principios de transformación digital del Plan Nacional de desarrollo y lo contemplado en las iniciativas de ciudadanos digitales como la interoperabilidad.</p> <p>Fecha: 05/nov/2022</p> <p> Registros(1)</p> | <p>Resultado Se evidencia soporte del cumplimiento de la acción</p> <p>Costo 0</p> <p>Observaciones N/A</p> | | | |
| <p>Acción Definir, aprobar y formalizar el documento de arquitectura de seguridad de la información que contempla aspectos de anonimización de datos personales</p> <p>Responsable Nixon Alonso, Duarte Acosta</p> <p>Fecha: 30/oct/2022</p> | <p>Seguimiento: El documento de Arquitectura de Seguridad de la información de la Secretaría Distrital de Salud, se encuentra finalizando revisión, observaciones y ajustes respectivos. Tiene un avance del 90%.</p> <p>Fecha: 09/nov/2022</p> <p> Registros(1)</p> <p>Seguimiento: El documento de Arquitectura de Seguridad de la información de la Secretaría Distrital de Salud, se encuentra entregado por el contratista, respecto a los procesos misionales y de apoyo</p> <p>Fecha: 20/dic/2022</p> <p>  Registros(2)</p> | <p>Resultado Se evidencia el cumplimiento de la acción.</p> <p>Costo 0</p> <p>Observaciones N/A</p> | | | |
| <p>Acción Definir, aprobar y formalizar la política de gobernanza de datos para la entidad</p> <p>Responsable Nixon Alonso, Duarte Acosta</p> <p>Fecha: 30/oct/2022</p> | <p>Seguimiento: El diseño del gobierno de datos para la Secretaría Distrital de Salud, se encuentra en la fase de finalización o cierre, con un avance del 50%. En este momento se encuentra en revisión, observaciones y ajustes respectivos.</p> <p>Fecha: 09/nov/2022</p> <p> Registros(1)</p> <p>Seguimiento: El documento ya fue entregado y finalizado, por parte del contratista</p> <p>Fecha: 20/dic/2022</p> <p> Registros(1)</p> | <p>Resultado Se evidencia soporte del cumplimiento de la acción.</p> <p>Costo 0</p> <p>Observaciones N/A</p> | | | |

Monitoreo Plan Estratégico MIPG 2022 Política Gobierno Digital. Fuente: Isolución

De otra parte, verificadas las evidencias cargadas para el cumplimiento de la acción “Digitalizar 3 tramites nuevos: *Licencia de Inhumación de Cadáveres *Certificación de capacidad y de dispensación de dispositivos médicos sobre medida, para la salud visual y ocular *Autorización sanitaria para la concesión de aguas para el consumo humano” se evidenciaron soportes con respecto a los dos primeros trámites; sin embargo, no se evidenciaron soportes de la digitalización del trámite “Autorización sanitaria para la concesión de aguas para el consumo humano”. Para esta acción se presenta como retroalimentación de la segunda línea “se evidencia el desarrollo del trabajo realizado”, más no se observan requerimientos u observaciones adicionales al proceso con relación a la información faltante.

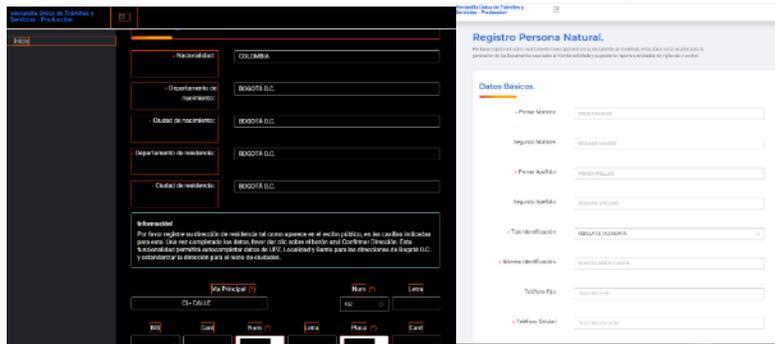
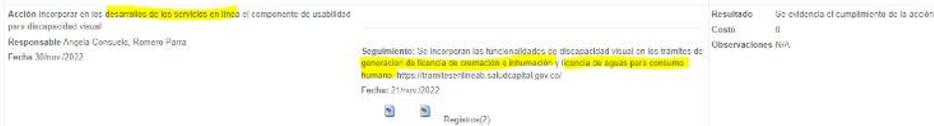
*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

| | | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|---|
|  <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 | | | | | |



Registros actividad digitalización trámites. Fuente: Plan Estratégico MIPG - Isolución

Asimismo, las evidencias aportadas para la acción “Incorporar en los desarrollos de los servicios en línea el componente de usabilidad para discapacidad visual”, no permiten evidenciar la información aportada por la primera línea en el seguimiento “Se incorporan las funcionalidades de discapacidad visual en los trámites de generación de licencia de cremación e inhumación y licencia de aguas para consumo humano. <https://tramitesenlineab.saludcapital.gov.co>”, ya que no es posible observar el trámite que corresponde a las imágenes aportadas como evidencia.



Registros actividad componente usabilidad para discapacidad visual
Fuente: Plan Estratégico MIPG - Isolución

De igual manera, para la acción “Definir, aprobar y formalizar la política de gobernanza de datos para la entidad”, se entregó como evidencia el documento “Diseño Del Modelo De Gobierno De Datos”, el cual, si bien puede ser el documento de partida para formalizar la Política de Gobernanza de Datos en la entidad, no da cuenta del cumplimiento de la acción planteada. Al respecto, la retroalimentación de la segunda línea afirma que “Se evidencia soporte del cumplimiento de la acción”, según se evidenció el registro realizado en el aplicativo Isolución, como 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 | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| Acción Definida: aprobar y formalizar la política de gobernanza de datos para la entidad Responsable: Néstor Alonso, Duaita Acosta Fecha: 30/03/2022 | Seguimiento: El diseño del gobierno de datos para la Secretaría Distrital de Salud, se encuentra en la fase de finalización o cierre, con un avance del 90%. En este momento se encuentra en revisión, observaciones y ajustes respectivos. Fecha: 06/10/2022  Registrado(1) Seguimiento: El documento ya fue entregado y finalizado, por parte del contratista Fecha: 20/01/2022  Registrado(1) | Resultado: Se evidencia aporte de cumplimiento de la acción. Costo: 0 Observaciones: NA |
|--|---|---|



Fuente: Plan Estratégico MIPG - Isolución

De acuerdo con lo anterior, se recalca a la primera línea la importancia de establecer controles que permitan dar cumplimiento a las fechas establecidas en el plan estratégico MIPG y cargar los soportes correspondientes de forma completa y oportuna para su verificación por parte de la segunda línea, es decir, por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.

Acciones POGD: El equipo auditor tomó como insumo los reportes de POGD, los informes semestrales de POGD y verificó una muestra de los soportes de ejecución de las acciones definidas en el POGD para el periodo auditado, revisando las evidencias respectivas a través del hipervínculo dispuesto en el documento, evidenciando la ejecución de las acciones planteadas.

Con respecto a la implementación del IPV6 en la entidad, el proceso manifestó que a la fecha no se ha reportado en la herramienta de seguimiento habilitada por el Ministerio TIC (<https://micrositios.mintic.gov.co/ipv6/control/app/login.php>) el avance en la adopción de IPV6. Al respecto, aportó correo electrónico enviado a MINTIC el 18 de octubre de 2023 solicitando información y la creación de un nuevo usuario para hacer el registro correspondiente. Por tanto, es importante que el proceso continúe con el trámite para realizar el reporte correspondiente, dado que corresponde a un aspecto evaluado en el FURAG 2022.

*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 | | | | | |

SOLICITUD DE CUENTA DE INGRESO PARA REPORTAR LA ADOPCIÓN DEL PROTOCOLO IPV6

Luis Alberto Valencia Molina <LAValencia@saludcapital.gov.co>

Mié 18/10/2023 10:51 AM

Para: kuantr@mintic.gov.co <kuantr@mintic.gov.co>

CC: osion.bonin@presidencia.gov.co; gpedromed@saludcapital.gov.co; Luis Carlos Orcampo Ramon <LCOcampo@saludcapital.gov.co>

Buenos días, atentamente solicito de su gestión para indicarme, si desde la Secretaría Distrital de Salud, se cuenta con un usuario que haya reportado el avance en la adopción de IPv6, de ser afirmativo agradeceremos indicarnos usuario.

De otra parte, solicitamos generar un usuario para registrar los avances que la entidad viene realizando sobre IPV6.

Entidad: Secretaría Distrital de Salud

Nombre: Luis Alberto Valencia Molina

Cargo: Líder TIC para el proyecto de implementación IPV6

Cordialmente,



LUIS ALBERTO VALENCIA MOLINA
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO
 DIRECCIÓN TIC
 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
 Teléfono: 3849617 o EXT 9817

Correo electrónico reporte IPV6 - Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

Implementación Manual de Gobierno Digital: El Manual de Gobierno Digital de MINTIC, referenciado en el Manual Operativo del MIPG, es el marco de referencia para la implementación de la Política de Gobierno Digital. Este se desarrolla a través de los elementos transversales (Gobernanza e Innovación Pública Digital), los habilitadores (arquitectura, cultura y apropiación, seguridad y privacidad de la información, y servicios ciudadanos digitales), las líneas de acción (servicios y procesos inteligentes, decisiones basadas en datos y estado abierto) y las iniciativas dinamizadoras (proyectos de transformación digital y estrategias de ciudades y territorios inteligentes), como se muestra en la siguiente imagen.



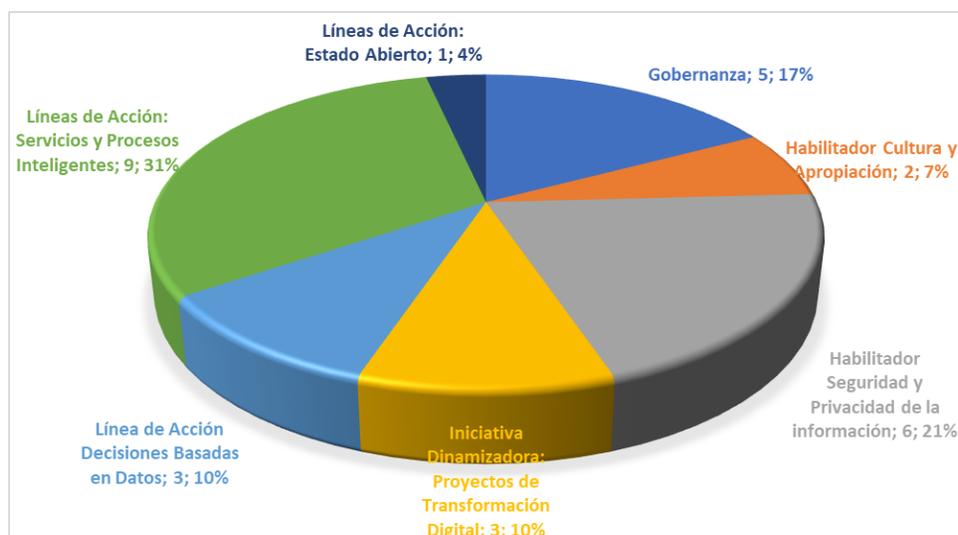
Manual de Gobierno Digital. Fuente: Página Web MINTIC disponible en <https://gobiernodigital.mintic.gov.co/portal/Manual-de-Gobierno-Digital/>

El equipo auditor verificó las acciones definidas para la implementación de la Política de Gobierno Digital en la entidad encontrando lo siguiente:

*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 verificó la articulación de las 29 iniciativas prioritizadas en la hoja de ruta del PETI 2023 de acuerdo con los elementos transversales, habilitadores, líneas de acción e iniciativas dinamizadoras definidas en el Manual de Gobierno Digital, evidenciando una mayor participación en la línea de acción de servicios y procesos inteligentes con 9 iniciativas, y en el habilitador de seguridad y privacidad de la información con 6 iniciativas como se muestra en la siguiente gráfica. De otra parte, no se evidencian iniciativas relacionadas con el elemento transversal de innovación pública digital, con los habilitadores de arquitectura y servicios ciudadanos digitales, con la línea de acción de estado abierto y con la iniciativa dinamizadora de estrategias de ciudades y territorios inteligentes.



Articulación iniciativas PETI – Manual Gobierno Digital. Fuente: Elaboración por parte del equipo auditor con base en la información aportada por la Dirección TIC

De otra parte, revisadas las acciones definidas en el POGD mencionadas en el apartado 6.2.1 de este documento, se evidenció que estas tienen articulación con el habilitador de arquitectura.

Además, la Dirección TIC manifestó que la entidad cuenta con los siguientes productos tipo definidos en el Manual de Gobierno Digital, y aportó las evidencias correspondientes.

1. PETI
2. hoja de Ruta PETI + AE
3. Catálogo de componentes de información
4. Catálogo de Sistemas de Información
5. Catálogo de Servicios de TI
6. Catálogo de elementos de Infraestructura de TI
7. Modelo de Gobierno de TI-SDS
8. Gestión de Interesados
9. Plan de Diagnostico IPV6

*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 | | | | | |

10. Plan Direccionamiento IPV6_SDS
11. Plan de implementación IPV6
12. Acta de Cumplimiento Implementación IPv6
13. Instrumento de Evaluación MSPI Agosto 24 2023
14. Plan_Seguridad_Privacidad
15. Política general de seguridad y privacidad
16. Política de seguridad de la información
17. Plan de Tratamiento de Riesgos de SI
18. Plan apertura datos abiertos

Al respecto, es importante que la Dirección TIC remita los productos tipo a la Dirección de Gobierno Digital para su revisión y retroalimentación metodológica, de acuerdo con lo definido en la ruta de acompañamiento del manual de gobierno digital; así como la participación en los espacios de socialización realizados por dicha Dirección para fortalecer las capacidades institucionales en el desarrollo de estos productos.

| | | |
|-----------|---|--|
| 9 | Participa: Revisar la agenda de los eventos de socialización realizados por la DGD y asistir a aquellos relacionados con el desarrollo de los productos tipo priorizados. | Participa en los espacios de Hablemos, Transfórmate y los presenciales (que se habiliten). |
| 10 | Muéstranos tu producto terminado: Remitir el producto tipo desarrollado para recibir una retroalimentación metodológica por parte del equipo técnico de la Dirección de Gobierno Digital. | Recuerda que el Ministerio TIC no aprueba o desaprueba productos tipo, sino que emite un concepto técnico sobre la aplicabilidad de los lineamientos de la Política de Gobierno Digital. |

Ruta de acompañamiento Manual de Gobierno Digital – Fuente: <https://gobiernodigital.mintic.gov.co/portal/Manual-de-Gobierno-Digital/>

Por otra parte, el equipo auditor indagó acerca de las acciones que se llevaron a cabo con respecto a las recomendaciones emitidas por parte del DAFP en la vigencia 2022, con respecto a la medición del año 2021, a partir de las cuales no se definieron acciones en el POGD o en el Plan estratégico MIPG, frente a lo cual la Dirección TIC aportó la siguiente información en correo electrónico enviado el 29 de septiembre de 2023, evidenciando que las acciones se plantearon en el marco de las iniciativas PETI y los proyectos de inversión 7785 y 7788, de acuerdo con la información remitida por el proceso, así:

- Uso de tecnologías emergentes de cuarta revolución industrial: Por medio del proyecto de Analítica de Datos desarrollado por la SDS con la Agencia Analítica de Datos Agata con el fin de contar con una arquitectura tecnológica y funcional para el manejo de datos, inteligencia de Negocios y la analítica Institucional de los procesos misionales. Por otro lado, se ha avanzado en la implementación de un Chat Bot para el servicio a la ciudadanía de una manera autónoma. Así mismo, se ha fortalecido el uso de los servicios en la Nube por medio de la plataforma Azure en la cual se cuenta con 10 tramites, AgilSalud, aplicaciones del Observatorio Distrital de Salud, de información misional de la entidad.

*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> | | | | | |

- Uso y apropiación de los servicios ciudadanos digitales – plataforma de interoperabilidad y certificado de estándar de lenguaje común de intercambio de información para los servicios de la entidad: Con el objetivo de implementar el modelo interoperabilidad definido por MIN TIC la Dirección TIC dentro del contrato FFDS-CD-2330-2021 el cual busca desarrollar e implementar el estándar, modelo y Plataforma de Gobierno de Interoperabilidad para doce (12) sistemas de información misionales y estratégicos de la SDS esto con el fin de contar con los lineamientos necesarios para el desarrollo de los procesos de interoperabilidad para los diferentes desarrollos de la entidad. De igual manera el proyecto de implementación de la Historia Clínica Electrónica Unificada la entidad busca la interoperabilidad entre las diferentes subredes de la ciudad. La SDS por medio del contrato interadministrativo #2901895 de 2021 está desarrollando el modelo de interoperabilidad para la Entidad, con base en el cumplimiento de los lineamientos y guías de MINTIC incluyendo los lineamientos de uso del lenguaje común de intercambio de información entre los sistemas internos de la SDS.
- Servicios digitales de confianza y calidad - trámites dispuestos en línea: Durante la vigencia 2022 se dispusieron totalmente en línea los siguientes tramites: Licencia de Cremación de Cadáveres, Licencia de Inhumación de Cadáveres, Certificado de capacidad de adecuación y de dispensación de dispositivos médicos sobre medida, para la salud visual y ocular, Autorización sanitaria para la concesión de aguas para el consumo humano. En la vigencia 2023 se dispusieron totalmente en línea los siguientes tramites: Reconocimiento de personería jurídica de fundaciones, corporaciones y/o asociaciones de utilidad común y/o sin ánimo de lucro, Reforma de estatutos de fundaciones, corporaciones y/o asociaciones de utilidad común y/o sin ánimo de lucro. Estos trámites son priorizados por la Dirección de Servio a la Ciudadanía de acuerdo con las necesidades que presenta la ciudadanía.
- Impulso en el desarrollo de territorios y ciudades inteligentes: Con el objetivo de aportar a la iniciativa de ciudades inteligentes desde la Secretaria Distrital de Salud se alinea el proyecto de Analítica de Datos con las necesidades de ciudad que presenta el "Plan De Desarrollo Distrital 2020-2024: Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI" buscando dar cumplimiento a las necesidades identificadas al interior de la Entidad y repotenciando el análisis de la información generada la interior de la entidad para con el fin de mejorar la toma de decisiones y mejorando los procesos para brindar servicios más eficientes a la ciudadanía.

De otra parte, el proceso manifestó vía correo electrónico del 29 de noviembre de 2023 haber realizado las siguientes acciones realizadas en el marco de la Política de Gobierno Digital, por parte de la Dirección TIC:

*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 | | | | | |

- Ejecución de mesas de trabajo para efectuar el Gobierno_Digital_2023 en la implementación de la Política de Gobierno Digital.
- Construcción del repositorio de Política de Gobierno Digital, con el propósito de apalancar el proceso de transformación digital, definiendo una estructura que permita desde la gobernanza, identificar y priorizar las actividades realizadas en la entidad desde la innovación publica: en sus habilitadores, líneas de acción e iniciativas dinamizadoras, adoptando los lineamientos, guías y estándares del MinTIC.
- Se realizó el autodiagnóstico Estrategias de Ciudades y Territorios Inteligentes de la SDS.
- Arquitectura Empresarial: La Dirección TIC se encuentra en proceso de sensibilización de los lineamientos del 2023, con el propósito de generar un autodiagnóstico de los artefactos y/o productos tipo construidos en los dominios del MAE, aplicados a la SDS y cuyo objetivo será fortalecer las capacidades del gobierno TI SDS. Además, se encuentra en proceso de definir la estrategia y metodología para adoptar los lineamientos y directrices del Modelo de Arquitectura Empresarial (MAE) V.3, facilitando el proceso de Transformación Digital que adelanta la entidad, fortaleciendo la gestión y alcance de objetivos estratégicos, para llevar a cabo la visión digital TD y atender las preocupaciones y requerimientos de los diferentes grupos de interés, de manera disciplinada, estructurada y sostenible en el tiempo.
- Transformación Digital: La Dirección TIC se encuentra construyendo el Proyecto de Transformación Digital, teniendo en cuenta las directrices del “Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida” Ley 2294 de 2023, artículo 143. Transformación digital como motor de oportunidades e igualdad”. Para la construcción del Plan de Transformación Digital, se adoptaron los lineamientos del Marco de Transformación Digital para el Estado Colombiano, apropiando el uso de la herramienta de MinTIC, lo cual permitió a la Dirección TIC evaluar el nivel de madurez digital y la priorización de iniciativas de Transformación Digital.

6.2.3. Gestión de los Riesgos

Revisado el mapa de riesgos del proceso Gestión TIC en mesa de auditoría realizada el 9 de octubre de 2023, se evidenciaron 4 riesgos de gestión y 2 riesgos de corrupción que se encuentran directamente relacionados con la implementación de la política de Gobierno Digital, como son:

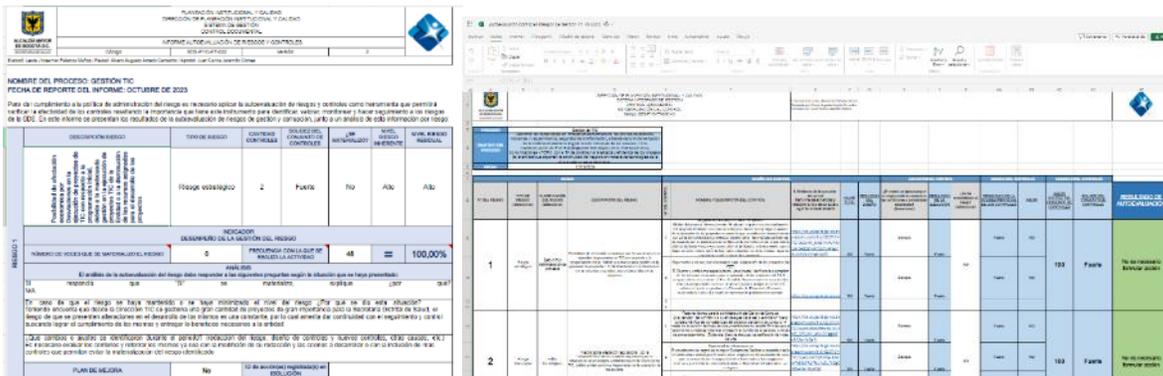
- Riesgo de gestión 1. Posibilidad de afectación económica por Desviaciones en la ejecución de proyectos de TIC con respecto a la programación inicial, debido a la inadecuada gestión en la ejecución de proyectos TIC de la Entidad o a la disminución de los recursos asignados para el desarrollo de los proyectos.

*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 | | | | | |

- Riesgo de gestión 2. Posibilidad de afectación reputacional por la Indisponibilidad de los servicios soportados por la infraestructura tecnológica administrada por la Dirección de TIC, debido a interrupciones inesperadas en la operación de los equipos
- Riesgo de gestión 3. Posibilidad de afectación reputacional por la pérdida de información del proceso almacenada en los servidores de la entidad, debido a fallas técnicas presentadas en los servidores y sus componentes de hardware y software.
- Riesgo de gestión 4. Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por el desarrollo de software que no cumpla con las especificaciones técnicas requerida debido al levantamiento inadecuado de los requerimientos.
- Riesgo de corrupción 1. Posibilidad de Afectación Económica y Reputacional al elaborar procesos precontractuales de la dirección TIC que contengan información sesgada, falsa, imprecisa o sin soporte técnico y/o Jurídico para favorecimiento propio o de un tercero.
- Riesgo de corrupción 2. Posibilidad de afectación Reputacional y Económica por la pérdida de confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información de la entidad debido a la manipulación o adulteración no autorizada de personas internas o externas a la entidad para beneficios personales o de terceros.

El equipo auditor solicitó los resultados de la Autoevaluación de Riesgos y Controles y verificó por muestreo los soportes de la ejecución de los controles definidos para los riesgos identificados. Al respecto, la Dirección TIC aportó la autoevaluación realizada en el mes de octubre de 2023, en los instrumentos definidos por la DPIYC, en la cual se reportó un resultado de desempeño de la gestión del riesgo del proceso en un 100%, con una solidez del conjunto de controles “Fuerte” para cada uno de los riesgos identificados.



Autoevaluación de Riesgos y Controles Proceso Gestión TIC – Octubre 2023

Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

*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 | | | | | |

Sin embargo, en la auditoría integral a los proyectos de inversión TIC realizada por la OCI en la vigencia 2023 se evidenció que *“los controles definidos en lo referente al seguimiento al cumplimiento y actualización documental para los proyecto de inversión, no han sido del todo eficaces, ya que para conocer el estado de cada proyecto y el seguimiento de los mismos, fue necesario la realización de mesas de trabajo con cada supervisor o referente, adicionalmente, no existe un tablero consolidado que permita llevar la trazabilidad y seguimiento de cada proyecto y en lo referente a la actualización documental, esta se realiza de forma parcial”²*, generando una acción para abordar el riesgo como resultado de dicha auditoría, con relación al riesgo de gestión 1.

Asimismo, en la presente auditoría se identificó por el equipo auditor que no existe un cronograma definido para cada una de las iniciativas del PETI que se ejecutan en el marco de los proyectos de inversión, por lo que su programación y seguimiento se genera mes a mes, no pudiendo evidenciar si se presentan desviaciones en la ejecución de los proyectos con respecto a una programación inicial para la totalidad de la iniciativa, y además, se aportaron las matrices de seguimiento de proyecto SEGPLAN como soporte de la ejecución del control #1 “Seguimiento al Cumplimiento de Proyectos” del riesgo en mención (riesgo de gestión #1), más no se aportaron informes de supervisión como se establece en la casilla “H. Evidencia” del mapa de riesgos, haciéndose necesario fortalecer el control #1 identificado para el riesgo de gestión #1.

Mapa de Riesgos Proceso Gestión TIC. Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

De otra parte, revisado el repositorio de las evidencias de la ejecución de los controles para la autoevaluación de riesgos y controles, se encontraron las siguientes debilidades:

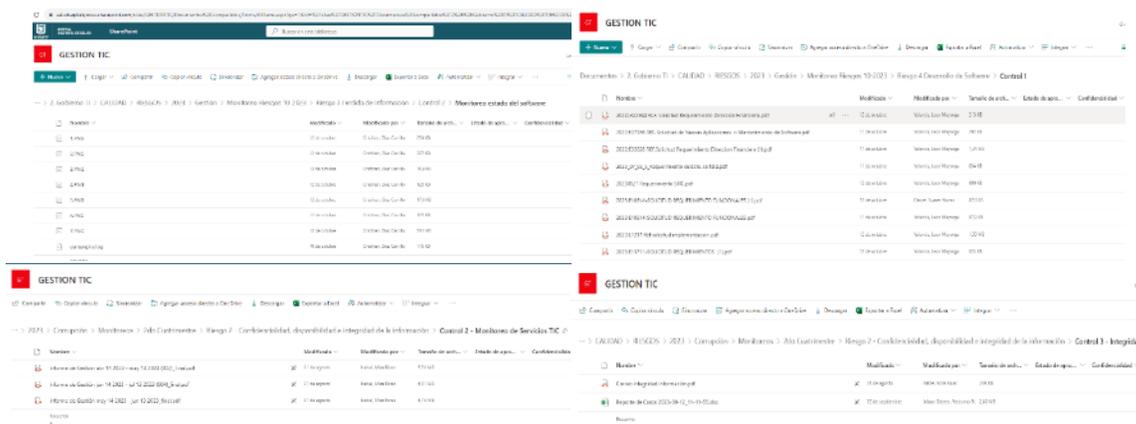
² Informe auditoría integral a los proyectos de inversión TIC.

http://www.saludcapital.gov.co/Informes%20Control%20Interno/Auditorias_especificas/2023/Aud_Gest_Pro_y_Inver_TIC.pdf

*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 | | | | | |

- Riesgo de gestión #3, control #2 “Monitoreo del estado de software del servidor”, reporta en mapa de riesgos como evidencia “Correo electrónico de notificación y gráfica de verificación de los componentes”. Sin embargo, en carpeta compartida solo se observa la gráfica de verificación de los componentes.
- Riesgo de gestión #4, control #1 “Definición de los Requerimientos”: Si bien se observa el Formato SDS-TIC-FT-023 Solicitud de Nuevas Aplicaciones o Mantenimiento de Software diligenciado por las dependencias solicitantes, no se evidenciaron correos electrónicos donde se notifique al solicitante de observaciones, en caso de que el documento no se encuentre totalmente diligenciado o el análisis de viabilidad es desfavorable, por lo que las evidencias aportadas no dan cuenta de la ejecución del control por parte del procesional del proceso gestión de software, es decir, de la verificación de la información entregada en el formato.
- Riesgo de corrupción #2, control #2 “Monitoreo de Servicios TIC” y control #3 “Integridad de la Información Digital” se reportan como evidencia en el mapa de riesgos los Logs de Eventos; sin embargo, estos no corresponden a las evidencias aportadas en la carpeta compartida.



| Riesgo | Control | Evidencia | Estado |
|--|--|---|------------|
| Riesgo 3 - Monitoreo del estado de software del servidor | Control 2 - Monitoreo de Servicios TIC | Correo electrónico de notificación y gráfica de verificación de los componentes | Completada |
| Riesgo 4 - Definición de los Requerimientos | Control 1 - Definición de los Requerimientos | Formato SDS-TIC-FT-023 Solicitud de Nuevas Aplicaciones o Mantenimiento de Software | Completada |

Evidencias ejecución de controles mapa de riesgos Gestión TIC. Fuente: Informe de Autoevaluación riesgos y controles octubre 2023 - Información aportada por la Dirección TIC

Lo anterior no es coherente con el diligenciamiento de la *casilla 6 “Evidencia de la ejecución del control - ¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control, que permita a cualquier tercero con la evidencia, llegar a la misma conclusión?”* del formato de autoevaluación de riesgos y controles SDS-PYC-FT-030, en el cual se marcó como “completa” para todos los controles establecidos, y por ende con el puntaje obtenido para la solidez del conjunto de controles. Por tanto, se recalca la importancia de dejar evidencia completa de la ejecución de los controles establecidos y de asegurarse que la información contenida en los instrumentos de autoevaluación sea verídica y confiable, de forma tal que sus resultados

*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 | | | | | |

permitan al proceso tomar las acciones necesarias, en caso de presentarse debilidades en la solidez de los controles establecidos.

6.2.4. Actividades de Monitoreo

Monitoreo Plan estratégico MIPG 2022: El monitoreo de las actividades proyectadas en el plan estratégico MIPG se lleva a cabo en el aplicativo Isolución, en el cual se evidenció el reporte realizado por la primera línea de defensa y el seguimiento realizado por la segunda línea del cumplimiento de las acciones planteadas, observando que todas ellas fueron gestionadas y cerradas. Sin embargo, como se mencionó en el apartado 6.2.2 de este documento, se identificaron tres acciones que fueron cerradas por la segunda línea a pesar de que las evidencias aportadas por la primera línea no permitían evidenciar el total cumplimiento de la acción y no se evidenciaron observaciones realizadas al proceso frente a la información faltante.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se hace necesario fortalecer los controles de segunda línea relacionados con la verificación de las evidencias de cumplimiento de las actividades definidas en el Plan Estratégico MIPG y de la retroalimentación a la primera línea.

Monitoreo Acciones POGD: Para realizar monitoreo al avance y al cumplimiento de las acciones definidas en el POGD existen dos instrumentos: el reporte POGD y los informes semestrales del POGD. Revisados los reportes del POGD de la Dirección TIC, se observó que el proceso reportó una ejecución de 20% con respecto al 20% programado en el cuarto trimestre de 2022; asimismo, para el primer trimestre de 2023 se reportó una ejecución del 11.68% con relación al 11.68% programado; y para el segundo trimestre de 2023 se reportó una ejecución del 8.36% con respecto al 8.36% programado. Además de reportarse el 100% de cumplimiento para las acciones definidas, no se observaron reprogramaciones a lo largo del periodo auditado.

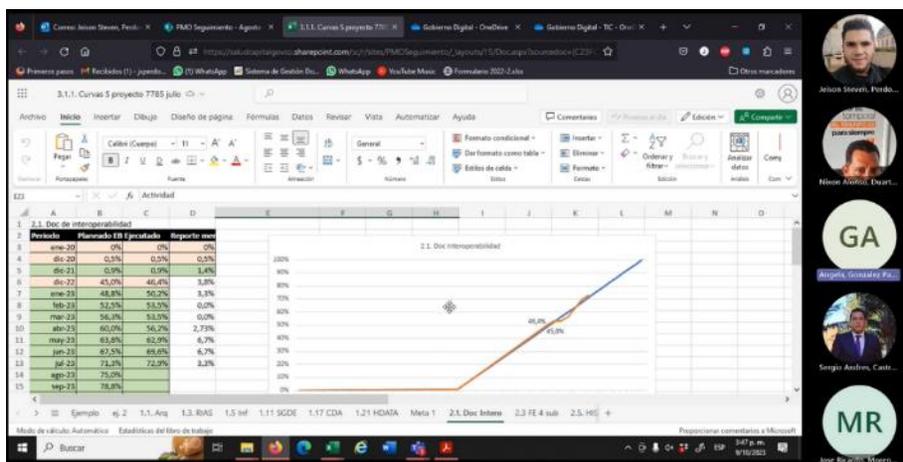
| META | ACTIVIDADES | RESPONSABLES | SUBACTIVIDADES | Programado | | Programado | Ejecución | | | |
|--|--|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|-----|-----|
| | | | | 100% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 4.1. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 4.1.1. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 4.1.1.1. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 20% | 20% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | | | |
| | | | 4.1.1.2. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 20% | 20% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | |
| | | | 4.1.1.3. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| | | | 4.1.1.4. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| | | | 4.1.1.5. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 20% | 20% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% |
| | | | 4.1.1.6. Realizar el monitoreo de la gestión de los procesos de la Secretaría de Salud, en el marco de la Ley 1712 de 2014, y el Decreto 1073 de 2015. | 20% | 20% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% |
| SUBTOTAL | | | | 100% | 100% | 200% | | | |

Reporte POGD IV trimestre 2022. Fuente: Carpeta compartida "O"

*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 | | | | | |

En mesa de auditoría del 9 de octubre de 2023, la Dirección TIC manifestó que la información de insumo para las reuniones de seguimiento se obtiene del análisis que realiza el profesional de la PMO del avance de los proyectos de inversión y de las iniciativas en el SEGPLAN y el PAA. De lo anterior, se presentó como soporte las curvas S generadas por la PMO donde se presenta el avance de la ejecución física de cada iniciativa; sin embargo, no se evidenció por parte del equipo auditor un instrumento donde se consoliden los resultados e indicadores para verificar el avance de los proyectos con respecto a la hoja de ruta definida en el PETI, como por ejemplo tableros de control, diagramas de Gantt, entre otros.



Curva S Documento de interoperabilidad. Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

Con relación al seguimiento de las actividades que se desarrollan para la ejecución de cada iniciativa, el proceso informó que este se realiza a través del SEGPLAN, en el cual se relacionan mes a mes los resultados y dificultades. También manifestó que existe una debilidad ya que, si bien los líderes de proyecto deben definir los cronogramas, no todas las iniciativas o contratos tienen dicho cronograma, por lo que se realiza seguimiento con base en la programación que se realiza mes a mes y los reportes realizados en SEGPLAN. De lo anterior, se identifica el riesgo de que no se ejecute la totalidad de las iniciativas en el tiempo definido.

Es importante mencionar que en correo electrónico enviado el 29 de noviembre de 2023, la Dirección TIC especificó las siguientes claridades con relación al Seguimiento de los Proyectos de inversión de la Dependencia:

- Desde la Dirección TIC el control financiero está a cargo del referente financiero de la dirección, esta persona se encarga de registrar y actualizar los diferentes documentos (SEGPLAN, PAA, PAC) con los avances de la ejecución financiera y los pagos realizados mes a mes de cada proyecto, los proyectos que actualmente se gestionan desde esta dirección son los proyectos 7785 y 7788.

*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 | | | | | |

- La gestión de avance físico en la ejecución de las iniciativas se realiza con los referentes de la gestión de proyectos en ingeniería, con respecto a lo planeado en el SEGPLAN cada proyecto tiene un avance programado mes a mes, el cual debe cumplirse y reportarse por parte de los supervisores de los contratos, en caso de presentar inconvenientes o algún tipo de problema en la ejecución esta se verá reflejado en el reporte mensual, el cual se realiza con cada supervisor, informando las dificultades, avances y actividades a desarrollar durante el mes que sigue.
- Las curvas S son el seguimiento grafico que se realiza por parte de la PMO, donde se evidencia el avance acumulado de lo planeado contra lo realmente ejecutado mes a mes en cada proyecto.
- Los seguimientos establecidos están definidos para apoyar el proceso en los reportes mensuales institucionales como el SEGPLAN, del cual se deriva un informe para el equipo de la Dirección TIC que incluyen las curvas S; por otra parte, los ingenieros encargados de la supervisión, o que apoyan los procesos de supervisión, para los proyectos 7785 y 7788 necesariamente deben crear los informes de supervisión los cuales se disponen en las carpetas creadas para este procedimiento en los recursos asignados en SharePoint.

De otra parte, en mesa de auditoría realizada el 9 de octubre, la Dirección TIC confirmó que el monitoreo a las iniciativas del PETI que aportan a la implementación de la política no se lleva a los informes trimestrales de política ni a la mesa técnica de Gobierno Digital.

Con base en lo anterior se deduce que, si bien es cierto que la PMO ha permitido mejorar el seguimiento de los proyectos y de las iniciativas PETI, aún se presentan debilidades en los instrumentos de monitoreo empleados para dicho seguimiento, y por tanto se genera una acción para abordar el riesgo con relación al monitoreo de las iniciativas PETI.

Seguimiento Mesa técnica Gobierno y Seguridad Digital: Revisado el formato de conformación de mesa técnica para la política, se observó que la responsabilidad #7 enuncia “Realizar el respectivo seguimiento al grado de avance de la implementación de la Política de Gobierno Digital”. Al respecto, en los soportes aportados por la Dirección TIC se evidenció la socialización de los resultados del FURAG 2021 en la mesa técnica del 29 de septiembre de 2022 y también se evidenció seguimiento frente a las acciones definidas en el POGD con relación a la implementación de la Política, tales como Arquitectura Empresarial y continuidad del negocio, implementación del protocolo IPV6, transformación digital, política de seguridad de la información, entre otros, dando cumplimiento a la actividad relacionada. Al respecto, si bien la mesa técnica se realiza seguimiento al avance de cada una de las temáticas, se recomienda realizar seguimiento a los indicadores definidos, tales como el porcentaje de avance logrado con respecto al planeado, de acuerdo con los instrumentos definidos para el seguimiento (POGD, Plan Estratégico MIPG). De igual forma, es importante que en este seguimiento se incluyan todos los temas que aportan a la implementación de las Políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital en la entidad.

*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

| | | | |
|---|---|---|---|
|  | 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 Rodríguez Revisado por: Fernando Fuentes Aprobado por: Sonia Luz Flórez |  |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|--|---|
|  | 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 Nohora Rodríguez Revisado por: Fernando Fuentes Aprobado por: Sonia Luz Flórez |  |
|---|---|--|---|

ACTA DE REUNIÓN

Tema: Mesa Técnica de Gobierno y Seguridad Digital

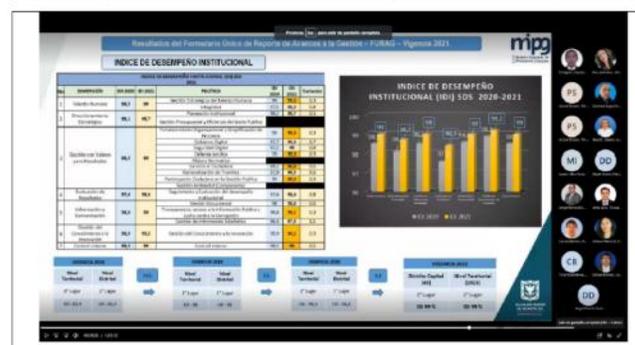
| | |
|------------------------------|----------------|
| Dirección y/o Oficina | Proceso |
| Dirección TIC | Gestión TIC |

| | |
|--|--|
| Objetivo de la Reunión | Fecha de la reunión: septiembre 29 de 2022 |
| Socializar avances de Gobierno y Seguridad Digital | Lugar: Teams |
| | Hora Inicio: 11:00 am Hora Fin: 12:21 pm |
| | Notas por: Iba, Jacqueline Velázquez Lucinda |
| | Próxima Reunión: N/A |
| | Quién cita: N/A |

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

En la mesa técnica de Gobierno y Seguridad Digital se trataron los siguientes temas:

1. Política General y específicas de seguridad de la información para posterior actualización y publicación.
2. Presentación lineamiento de roles y responsabilidades de seguridad digital.
3. Avances desarrollo del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.
4. Avances desarrollo del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información.
5. Socialización del FURAG Planeación
6. Contextualización de la política de gobierno digital.



Acta mesa técnica 29 septiembre 2022. Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

6.2.5. Información y Comunicación

Informe de seguimiento trimestral políticas MIPG: El instrumento definido por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para presentar los avances y resultados de la implementación de las políticas de gestión y corresponde al Informe de seguimiento trimestral modelo integrado de planeación institucional – MIPG SDS-PYC-FT-038, el cual las dependencias que intervienen en su implementación, reportan las actividades desarrolladas de acuerdo con las acciones definidas en el POGD y en el Plan Estratégico MIPG, así como los temas desarrollados en las mesas técnicas (para las políticas que cuentan con mesa técnica), y finalmente se presentan las conclusiones del informe, incluyendo fortalezas, dificultades/necesidades y aspectos por mejorar. Este informe posteriormente es consolidado por la DPIYC y es el insumo para la medición que se presenta del avance en la implementación de las políticas en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Revisados los informes trimestrales de la Política de Gobierno Digital para el periodo auditado, se evidenció que en estos se incluyen los aspectos relacionados con las actividades programadas en el Plan Estratégico MIPG y en el POGD de la dependencia, así como los temas tratados en la mesa técnica de Gobierno Digital y Seguridad Digital. Sin embargo, no se incluyen los avances y resultados de los proyectos o iniciativas del PETI, ni de los temas que son liderados desde otras dependencias, pero que también aportan a la implementación de la Política de Gobierno Digital. De acuerdo con lo anterior se concluye que el informe de seguimiento trimestral no da cuenta de la totalidad de aspectos que componen la política y, por ende, no permiten una adecuada medición de los avances en

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

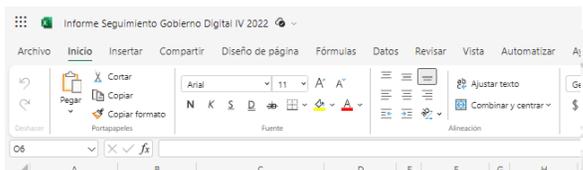
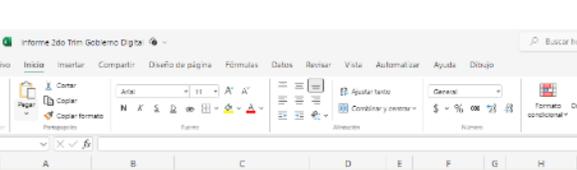
| | | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|---|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | | | |  |
| | INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410) | | | |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

su implementación para la toma de decisiones por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

| | | | |
|--|---|---|----------------------------|
|  <p>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>INFORME DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL – MIPG</p> <p>Código: SDS-PVCF438 Versión: 2</p> <p>Elaborado por: Miquel Angel Cruz M / Revisado por: Alvaro Amado / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa</p> | |  | |
| 2.1 MESAS TÉCNICAS | | | |
| ¿Cuenta con mesas técnicas conformadas? (Marque x) SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| Nombre de la(s) mesa(s) técnica(s) | | 1 - Mesa Técnica de Gobierno y Seguridad Digital | |
| Dependencias que intervienen | | 1 - Dirección TIC | |
| Fecha(s) de reunión(es) (DD/MM/AA) | | 01- 01/02/2023 | |
| 2.2 DESARROLLO DE LAS MESAS TÉCNICAS | | | |
| 1. Presentación actualización de la Política General (John Triana) 2. Presentación Políticas Específicas de Seguridad de la Información (John Triana) 3. Presentación Plan de Seguridad y privacidad de la Información vigencia 2023 (John Triana) 4. Indicadores de Seguridad de la Información vigencia 2022 (John Triana) 5. Presentación Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad de la Información vigencia 2023 (Yaneth Linares) 6. Presentación del Plan de preparación de las TIC para la continuidad del negocio (Luis Guillermo Barrera) | | | |
| 3. PLAN ESTRATÉGICO MIPG SDS | | No. Actividades Ejecutadas | 0 |
| | | No. Actividades Programadas | 0 |
| Descripción de las acciones del Plan de Adecuación MIPG de la SDS | | Avances: no se cuenta con actividades programadas para el 1er Trimestre de la Vigencia 2023 | % Total de Avance: 100,00% |
| | | Soportes: N/A | |
| 4. CONCLUSIONES | | | |
| Fortalezas: | 1.-Avances significativos en las Políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital reflejados en la medición de Índice de Desempeño Institucional 2022 a través de MIPG | | |
| Dificultades/ Necesidades: | 1. Poca articulación institucional para proyectos de TI transversales 2. El proceso de Gestión TIC sigue ubicado como proceso de apoyo y debería estar en el nivel Estratégico 3. Falta de registro oportuno de avances a las actividades de los planes de mejoramiento por parte de los responsables | | |
| Aspectos a Mejorar: | 1. Organización de la documentación digital de la dependencia en repositorio de Sharepoint 2. Seguimiento a proyectos TI | | |

Informe Seguimiento Trimestral Política Gobierno Digital I trimestre 2023. Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

De otra parte, se evidenció que se reportaron las mismas conclusiones en los informes de seguimiento trimestral correspondientes al periodo auditado (IV trimestre 2022, I y II trimestre de 2023) como se presenta en las siguientes imágenes. Al respecto, es importante mencionar que este apartado del informe debe servir como insumo para la toma de decisiones con respecto a las fortalezas, dificultades, necesidades y aspectos por mejorar, y evidenciar los avances y resultados a lo largo de los informes trimestrales, y por tanto deberían visualizarse cambios en la información que se reporta en los diferentes trimestres, lo cual no fue evidenciado en la auditoría. Por tanto, es importante mejorar la información reportada en el instrumento definido por la DPIYC.

| | | | |
|---|---|--|---|
|  | |  | |
| 4. CONCLUSIONES | | 4. CONCLUSIONES | |
| Fortalezas: | 1.-Avances significativos en las Políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital reflejados en la medición de Índice de Desempeño Institucional 2021 a través de MIPG | Fortalezas: | 1. Avances significativos en las Políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital reflejados en la medición de Índice de Desempeño Institucional 2022 a través de MIPG |
| Dificultades/ Necesidades: | 1. Poca articulación institucional para proyectos de TI transversales 2. El proceso de Gestión TIC sigue ubicado como proceso de apoyo y debería estar en el nivel Estratégico 3. Falta de registro oportuno de avances a las actividades de los planes de mejoramiento por parte de los responsables | Dificultades/ Necesidades: | 1. Poca articulación institucional para proyectos de TI transversales 2. El proceso de Gestión TIC sigue ubicado como proceso de apoyo y debería estar en el nivel Estratégico 3. Falta de registro oportuno de avances a las actividades de los planes de mejoramiento por parte de los responsables |
| Aspectos a Mejorar: | 1. Organización de la documentación digital de la dependencia en repositorio de Sharepoint 2. Seguimiento a proyectos TI | Aspectos a Mejorar: | 1. Organización de la documentación digital de la dependencia en repositorio de Sharepoint 2. Seguimiento a proyectos TI |

Informe Seguimiento Trimestral Política Gobierno Digital IV trimestre 2022 y II trimestre 2023.

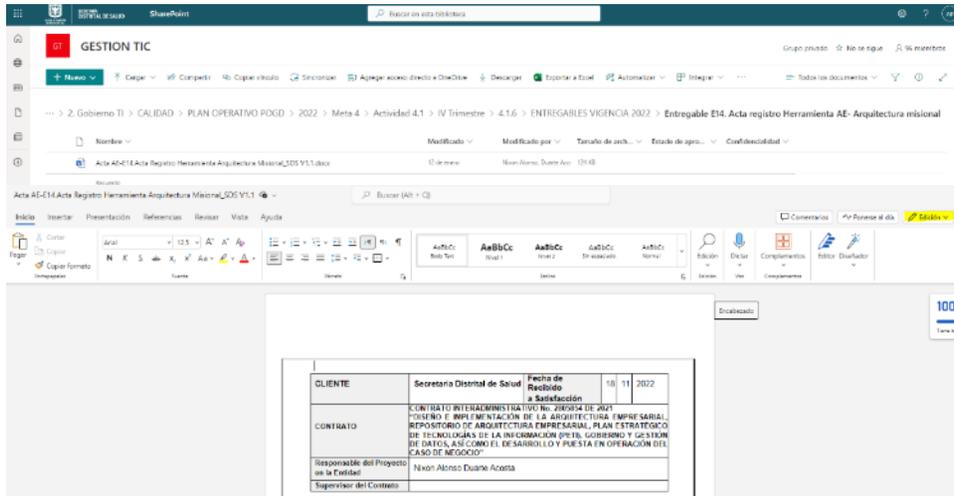
Fuente: Información aportada por la Dirección TIC y la DPIYC

Información soporte acciones POGD: Verificada la información de soporte de cumplimiento de las acciones definidas para la implementación de la política, el equipo auditor resalta como aspecto positivo que la ruta generada desde los reportes del POGD de la Dirección TIC al repositorio Sharepoint permite acceder con facilidad a las evidencias

*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 cumplimiento, por lo que no fue necesario solicitar esta información al proceso para su verificación por parte del equipo auditor. Sin embargo, se identificó que al acceder con el hipervínculo que se encuentra relacionado en el POGD se otorgan permisos de edición, generando un posible riesgo de que los documentos sean alterados, como se observa en la siguiente imagen.



Información soporte reporte POGD IV trimestre 2022. Fuente: Hipervínculo de acceso reporte POGD IV trimestre 2022

Mapa de riesgos: El proceso Gestión TIC aportó Mapa de riesgos de gestión con fecha de actualización 20 de febrero de 2023, así como mapa de riesgos de corrupción con fecha de actualización 30 de agosto de 2023. De lo anterior, el proceso aportó evidencia de la solicitud realizada vía correo electrónico el día 30 de agosto de 2023 a la DPYC para actualizar el mapa de riesgos en la caracterización del proceso. Sin embargo, revisada la caracterización del proceso en el aplicativo ISOLUCIÓN, se evidencia mapa de riesgos con fecha de actualización 30 de agosto de 2021, haciéndose necesaria la actualización de esta información.

De: Jelson Steven Perdomo Polanía
 Enviado: miércoles 30 de agosto de 2023 5:07 p. m.
 Para: Lewis, Rosalmar; Paredes Muñoz <lparedes@saludcapital.gov.co>
 Cc: Luis Carlos, Olimpo Ramos <COlimpo@saludcapital.gov.co>; Sandra Patricia, Ome Lopez <SPOme@saludcapital.gov.co>; Juan Carlos, Jaramillo Correa <JCaramillo@saludcapital.gov.co>; Alvaro Augusto, Amado Camacho <aamadoc@saludcapital.gov.co>
 Asunto: Actualización Riesgos de Corrupción Gestión TIC

Cordial Saludo Lewis

De acuerdo con la verificación de los Riesgos de Corrupción del proceso de Gestión TIC de manera atenta remito actualizado el Mapa de Riesgos del proceso de gestión TIC con el fin de que sea validado y actualizado en el Mapa de Riesgos de la entidad y el mismo se actualice en el espacio de la caracterización del proceso.

Agradezco su colaboración y quedo atento ante cualquier inquietud.

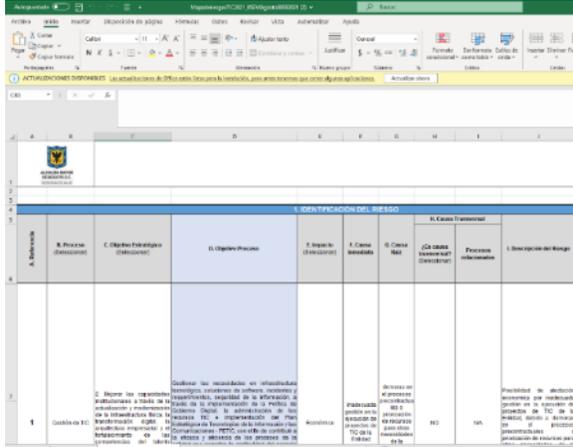
Cordialmente,

Jelson Steven Perdomo Polanía,
 Contraloría
 Dirección de Tecnologías de Información y la Comunicaciones
 Secretaría Distrital de Salud.

Solicitud actualización mapa de riesgos proceso Gestión TIC
 Fuente: Información aportada por la Dirección TIC

*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 | | | | | |



| IDENTIFICACION DEL RIESGO | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| A. Subproceso | B. Proceso (Actividad) | C. Objetivo Institucional (Actividad) | D. Objetivo Proceso | E. Impacto (Actividad) | F. Causa Inicial | G. Causa Mediana | H. Causa Terminal |
| | | | Definir los resultados en un subproceso |

Mapa de riesgos proceso Gestión TIC.
Fuente: Isolución, consulta octubre 31 de 2023

6.3 Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

Se encuentra contemplada en la Dimensión 4 “Evaluación de resultados”, con la cual se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”³.

6.3.1. Ambiente de Control

Estructura interna: De acuerdo con lo establecido en la Resolución 842 del 4 de junio de 2021 el liderazgo de esta política en la Secretaría Distrital de Salud recae en la Subsecretaría Corporativa, en la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y en la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, en la Dirección de Planeación Sectorial; el equipo auditor verificó las funciones asignadas a estas dependencias en los Artículos 44 y 34 del Decreto 507 de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, respectivamente, evidenciando coherencia con el liderazgo establecido..

Es por esto que, en la SDS, en concordancia con lo establecido en el Manual Operativo del MIPG, la Dirección de Planeación Institucional y Calidad asume el liderazgo con respecto a los resultados que se obtienen a nivel institucional, y la Dirección de Planeación Sectorial, aquellos relacionados con la evaluación y seguimiento del Plan de Desarrollo Territorial.

Planeación Estratégica: Revisados los instrumentos de planeación estratégica para la política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, se evidenció que no se contemplaron actividades en el Plan Estratégico MIPG de la vigencia 2022, de acuerdo con

³ Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Versión 5

*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 | | | | | |

los resultados del FURAG 2021. Por tanto, la planeación estratégica para las vigencias 2022 y 2023 quedó contemplada netamente el POGD, así:

Dirección de Planeación Sectorial: El proceso de Planeación y Gestión Sectorial en su POGD de las vigencias 2022 y 2023 cuenta con una meta que apunta directamente a la Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional así: META: “Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño” esta a su vez cuenta con 7 actividades una de ellas es: Gestionar las acciones para el cumplimiento de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, con una subactividad relacionada con la formulación, actualización, evaluación, programación y seguimiento de los planes, programas y proyectos del FFDS.

Dirección de Planeación Institucional y Calidad: La Dirección de Planeación Institucional y Calidad manifestó en mesa de auditoría, que teniendo en cuenta que las acciones que realizan para la implementación de la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional hacen parte de las actividades definidas en la meta transversal “Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS”, no se incluyeron dichas actividades en la meta transversal de “Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño de la SDS”, tal como se realiza para la Dirección de Planeación Sectorial. Sin embargo, en la formulación del POGD para la vigencia 2023 se relacionaron las políticas de gestión y desempeño relacionadas con las actividades planteadas, como se presenta en la siguiente imagen. Es importante mencionar que para la vigencia 2022 no se contaba con dicha relación.

| | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------|---|--|--------------------------------|---|---|---------------------------------|---|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMULACIÓN PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO Código: SDS-PYC-FT-018 V 13 | | | | | | Elaborado por: Alvaro Augusto Amado Camacho Revisado por: Angel Mauricio Castellano Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Corra | |  |
| | METAS | ACTIVIDADES | Programado % | SUBACTIVIDAD | PRODUCTOS Y/O SERVICIOS | Programado 1er Trimestre | Programado 2do Trimestre | Programado 3er Trimestre | |
| | Implementar acciones que contribuyan a la política de mejora normativa. | 8,0% | Ejecutar seguimiento al normograma de los procesos. | Informe Normograma | 1,0% | 1,0% | 1,0% | 1,0% | |
| | | | Realizar la actualización de la normatividad | Normatividad cargada | 1,0% | bloqueo desde las miércoles, 8 de noviembre de 2023 08:00 a las 10:00 | | 0% | |
| | SUBTOTAL | | | | 2,0% | | | 1,0% | |
| | Gestionar y monitorear el desempeño de los procesos. | | Formular el POGD de la DPIYC. | Formulación POGD | 3,0% | | | | |
| | | | Realizar el Reporte POGD | Reporte POGD | 1,0% | 1,0% | 1,0% | 1,0% | |
| | | | Elaborar el Informe de Gestión del POGD | Informes de Gestión | 3,0% | | 3,0% | | |
| | Política de Planeación Institucional | 20,0% | Elaborar los reportes e informes de gestión Entes de Control | Informe CEN 1990, CE 404 y CEN 1107 | 2,0% | | | | |
| | Seguimiento y evaluación | | Realizar la asistencia técnica para la formulación y monitoreo de los POGD. | Correos Electronicos, actas de reunión, listados de asistencia técnica, entre otros. | 2,0% | 1,0% | 1,0% | 1,0% | |
| | SUBTOTAL | | | | 11,0% | 2,0% | 5,0% | 2,0% | |
| | Administrar los Riesgos del Proceso | | Actualizar el Mapa de Riesgos de Gestión | Mapa de Riesgos Actualizado | 2,0% | | | 4,0% | |
| | | | Realizar el analisis de contexto interno y externo. | Analisis de Contexto (PAAC - SG) | 1,0% | | | 1,0% | |
| | Política de Planeación Institucional | | Efectuar seguimiento de la alineación de acciones, iniciativas y estrategias. | Matriz de Seguimiento. | | 1,0% | | 1,0% | |

POGD 2023 Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Fuente: Información aportada por la DPIYC

*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 | | | | | |

Revisada la formulación del POGD de la DPIYC para la vigencia 2023, se evidenció que si bien el proceso identifica en las actividades definidas cuáles son las políticas de gestión y desempeño relacionadas, no se precisa esta claridad a nivel de sub-actividades. Tal es el caso de la actividad “Gestionar y monitorear el desempeño de los procesos” y la actividad “Administrar los riesgos del proceso” en las cuales se relaciona la política de seguimiento y evaluación; al respecto, se evidencian subactividades tales como “Elaborar los reportes e informes de gestión antes de control”, “Elaborar el informe de gestión del POGD” y “Elaborar informes de resultado de la gestión del riesgo”, las cuales se encuentran directamente relacionadas con las acciones que desarrolla la DPIYC en el marco de la implementación de la política de evaluación y seguimiento del desempeño institucional. También se evidenció la subactividad “Elaborar informe de resultados de percepción del cliente de los procesos”, relacionada con la implementación de la política. Es importante resaltar que las actividades mencionadas anteriormente también se encontraban programadas en el POGD de la dependencia de la vigencia 2022.

No obstante, si bien se evidencia la ejecución de actividades desde la DPIYC en el marco de la implementación de la política, en conformidad con el liderazgo establecido en la resolución 842 de 2021, estas no son reportadas en el informe trimestral de la política, como se menciona en mayor detalle en el apartado 6.3.5 de este informe. Por tanto, se hace necesario que en el POGD de la DPIYC se defina con claridad las subactividades que se realizan en el marco de la implementación de cada una de las políticas de gestión y desempeño cuando no se reportan en la meta transversal de “Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño de la SDS”, de forma tal que permitan su posterior monitoreo y evaluación.

Plan Estratégico SDS 2020-2024 y Plan de Acción Institucional: En la página Web de la Entidad se encuentra publicado el Plan Estratégico de la Entidad 2020-2024, en el cual se relacionan las dependencias responsables, metas e indicadores, con un total de 17 metas correspondientes al Plan Territorial de Salud.

| SECRETARÍA DE SALUD | | PLAN ESTRATÉGICO DE LA SDS 2020-2024 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|---|----------------------------|-----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| SECTOR/DEPENDENCIA | METAS | INDICADORES | UNIDAD MEDIDA | FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN | PROGRESO 2020 | PROGRESO 2021 | PROGRESO 2022 | PROGRESO 2023 | PROGRESO 2024 | PROGRESO 2020 | PROGRESO 2021 | PROGRESO 2022 | PROGRESO 2023 | PROGRESO 2024 |
| Secretaría de Salud | Implementar el Plan Estratégico de la Entidad 2020-2024... | Indicador de cumplimiento del Plan Estratégico de la Entidad... | Porcentaje de cumplimiento | 2020 | 2024 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Secretaría de Salud | Implementar el Plan de Acción Institucional... | Indicador de cumplimiento del Plan de Acción Institucional... | Porcentaje de cumplimiento | 2020 | 2024 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Plan Estratégico de la SDS 2020-2024. Fuente: Página Web SDS. Ruta: Inicio/La Entidad/Transparencia y Acceso a la Información Pública/Planes Estratégicos Sectoriales e Institucionales

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

De otra parte, se encuentra publicada la resolución 2886 del 26 de diciembre de 2022 en la cual se deroga la Resolución 2578 del 27 de diciembre de 2021 y se adopta el Plan de Acción de la SDS para la vigencia 2023 en concordancia con el Acuerdo Distrital 761 del 11 de junio de 2020.

Asimismo se encuentra publicada la Matriz de Alineación Estratégica de los Planes Institucionales y Estratégicos SDS, con fecha de actualización 28 de enero de 2022, en la cual se presenta la alineación de los objetivos estratégicos, principios y metas con los planes referenciados en el Decreto 612 de 2018 y que conforman el Plan de Acción de la Entidad, como son: PINAR, Plan Anual de Adquisiciones, Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación, Plan Incentivos Institucionales, Plan del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

| OBJETIVO INSTITUCIONAL | PRINCIPIOS | METAS | MATRIZ DE ALINEACION ESTRATEGICA DE OBJETIVOS Y METAS DE PLANES INSTITUCIONALES Y ESTRATEGICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| 1. Fortalecer la gestión y la transparencia institucional | | Plan Institucional de Gobierno de la Calidad - PINAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Plan de Gestión de Recursos Humanos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Mejorar las operaciones a través de la calidad, la innovación y la tecnología | | Plan de Gestión de Recursos Humanos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Plan de Gestión de Recursos Humanos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Matriz de alineación Estratégica de los Planes Institucionales y Estratégicos. Fuente: Página Web SDS Ruta: Inicio/La Entidad/Transparencia y Acceso a la Información Pública/Planes Estratégicos Sectoriales e Institucionales

6.3.2. Actividades de Control

Acciones POGD: El equipo auditor tomó como insumo los reportes de POGD y los informes semestrales de POGD de la Dirección de Planeación Sectorial y solicitó por muestreo las evidencias correspondientes al periodo auditado, las cuales fueron verificadas, evidenciando su cumplimiento.

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

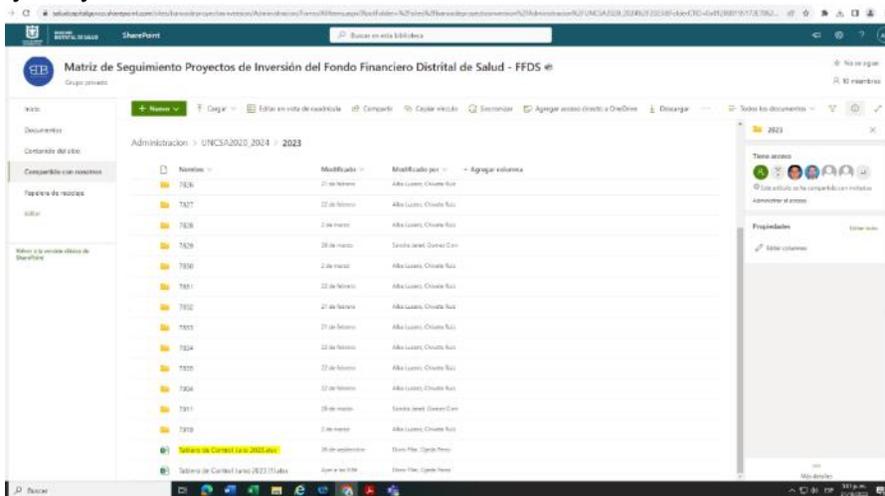
| | | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|---|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | | | |  |
| | INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410) | | | |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

| | | | | | | | | | |
|----|--|-----|----|------|----|------|------|--|---|
| 40 | SUBTOTAL | 10% | 2% | 1,8% | 4% | 4,2% | 3,9% | Desempeños 2024 | Programa de programación presupuestal para |
| 41 | Gestionar las acciones para el cumplimiento de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional | | 4% | 4% | 4% | 4% | 4% | Manifiesto de programas y proyectos del I US actualizado con las matrices de seguimiento. Seguimiento a los Proyectos de inversión en el aplicativo del GPE- GPE * Reporte del aplicativo de la SDS- SEGPLAN * Documentos de cierre y evidencia. | Se realiza la consolidación de la información suministrada por los proyectos de inversión para generar el Informe de Gestión MGA y cumplimiento al Plan de Acción Ambiental y Social, con corte al 30 de febrero 2023, y se remite a la Secretaría de Hacienda Distrital. |
| 42 | SURTOTAL | 16% | 4% | 4% | 4% | 4% | 4% | | Se han enviado los reportes de PNER (monitoreación y trazados presupuestales) on |

Reporte POGD Dirección de Planeación Sectorial I Trimestre 2023
Fuente: Página Web SDS

En el caso de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad se evidenció que, en su POGD, si bien no se tienen actividades relacionadas en la meta transversal de implementación de las políticas de gestión y desempeño, se encuentran actividades en otras metas transversales, las cuales guardan relación con aspectos que se abordan desde la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, tal como se establece en el Manual Operativo del MIPG, tales como la evaluación de la gestión del riesgo en la entidad, la evaluación de la percepción de los grupos de valor, el monitoreo al POGD, la documentación los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación, de los cuales el grupo auditor solicitó por muestreo las evidencias correspondientes para el periodo auditado, evidenciando que los resultados de estos ejercicios se llevan a otros espacios tales como la Revisión por la Dirección o el Comité Directivo.

Procedimiento Seguimiento a los proyectos de inversión del FFDS (SDS-PGS-PR-056): Revisado el repositorio de seguimiento de banco de Programas y Proyectos de Inversión se evidenció que al 31 de octubre de 2023 se encontraba cargado el tablero de control con corte a julio de 2023, incumpliendo los términos establecidos en la actividad 13 del procedimiento SDS-PGS-PR-056 “Cargar mensualmente el tablero de control con el nivel de cumplimiento de metas y actividades en el repositorio de seguimiento de banco de Programas y Proyectos de Inversión”.



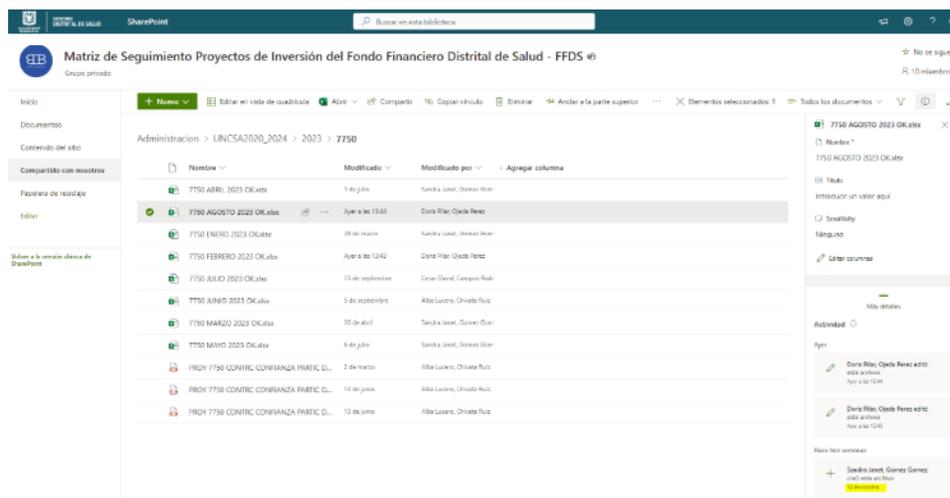
| ID | Nombre | Modificado | Modificado por | Agregar evidencia |
|------|--------|---------------|---------------------------|-------------------|
| 7626 | | 21 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7627 | | 22 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7628 | | 2 de marzo | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7629 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7630 | | 2 de marzo | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7631 | | 22 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7632 | | 27 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7633 | | 27 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7634 | | 22 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7635 | | 27 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7636 | | 27 de febrero | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7637 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7638 | | 2 de marzo | Alba Lucero, Claudia Ruiz | |
| 7639 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7640 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7641 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7642 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7643 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7644 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7645 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7646 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7647 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7648 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7649 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7650 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7651 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7652 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7653 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7654 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7655 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7656 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7657 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7658 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7659 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7660 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7661 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7662 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7663 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7664 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7665 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7666 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7667 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7668 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7669 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7670 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7671 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7672 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7673 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7674 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7675 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7676 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7677 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7678 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7679 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7680 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7681 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7682 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7683 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7684 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7685 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7686 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7687 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7688 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7689 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7690 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7691 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7692 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7693 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7694 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7695 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7696 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7697 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7698 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7699 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |
| 7700 | | 28 de marzo | Sandra Jerez, Constanza | |

Tablero de control cargado en banco de proyectos de inversión. Fuente: Banco de proyectos de Inversión FFDS

*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 | | | | | |

Asimismo, revisada la información de los proyectos 7750, 7785, 7788, 7790, 7791 y 7831, se evidenció que al 31 de octubre de 2023 se encontraba publicada en el banco de proyectos de inversión la matriz de seguimiento con corte al mes de agosto de 2023, con fecha de publicación 12 de octubre de 2023, incumpliendo los términos establecidos en la actividad 11 del procedimiento SDS-PGS-PR-056 “Cargar mensualmente las matrices de seguimiento a los proyectos de inversión del FFDS en el repositorio de seguimiento de banco de Programas y Proyectos de Inversión”.



| Nombre | Modificado | Modificado por |
|---|------------------|------------------------------|
| 7750 ABRIL 2023 Ok.xlsx | 1 de julio | Sandra Jerez, Genoveva Giron |
| 7750 AGOSTO 2023 Ok.xlsx | Ayer a las 13:08 | Olga Lucia Vargas Cobos |
| 7750 ENERO 2023 Ok.xlsx | 28 de marzo | Sandra Jerez, Genoveva Giron |
| 7750 FEBRERO 2023 Ok.xlsx | Ayer a las 12:42 | Olga Lucia Vargas Cobos |
| 7750 JULIO 2023 Ok.xlsx | 13 de septiembre | Genoveva Giron, Sandra Jerez |
| 7750 JUNIO 2023 Ok.xlsx | 3 de septiembre | Alba Lucero, Olinda Ruiz |
| 7750 MARZO 2023 Ok.xlsx | 20 de abril | Sandra Jerez, Genoveva Giron |
| 7750 MAYO 2023 Ok.xlsx | 6 de julio | Sandra Jerez, Genoveva Giron |
| PROY 7750 CONTRIC CONFIANZA PRATIC D.L. | 2 de marzo | Alba Lucero, Olinda Ruiz |
| PROY 7750 CONTRIC CONFIANZA PRATIC D.L. | 14 de junio | Alba Lucero, Olinda Ruiz |
| PROY 7750 CONTRIC CONFIANZA PRATIC D.L. | 10 de junio | Alba Lucero, Olinda Ruiz |

Matriz de seguimiento de proyectos de inversión proyecto 7750. Fuente: Banco de proyectos de Inversión FFDS

6.3.3. Gestión de los Riesgos

Revisado el mapa de riesgos del proceso Planeación y Gestión Sectorial, en la página de ISOLUCION se evidenciaron 17 riesgos de gestión y 3 riesgos de corrupción que se encuentran relacionados con la implementación de la política, entre ellos se puede resaltar el primero “Posibilidad de afectación Económico y Reputacional por Afectación en la calidad de la información por inoportunidad en la entrega e inconsistencia de los datos reportados por parte de los gestores de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud. debido a Cambios de gestores y/o referentes de los proyectos sin inducción o adiestramiento en el proceso de formulación y seguimiento a metas del proyecto de inversión del FFDS”

- Control #1: Lineamiento cuyo propósito es socializará los lineamientos para la formulación, actualización y seguimiento de los proyectos de inversión del FFDS
- Control #2: Comité de seguimiento cuyo propósito es revisará y socializará la información generada por los Gestores de Proyectos del FFDS frente a la ejecución de los proyectos de inversión

*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 | | | | | |

- Control #3: Seguimiento proyectos cuyo propósito es revisar la coherencia y calidad de la información reportada en cada uno de sus proyectos de inversión
- Control #4: Comité Directivo es reportar al Comité Directivo el cumplimiento de la programación de ejecución de recursos en el Plan Anual de Adquisiciones, y el avance de las metas del Plan Territorial de Salud y Plan de Desarrollo Distrital.
- Control #5: Formulación de PAA cuyo propósito es garantizar que la elaboración del PAA, conlleva al cumplimiento de las metas del proyecto, PDD y PTS, uso eficiente de las fuentes de financiación y lineamientos de contratación frente a modalidades de contrato.

El equipo auditor enfatiza en la importancia del cumplimiento de la socialización del lineamiento, así como del monitoreo de su cumplimiento, inspeccionando las evidencias que lo soportan, dado que se evidenció que los procesos presentan falencias en su aplicación, tal como se presenta en el apartado 6.3.4 de este informe, evidenciando que el control establecido no está siendo eficaz.

Dirección de planeación institucional y calidad: La DPIYC tiene establecido en su mapa de riesgos un riesgo de gestión, que se encuentra directamente relacionado con la implementación de la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, así: “Posibilidad de afectación reputacional por monitoreo insuficiente de las actividades necesarias para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión en el marco del MIPG y para el fortalecimiento institucional, de la SDS debido a no contar con instrumentos de monitoreo que permitan controlar y dar cumplimiento a los requisitos establecidos”. Para el riesgo en mención, se tienen establecidos 4 controles que correspondientes a instrumentos de monitoreo de temas transversales para la gestión de la entidad y que por tanto se deben controlar desde la DPYC:

- Control #1: Herramienta de control y monitoreo a las actividades transversales registradas en el POGD, verificando el cumplimiento frente a la programación realizada.
- Control #2: Monitoreo de Transparencia activa y pasiva, en el cual trimestralmente, se determina el grado de cumplimiento del plan de transparencia, revisando los requisitos de publicación en la página WEB de la SDS.
- Control #3: Monitoreo de Acciones de Mejora, en el cual trimestralmente se establece el avance de las acciones de mejora registradas en el aplicativo ISOLUCIÓN.
- Control #4: Monitoreo PAAC, en el cual trimestralmente se determinar el avance del PAAC de la SDS, evaluando la gestión adelantada en relación a los componentes y actividades programadas.
- Control #5: Monitoreo de las políticas de gestión y desempeño, en el cual trimestralmente se monitorea el avance del plan estratégico MIPG de la SDS y las políticas de gestión y desempeño, evaluando el avance mediante el reporte del POGD y el informe de avance de las políticas de gestión y desempeño.

*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 | | | | | |

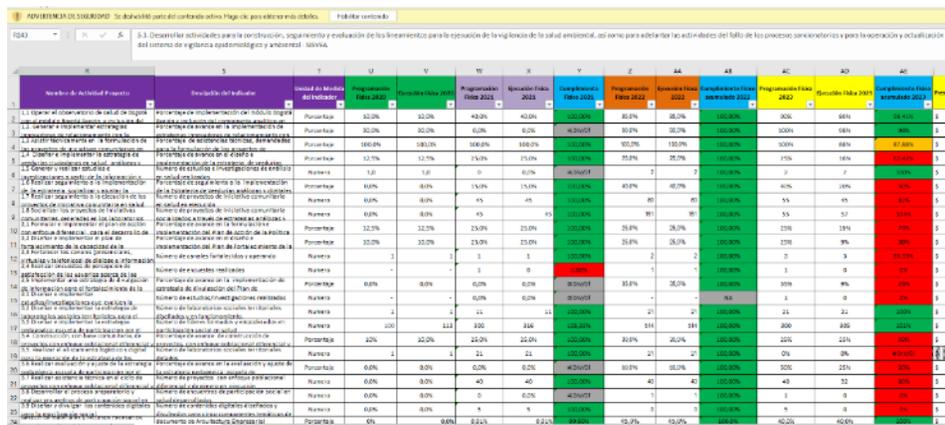
De acuerdo con lo anterior, sería importante que la DPIYC evalúe si es necesario establecer en el mapa de riesgos un control adicional, enfocado al monitoreo del plan estratégico institucional (Plan Estratégico de la SDS 2020-2024), y de la Plataforma Estratégica, más aún, teniendo en cuenta los avances presentados al equipo auditor frente a este último tema en mesa de auditoría.

Asimismo, el equipo auditor considera importante que el instrumento de seguimiento de indicadores de gestión (SDS-PYC-FT-028), los cuales están alineados con la plataforma estratégica, pueda considerarse como un control adicional, en el marco de la política de evaluación y seguimiento al desempeño institucional, en el cual se verifique periódicamente el avance en dichos indicadores frente a las metas previstas.

6.3.4. Actividades de Monitoreo

Dirección de Planeación Sectorial:

Se evidenció que el seguimiento a las metas físicas y financieras de los proyectos de inversión se monitorean mediante la herramienta “matriz de seguimiento SEGPLAN”; para el monitoreo financiero se realiza cruzando los datos que los gerentes de proyectos aportan con la información que la Dirección de financiera proporciona semanalmente; frente al el seguimiento de las metas físicas, La Dirección de Planeación Sectorial, cuenta con un tablero de trabajo donde llevan el control y seguimiento de manera interna.



The screenshot shows a complex spreadsheet with multiple columns representing months from 2022 to 2023. Each row represents a specific activity or project. The columns contain numerical data, likely representing progress percentages or counts, and are color-coded (green for positive, red for negative). The table is titled 'TABLA DE MONITOREO DE AVANCE DE ACTIVIDADES' and includes a sub-header '6.3. Desarrollar actividades para la construcción, seguimiento y evaluación de los lineamientos para la ejecución de la vigilancia de la salud ambiental, así como para alertar los indicadores del fallo de los procesos operativos y para la operación y actualización del sistema de vigilancia epidemiológico y ambiental - UUVVA'.

Tablero de trabajo para el control aportado por la Dirección de Planeación Sectorial. Información aportada por la DPGS

Al revisar el tablero de trabajo para el control se evidenció que no se diligencian todas casillas, existen casillas que se alimentan con la palabra N/A, no cuenta con instructivo por ser una herramienta interna; al realizar la medición del avance se encontró que este se realiza de manera particular por meta, es así como dependiendo la metas se utiliza un método para monitorear el seguimiento, por ejemplo:

*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 | | | | | |

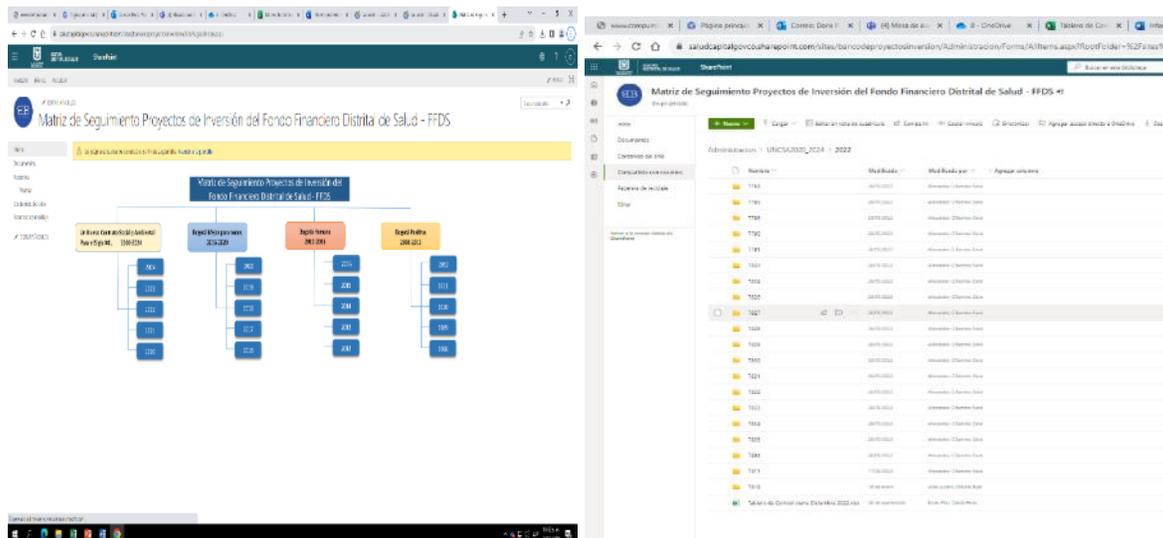
- En el proyecto 7785-01 y en la mayoría de las metas, se utilizan para verificar el porcentaje del cumplimiento una fórmula donde al sumar las casillas de programación de ejecución, en este caso de los meses de enero a marzo, frente a la ejecución física de estos tres meses; en el caso particular se evidenció que efectivamente cumple un 50% como se mostró en el comité de abril frente a otros proyectos.
- En el proyecto 7830-06, el cual no tiene valores de programación ni de ejecución en los meses de enero, febrero y marzo, pero se evidencia que se encuentran en el tablero de priorizaciones que se expone en el comité de seguimiento a proyectos en la sección seguimiento físico; al preguntar en mesa de trabajo del día 02 de noviembre el proceso aclara que para verificar su priorización es necesario leer la información que está escrita en la casilla ejecución física *“41 casos de mortalidad en menores de un año, correspondiente a una tasa de 7,8 por 1.000 nacidos vivos (NV). (Datos preliminares). Fuente 2023: Aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS (corte 10-02-2023-ajustada 14-02-2023) Preliminar”* para poder realizar el análisis de monitoreo de este proyecto.
- Para los proyectos 7828, 7824 entre otros, su medición se hace de manera individual teniendo en cuenta los datos reportados.

De lo anterior, no se evidenció la existencia de un instructivo para el monitoreo y seguimiento de la ejecución física de los proyectos, ni una herramienta que permita evidenciar un adecuado control y verificación de evidencias de la información reportada en el seguimiento físico, que teniendo en cuenta la rotación del personal y la necesidad de presentar una información clara y oportuna, es importante que se encuentre documentado.

De otra parte, se evidencia que el proceso de Planeación y Gestión Sectorial cuenta con la Matriz de Seguimiento Proyectos de Inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS en un SharePoint, plataforma utilizada por los gerentes de los proyectos con el fin de subir las matrices de seguimiento de cada proyecto. En este aplicativo se puede evidenciar año a año los proyectos, su avance financiero y fisco junto con el tablero de control.

*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 | | | | | |



SharePoint PGS – Proyectos de Inversión FFDS

Revisada la información disponible en el SharePoint se encontró lo siguiente:

- Frente al proyecto 7828 en el mes de enero en la meta 21 se reporta programado físico 2023 un 30% y ejecutado físico 2023: Tasa de IAAS de febrero: 0,98.
- Frente al proyecto 7830 para el mes de marzo se evidenció:

| Número de Meta | Detalle de la Meta | Programa do Físico 2023 | Ejecutado Físico 2023 |
|----------------|---|-------------------------|---|
| 1 | A 2024 disminuir en un 25% la incidencia de sífilis congénita. | 6,00% | A semana 8 se han notificado 9 casos de sífilis congénita, (datos preliminares) |
| 6 | A 2024 reducir en un 8% la tasa de mortalidad infantil, implementando programas y acciones de promoción y prevención (Entre los que se encuentra el programa ampliado de inmunizaciones PAI y la gestión de riesgo preconcepcional, prenatal y postnatal) de igual forma se fortalecieron acciones para la identificación temprana de posibles casos de meningococo para garantizar la aplicación de la vacuna como acción preventiva para su contención. | 8,3 | 89 casos de mortalidad en menores de un año, correspondiente a una tasa de 8,9 por 1.000 nacidos vivos (NV). (Datos preliminares). FUENTE 2023: Aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS (corte 09-03-2023-ajustada 13-03-2023) PRELIMINAR. |
| 8 | A 2024 incrementar en 20% la detección precoz y atención integral de niños y niñas con defectos congénitos a través de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la gestión de riesgo preconcepciones, prenatal y postnatal. | 49,00% | 369 casos de defectos congénitos en menores de un año en Bogotá D.C., de los cuales se han diagnosticado de forma prenatal el 52,8% (n=195), de estos el 79,4% (n=155) se encuentran notificados de forma prenatal. Datos preliminares. Fuente: Base de datos depurada Defectos Congénitos (codificada como ficha 215 por el Instituto Nacional de Salud) Semana Epidemiológica 9_2023. Datos Preliminares. |

Matriz de seguimiento mes de marzo proyecto 7830.
Fuente: Información disponible SharePoint Dirección Planeación Sectorial

De los dos ejemplos anteriores evidencian que se incumple el lineamiento “Seguimiento Mensual a los Proyectos de Inversión del Fondo Financiero Distrital De Salud (Ffds)” en su aparte 5.1. Metas y Actividades, numeral 1: “El valor de la magnitud física de las metas

*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 | | | | | |

ejecutadas con corte al mes del seguimiento respectivo, debe informarse en la misma unidad de medida programada”.

Teniendo en cuenta que el Proceso de Planeación y Gestión Sectorial como segunda línea debe monitorear la primera línea, en este caso los proyectos de inversión, NO se evidenció la devolución del seguimiento a los proyectos de inversión FFDS con observaciones a los componentes financiero y/o técnico para ajuste por parte de los gestores de los proyectos de inversión, incumpliendo la actividad 8 del procedimiento Seguimiento a los proyectos de inversión del FFDS SDS-PGS-PR-056, así como tampoco se evidenció que se realizara una verificación de los soportes de la información entregada por los gerentes de los proyectos frente a las matrices de seguimiento mensual para evidenciar su ejecución física.

De otra parte, no se evidenció el análisis que debe ser realizado por el referente de la Dirección de Planeación Sectorial, quien consolida el progreso mensual del proyecto de inversión en términos de avances, logros, resultados, beneficios y dificultades, que permitirán el seguimiento permanente y herramienta para la toma de decisiones en salud del Distrito, tal como se establece en el lineamiento “Seguimiento Mensual a los Proyectos de Inversión del Fondo Financiero Distrital De Salud (FFDS)”, ya que este no se encuentra documentado.

Dirección de Planeación Institucional y Calidad:

La DPIYC aportó evidencia del formato SDS-PYC-FT-028 diligenciado, en el cual se reportan los indicadores de gestión que se consolidan desde la DPIYC, los cuales se encuentran directamente relacionados con los POGD de las dependencias.

|  DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTERNO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL SEGUIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN Código: SDS-PYC-FT-028 V.1 | |  | | | | |
|---|--|---|---|--|------------------|-------------------|
| DIRECCIÓN / OFICINA | OBJETIVO ESTRATÉGICO | METAS | INDICADORES | CUMPLIMIENTO ACCIONES | TOTAL PROGRAMADO | % de Cumplimiento |
| DIRECCIÓN ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD | Fortalecer la atención integral en salud fundamentada en la Atención Primaria en Salud (APS) y en el enfoque de determinantes sociales y ambientales, con perspectiva poblacional, étnica, de cultura ciudadana, de género, participativa, territorial y resolutiva, que respalde el cumplimiento de metas de salud de la población. | Contribuir con la implementación del Plan de Atención y Asesoría Técnica a los Centros de Atención y Vinculados, con el propósito de fortalecer su estructura, competencias y sostenibilidad (Manizales y Muzo) en el Marco del Nuevo Modelo de Salud 2020 - 2024. | Implementación de las actividades de asesoría y asistencia técnica para fortalecimiento, estructuración, complementación y sostenibilidad financiera y técnica de los centros de Atención y Vinculados. | 100.0% | 100.00% | 100.00% |
| | Fortalecer la atención integral en salud fundamentada en la Atención Primaria en Salud (APS) y en el enfoque de determinantes sociales y ambientales, con perspectiva poblacional, étnica, de cultura ciudadana, de género, participativa, territorial y resolutiva, que respalde el cumplimiento de metas de salud de la población. | Realizar seguimiento e incrementar de 6 a 8 los Núcleos Integrales de Atención en Salud en las 4 Subregiones Integrales de Servicio de Salud (Núcleo Chiriquía, de manera conjunta con el municipio de Muzo) en el mes de febrero de 2022. | Implementación de las actividades de asesoría, asistencia y apoyo y coordinación para los CIAS presentes en la Red Atalaya. | 98.0% | 100.00% | 98.00% |
| | Fortalecer la atención integral en salud fundamentada en la Atención Primaria en Salud (APS) y en el enfoque de determinantes sociales y ambientales, con perspectiva poblacional, étnica, de cultura ciudadana, de género, participativa, territorial y resolutiva, que respalde el cumplimiento de metas de salud de la población. | Realizar el seguimiento a la implementación de un (1) Modelo de Salud basado en APS, vinculado con enfoque poblacional, étnico, de cultura ciudadana, de género, participativa, territorial y resolutiva que incluya la movilidad y asiste e impulsa el proceso de atención en el territorio con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, en el marco del Modelo de Salud 2020 - 2024. | Implementación en las actividades de asesoría y asistencia técnica y las estrategias prioritarias para la consolidación del Nuevo Modelo de Salud. | 93.0% | 100.00% | 93.00% |
| | Fortalecer la atención integral en salud fundamentada en la Atención Primaria en Salud (APS) y en el enfoque de determinantes sociales y ambientales, con perspectiva poblacional, étnica, de cultura ciudadana, de género, participativa, territorial y resolutiva, que respalde el cumplimiento de metas de salud de la población. | Realizar las acciones necesarias para el fortalecimiento y Sostenibilidad del Sistema de Salud de la DDC. | Atendimiento y sostenibilidad del Sistema de Salud en la DDC. | 100.0% | 100.00% | 100.00% |
| | Fortalecer la Gestión y la Transparencia Institucional. | Realizar los acciones necesarias para el cumplimiento de los compromisos de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción. | Medición de la transparencia de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción. | 98.0% | 100.00% | 98.00% |
| | | | | SUBTOTAL | | 98.3% |
| 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. | | | Cumplir con la programación de metas de realización de condiciones del Sistema Único de Laboratorios para el 2022. | Calificación de las actividades y tiempos, de los laboratorios en SST - Autorización de Trabajo en los Centros de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos para el 2022. | 100.0% | 100.00% |
| 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. | | | Cumplir con la programación de metas de realización de condiciones del Sistema Único de Laboratorios para el 2022. | Calificación de las actividades y tiempos, de los laboratorios en SST - Autorización de Trabajo en los Centros de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos para el 2022. | 100.0% | 100.00% |

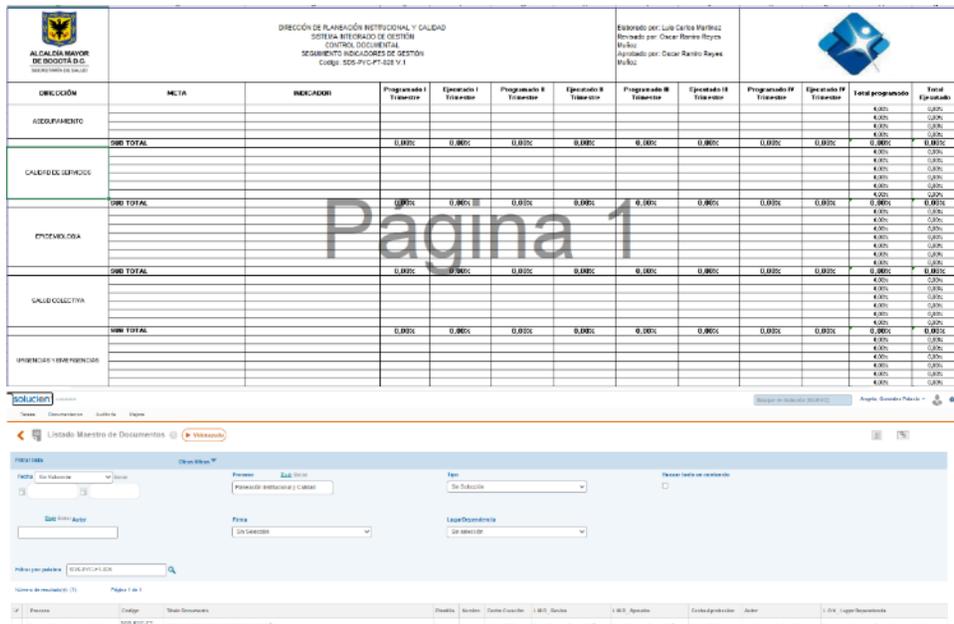
Formato Seguimiento Indicadores de Gestión vigencia 2022 - Fuente: Información aportada por la DPIYC

El proceso manifestó en mesa de auditoría que este formato es insumo para el reporte de los informes de cuenta anual de la contraloría de Bogotá, por lo que se diligenciará en el mes de enero de cada vigencia, y por tanto a la fecha no se cuenta con reporte correspondiente para la vigencia 2023. Es importante mencionar que el formato aportado para la DPIYC

*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 | | | | | |

difiere del formato disponible para consulta en el aplicativo Isolución, como se muestra en la siguiente imagen; al respecto, se recuerda que las versiones vigentes de los documentos corresponden a las que se encuentran publicadas en dicho aplicativo. Además, en la versión disponible en el aplicativo Isolución, se evidencia que existe un espacio para diligenciar el seguimiento de los indicadores para cada trimestre del año y, por tanto, se debería contar con el reporte para la vigencia 2023 correspondiente al primer y segundo trimestre del año.



The screenshot shows the 'Isolución' application interface. At the top, there is a header with the logo of the Mayor's Office of Bogotá D.C. and the Secretariat of Health, and the title 'DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL SEGUIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN Código: SDS-PYC-FT-028 V.1'. Below this is a table with columns for 'DIRECCIÓN', 'META', 'INDICADOR', and six trimesters (Programado I to Ejecutado II). The table is currently empty. Below the table is a search filter form with fields for 'Fecha', 'Proceso', 'Tipo', 'Finca', and 'Local/Dependencia'. The interface also shows a 'Lista de Documentos' section with a table of document records.

Formato Seguimiento Indicadores de Gestión SDS-PYC-FT-028 - Fuente: Isolución

De otra parte, de acuerdo con la información aportada por los auditados, se encuentra como aspecto positivo que el seguimiento realizado a los indicadores de gestión permite evidenciar su articulación con los objetivos estratégicos y la plataforma estratégica de la entidad, ya que se relaciona el objetivo estratégico y la meta asociada para cada uno de los indicadores establecidos en el formato de seguimiento a indicadores de gestión, permitiendo así una medición a nivel de entidad, como 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

| ARBOL DE CAUSALIDAD | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--|---|----------------|
| DIRECCION U OFICINA | % Cumplimiento Objetivo | OBJETIVO ESTRATEGICO | % Cumplimiento Objetivo | VISION | MISION | % Cumplimiento |
| Dirección de Acaparamiento y Garantía del Derecho a la Salud Dirección de Atención de Emergencias Públicas Distritales del Sector Salud Dirección de Atención Social Dirección de Atención de Urgencias y Emergencias en Salud Dirección Epidemiológica, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva Dirección de Salud Colectiva Provisión de servicios de salud | 100.0% 96.1% 99.7% 100.0% 100.0% 100.0% 100.0% | Promover la atención integral, equitativa y humanizada en la atención Primaria en Salud (APS) en el territorio de competencias sociales y ambientales, con perspectiva poblacional, territorial y de género, mediante la prestación de servicios de salud y de la calidad de vida. | 90.4% | A 2024 la Secretaría Distrital de Salud será reconocida por la población de la ciudad-región de Bogotá por su liderazgo en el mejoramiento de las condiciones de los servicios de salud y de la calidad de vida. | Garantizar el derecho a la salud a través del modelo de atención integral, inclusiva, con enfoque poblacional, diferencial de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutorio, que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la población de la ciudad-región de Bogotá. | |
| Dirección Epidemiológica, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva Dirección de Control de Servicios de Salud | 100.0% 100.0% | Mejorar la calidad, eficiencia y acceso en la prestación de servicios de salud a través del cumplimiento de los estándares de inspección, vigilancia y control. | 100.00% | | | |
| Dirección de Infraestructura Dirección TIC | 99.1% 90.0% | Mejorar las capacidades institucionales a través de la actualización y modernización de la infraestructura física, la transformación digital, la arquitectura empresarial y el fortalecimiento de los competencias de capital humano. | 94.50% | | | |
| Dirección análisis de entidades públicas del sector salud Dirección administrativa | 95.8% 98.7% | | | | | 98.20% |

Formato Seguimiento Indicadores de Gestión vigencia 2022, Árbol de Causalidad
Fuente: Información aportada por la DPIYC

En mesa de auditoría realizada el 28 de septiembre, la DPIYC manifestó que se encuentra en construcción un instrumento para la Evaluación de la Plataforma Estratégica de la Entidad, actividad que se tiene programada en el POGD de la Dependencia para el cuarto trimestre del año 2023. Al respecto, el proceso manifestó que se realizaron mesas de trabajo para la construcción de los indicadores para la medición y evaluación, los cuales se están configurando en el aplicativo de gestión documental ISOLUCIÓN; se aportó como evidencia documento en Excel con el tablero de indicadores, en el cual se observan 33 indicadores de Plataforma Estratégica y 7 indicadores trazadores.

Tablero de Indicadores Evaluación Plataforma Estratégica. Fuente: Información aportada por la DPIYC

*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

Con respecto al Plan Estratégico 2020-2024 no se aportó evidencia del monitoreo realizado y se informó en mesa de auditoría que esta actividad se tiene programada para el cuarto trimestre del año y que se espera presentar sus resultados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del mes de noviembre de 2023. También se informó que la Dirección de Planeación Sectorial realiza seguimiento a estos indicadores en el marco del Comité de Gestión Presupuestal. Al respecto, es importante documentar en algún instrumento el monitoreo realizado al Plan Estratégico de la Entidad, y presentar sus avances y resultados periódicamente en el marco de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional. Asimismo, es importante que en el marco de esta política se presenten los avances y resultados del Plan de Acción Institucional.

6.3.5. Información y Comunicación

Informe de seguimiento trimestral políticas MIPG: Revisados los informes trimestrales de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional para el periodo auditado, se evidenció que en estos se incluyen los aspectos relacionados con las actividades programadas en el POGD de la Dirección de Planeación Sectorial. Sin embargo, no se incluyen los avances y resultados de las acciones realizadas desde la Dirección de Planeación Institucional y Calidad en el marco de la implementación de la política, de acuerdo con los liderazgos establecidos en la resolución 842 de 2021. Con base en lo anterior se concluye que el informe de seguimiento trimestral no da cuenta de la totalidad de aspectos que componen la política y, por ende, no permiten una adecuada medición de los avances en su implementación, como se muestra a continuación.

| | | | |
|--|--|---|--------------------|
| <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> <p>INFORME DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - MIPG</p> <p>Código: SDS-PVCF-038 Versión: 2</p> <p>Elaborado por: Miguel Angel Cruz M / Revisado por: Alvaro Arango / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Cortes</p> | |  | |
| 1. INFORMACIÓN GENERAL | | | |
| Dimensión del MIPG | Evaluación de Resultados | | |
| Política Asociada | Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | | |
| Periodo del Informe | Trimestre II Abril-Junio 2023 | | |
| Dependencias que Intervienen | Subsecretaría de Planeación Sectorial - Dirección de Planeación Sectorial - Subsecretaría (a) Cooperativo(a) - Dirección de Planeación Institucional y Calidad | | |
| 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS POLÍTICAS MIPG | | % Ejecutado | 4,0% |
| | | % Programado | 4,0% |
| Descripción de las acciones del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD) | Avances: | % Total de Avance: 100,0% | |
| | <p>Se realiza la consolidación de la información suministrada por los proyectos de inversión para generar el Informe de Gestión MIGA y cumplimiento al Plan de Acción Ambiental y Social, con corte al 1er trimestre 2023, y se remite a la Secretaría de Hacienda Distrital.</p> <p>Se han enviado los reportes de PMR, territorialización y trazadores presupuestales en las fechas estipuladas por la Secretaría Distrital de Hacienda y acorde a los lineamientos dados por esta entidad.</p> <p>Con corte a la última semana de junio de 2023 se Soportes:</p> <p>https://kaludisplal.gov.co/sharepoint.com/f:/files/psod/direccindeplaneacionsectorial/Documentos/SGD/compartidos/POGD/2023/Proyectos/Politica_segimiento_evaluacion/1.%20Monitoreo_y_segimiento_comunicacion_informacion/2023/Informe_segimiento_evaluacion_SGD_novembre_2023.pdf</p> | | |
| 2.1 MESAS TÉCNICAS | | | |
| ¿Cuenta con mesas técnicas conformadas? (Marque x) | | | |
| Nombre de la(s) mesa(s) técnica(s) | SI | No | X |
| Dependencias que Intervienen | 1- | | |
| Fecha(s) de reuniones | 1- | | |
| (DD/MM/AAAA) | 1- | | |
| 2.2 DESARROLLO DE LAS MESAS TÉCNICAS | | | |
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3. PLAN ESTRATÉGICO MIPG SDS | | No. Actividades Ejecutadas | |
| | | No. Actividades Programadas | |
| Descripción de las acciones del Plan de Adecuación MIPG de la SDS | | Avances: | % Total de Avance: |
| | | Soportes: | |
| 4. CONCLUSIONES | | | |
| Fortalezas: | <p>1 - Disponibilidad de la información actualizada en SEGPLAN.</p> <p>2 - Actualización del PAA acorde con las solicitudes de modificación de los proyectos de inversión del FFDS.</p> <p>3 - Contabilidad en la información reportada en PMR y trazadores presupuestales.</p> | | |
| Dificultades/ Necesidades: | <p>1 - El aplicativo BOGDATA de la SDH, presenta fallas al cargar la información mensual de PMR. Este error se presenta de manera constante, lo que genera inconsistencias en la información que se evidencia un mes después de haber sido reportada.</p> <p>2 - Los seguimientos mensuales a los proyectos de inversión remitidos por cada Subsecretaría no llegan en los tiempos establecidos por la Dirección de Planeación Sectorial para su revisión y aval.</p> | | |
| Aspectos a Mejorar: | 1 - Aplicativo BOGDATA para el cargue de información PMR | | |

Informe Seguimiento Trimestral Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional II trimestre 2023.
Fuente: Información aportada por la DPIYC

*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 | | | | | |

|  DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL SEGUIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN Código: SDS-PYC-FT-028 V.1 | |  | |
|---|---|---|--------------------------|
| META / Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD) | Realizar las Acciones para la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS. | Total Ejecutado Dirección | Total Ejecutado Política |
| Políticas/Componente Asociadas | DIRECCIÓN / OFICINA | | |
| Política de Gobierno Digital. | Dirección TIC | 100% | 100% |
| Política de Seguridad Digital. | Dirección TIC | 37% | 37% |
| Política de Defensa Jurídica. | Oficina asesora jurídica | 100% | 100% |
| Política de Control Interno | Oficina de Control Interno | 100% | 100% |
| Política de Fortalecimiento Institucional. | Dirección de Planeación Institucional y Calidad | 100% | 100% |
| Política Gestión Documental. | Dirección Administrativa | 100% | 100% |
| Componente Ambiental | Dirección Administrativa | 100% | 100% |
| Compras y Contratación Pública | Dirección Administrativa | 100% | 100% |
| | Dirección de Planeación Sectorial | 100% | |
| Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público. | Dirección Administrativa | 100% | 97% |
| | Dirección Financiera | 100% | |
| | Dirección de Planeación Sectorial | 90% | |
| Política de Participación ciudadana en la Gestión Pública. | Dirección de participación social, gestión T y T. | 83% | 83% |
| Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación. | Dirección de Planeación Sectorial | 100% | 100% |
| Política de Gestión de la Información Estadística | Dirección de Planeación Sectorial | 100% | 100% |
| Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional. | Dirección de Planeación Sectorial | 100% | 100% |
| Política de Planeación Institucional | Dirección de Planeación Sectorial | 100% | 100% |
| | Dirección de Planeación Institucional y Calidad | 100% | |
| Política Gestión del Talento Humano. | Dirección de Gestión del talento humano | 100% | 100% |
| Política de integridad. | Dirección de Gestión del talento humano | 100% | 100% |
| Política de Servicio a la Ciudadanía. | Dirección de servicio a la ciudadanía | 100% | 100% |
| Política de Racionalización de Trámites. | Dirección de servicio a la ciudadanía - Dirección TIC - Dirección de Epidemiología, análisis y gestión de políticas de salud colectiva. | 100% | 100% |
| Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Dirección de Planeación Institucional y Calidad | 99% | 99% |

Informe Avance Políticas IV trimestre 2022. Fuente: Información aportada por la DPIYC

Informe de revisión por la Dirección: La DPIYC manifestó que los resultados de seguimiento y medición de aspectos relacionados como satisfacción del cliente, análisis y evaluación de conformidades (salidas no conformes), autoevaluación de riesgos y controles realizados y el desempeño de los procesos se dan a conocer en el informe de revisión por la Dirección, y aporta como evidencia el documento correspondiente a la vigencia 2023 con fecha julio de 2023 y acta de reunión con fecha 25 de julio de 2023. De otra parte, el proceso aportó presentación de la Revisión por la Dirección realizada en septiembre de 2022 y el acta correspondiente, con fecha 27 de septiembre de 2022.

Se observó en el acta aportada por el proceso, que como resultado del ejercicio realizado en la vigencia 2023 se identificaron 3 oportunidades de mejora así: 1. Definir acciones con el fin de promover y fortalecer la apropiación y conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad al interior de la entidad y así generar un compromiso de todos en general con el fin de fortalecer la cultura de calidad con todos los niveles de la organización, 2. Definir acciones para fortalecer los instrumentos y mecanismos para medir el desempeño de los procesos, y 3. Definir acciones para fortalecer los instrumentos e indicadores para la evaluación de la conformidad de los productos y servicios.

*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 | | | | | |

7. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

En la siguiente tabla se indican los resultados de la medición y seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad los cuales incluyen: satisfacción del cliente, análisis y evaluación de conformidades (salidas no conformes), autoevaluación de riesgos y controles realizados y desempeño de los procesos.²

| PROCESO | PERCEPCION DEL CLIENTE | DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS | SALIDAS NO CONFORMES (SNC) TRATADAS |
|--|------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| ASEGURAR SALUD | No Aplica | 100.00% | No Presenta SNC |
| CONTROL DISCIPLINARIO | 96,56% | 100.00% | No Aplica |
| GESTIÓN DE COMUNICACIONES | No Aplica | 86,47% | No Aplica |
| GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | 87,65% | 100.00% | No Aplica |
| GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA | No Aplica | 100.00% | No Presenta SNC |
| GESTIÓN FINANCIERA | No Aplica | 100.00% | No Aplica |
| GESTIÓN JURÍDICA | No Aplica | 99,44% | No Aplica |
| GESTIÓN SOCIAL EN SALUD (D. Participación S) | No Aplica | 92,54% | No Aplica |
| GESTIÓN SOCIAL EN SALUD (D. servicio a la ciudadanía) | No Aplica | 100.00% | No Aplica |
| GESTIÓN TIC | No Aplica | 98,37% | No Aplica |
| INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL (salud pública) | No Aplica | 100.00% | 8199 |
| INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL (Prestadores servicios de salud) | 97,90% | 99,47% | No Presenta SNC |
| CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD | 94% | | No Presenta SNC |
| PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD | 91,08% | 74,93% | No Aplica |
| DAEPS (PGS) | No Aplica | 98,67% | No Aplica |

² Para más precisión de los resultados del seguimiento y medición de los procesos, se pueden referenciar en el contenido del informe y los elementos de entrada que se encuentran allí referenciados implícitamente.

| Numero de Acto | Area | Proceso |
|--|--|---|
| Revisión por la Dirección del Sistema de Control de Calidad 2023 | Dirección de Planeación Institucional y Calidad | Planeación Institucional y Calidad |
| Calificación PVC-PVC - 303 | Primordial Pública | Fecha Creación 04ago. 2003.01.04.00 |
| Lugar: Aula Magisterial | Fecha Realización Marzo y Abril del 2023 08/03/2023 | Notas Por Alfonso Angulo, Anacleto Caceres |
| Proyecto Base | Quinta Cita Ana Carón, Josselyn Ciro | |

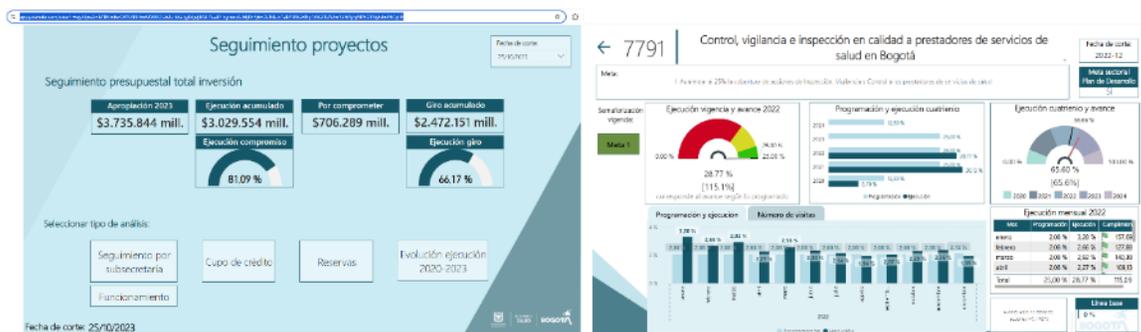
Informe y acta Revisión por la Dirección septiembre 2022 y julio 2023.
Fuente: Información aportada por la DPIYC

Informe de gestión y resultados CBN 1090: Se verificó por parte del equipo auditor el informe para la vigencia 2022, con fecha de aprobación 02-02-2023, el cual se genera desde la DPIYC, y en el cual se reportan los resultados del Plan Operativo de gestión y Desempeño POGD, con el fin de “dar respuesta al Informe de gestión y resultados que incluya el análisis de los Indicadores de Gestión utilizados para el control y medición de los resultados de las actividades misionales y las áreas de apoyo de la Entidad, correspondiente al periodo fiscal que se rinde”. De igual forma se presenta el avance de las metas del Plan de Desarrollo Distrital, de acuerdo con la información reportada por la Dirección de Planeación y Gestión Sectorial con respecto a los proyectos de inversión, incluyendo los objetivos, logros físicos por meta, compromisos ejecutados durante la vigencia por meta, análisis de indicadores de gestión utilizados para el control y medición.

Herramienta Power BI Proyectos de Inversión del FFDS: Se evidenció que esta herramienta permite presentar de una manera amigable los avances en la ejecución física y presupuestal de los proyectos de inversión, por lo que se recomienda actualizarla constantemente y divulgarla con las partes interesadas, teniendo en cuenta que parte de la información se presenta con corte a 31 de diciembre de 2022.

*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 | | | | | |



Herramienta Power BI Proyectos de Inversión del FFDS.
 Fuente: Hipervínculo de acceso aportado por la DPIYC, consulta octubre de 2023

Indicadores: Al verificar los instrumentos en los cuales se registran los diferentes indicadores se evidenciaron los siguientes:

1. Informe de Gerencia CBN 1045, en el cual se presentan 20 proyectos con 97 indicadores reportados, de los cuales se ven reflejados 33 indicadores reportados por la DPIYC y 64 indicadores reportados por la Dirección de Planeación y Gestión Sectorial.
2. Informe 1090, con 97 indicadores reportados por DPIYC y 35 reportados por la DPS.
3. Plan Estratégico SDS 2020-2024, con 17 indicadores que, si bien tienen relación con algunos indicadores anteriormente mencionados, cambia su formulación.
4. Informe CB 0404 con 132 indicadores de los cuales 97 son reportados por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y 35 de Planeación y Gestión Sectorial.

Por otro lado, se re realizó la revisión del informe CBN 404 teniendo en cuenta sus instructivo para diligenciarlo en el cual se denota:

- a. Definición.
- b. Instrucciones para diligenciar el contenido general del storm. Entidad, Fecha, Periodicidad, Valores.
- c. Instrucciones para diligenciar el contenido específico del formato. Tipo de Indicador, Nombre de indicador, Objetivo del indicador, Valor del numerador, Valor del denominar, Resultado, Observación y firmas.

Al realizar un análisis de la información mencionada anteriormente, se observó que en los diferentes instrumentos e informes se reporta un numero diferente de indicadores, y no se evidencia la existencia de lineamientos o instructivos que especifiquen los indicadores que se deben reportan en cada instrumento con la justificación soportada. De igual manera, se evidenciaron variaciones en la formulación de los indicadores en los diferentes instrumentos en aspectos como nombre y fórmula empleada.

De acuerdo con lo anterior, es importante que exista claridad sobre los reportes a realizar y la información contenida en ellos con los diferentes soportes técnicos y que sean

*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 | | | | | |

documentados más aun teniendo en cuenta el informe de la contraloría, “Informe Final de auditoría de Regularidad secretaria Distrital de Salud –SDS con código No 172 de octubre de 2021” en donde la Contraloría hace la siguiente observación frente al formato CB 0404: “ni en su instructivo, categoriza los indicadores de gestión en principales u otras diferenciaciones por lo cual es responsabilidad de la SDS reportar de manera completa los indicadores de gestión de la entidad” siendo así y luego del análisis de evidencias entregadas por el equipo auditado y al no encontrar un motivo por el cual no se deban reportar todas los indicadores, los auditores de la Oficina de Control Interno evidencian que se hace necesario que en el CB 0404 se incluyan todos los indicadores o soportar debidamente el motivo por el cual no se reportan.

6.4 Política Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción

Esta política le permite a la entidad articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional, así como garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública a los ciudadanos y responderles de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a sus solicitudes de acceso a la información pública⁴.

6.4.1. Ambiente de Control

Estructura interna: De acuerdo con lo establecido en la Resolución 842 del 4 de junio de 2021, esta política se encuentra contemplada en la Dimensión 5” Información y comunicación”, y su liderazgo en la Secretaría Distrital de Salud recae en la Subsecretaría Corporativa, en la Dirección de Planeación Institucional y Calidad en coordinación con la Dirección TIC y la Oficina Asesora de Comunicaciones.

De otra parte, en la versión 5 del Manual Operativo del MIPG (versión vigente) se reorganizaron las políticas, quedando contenida la política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción en la Dimensión 3 “Gestión con valores para resultados”; por tanto, se hace necesario que la reorganización de las políticas de gestión y desempeño también se refleje en la normatividad y documentación interna de la entidad.

⁴ Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Versión 5

*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

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 842 04 JUN 2021

| Dimensión MIPG | Políticas de Gestión y Desempeño Institucional | Dependencia Líder de la Implementación de la Política |
|-------------------------------------|---|---|
| Gestión con Valores para Resultados | | Gestión Ambiental (Componente) Líder: Subsecretario(a) Corporativo(a) - Dirección Administrativa – Subdirección de Bienes y Servicios en coordinación con Dirección de Planeación Institucional y Calidad. |
| Evaluación de Resultados | 14. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional | Líder: Subsecretario(a) Corporativo(a) - Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Líder: Subsecretario(a) de Planeación y Gestión Sectorial - Dirección de Planeación Sectorial. |
| Información y Comunicación | 15. Gestión Documental | Líder: Subsecretario(a) Corporativo(a) - Dirección Administrativa – Subdirección de Bienes y Servicios. |
| | 16. Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción | Líder: Subsecretario(a) Corporativo(a) - Dirección de Planeación Institucional y Calidad en coordinación con: - Dirección TIC - Oficina Asesora de Comunicaciones. |

Manual Operativo MIPG

Contenido

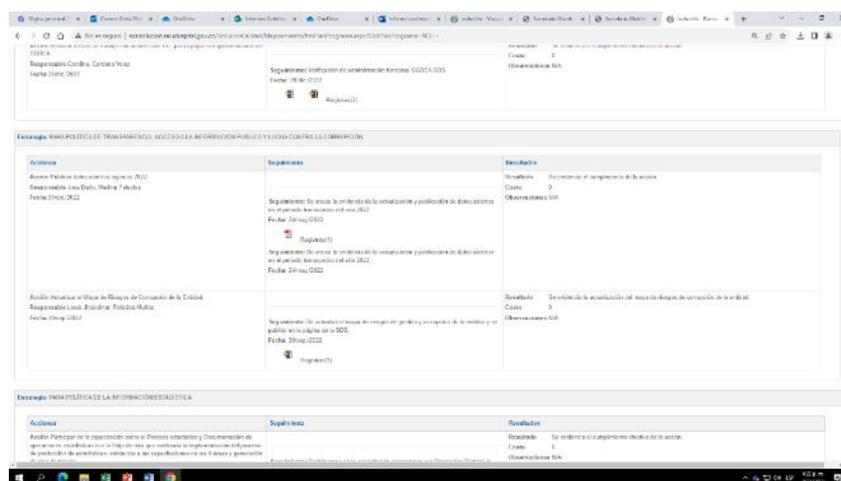
| | |
|---|----|
| Presentación | 7 |
| I. Generalidades de MIPG | 8 |
| II. Dimensiones Operativas de MIPG | 15 |
| 14. Dimensión: Talento Humano | 17 |
| 1.1 Alcance de la Dimensión | 17 |
| 1.2 Política de Gestión Estratégica del Talento Humano | 18 |
| 1.3 Política de Integridad | 22 |
| 1.4 Atributos de calidad de la Dimensión | 26 |
| 24. Dimensión: Direcciónamiento Estratégico y Planeación | 28 |
| 2.1 Alcance de esta Dimensión | 28 |
| 2.2 Política de Planeación Institucional | 29 |
| 2.3 Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público | 36 |
| 2.4 Política de Compras y Contratación Pública | 38 |
| 2.5 Atributos de calidad para la Dimensión | 45 |
| 34. Dimensión: Gestión con valores para resultados | 47 |
| 3.1 Alcance de esta Dimensión | 47 |
| 3.2 Esquema Operativo Institucional | 48 |
| 3.2.1 Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | 48 |
| 3.2.2 Otros aspectos importantes a tener en cuenta | 52 |
| 3.3 Relación Estado Ciudadano | 53 |
| 3.3.1 Política de servicio al ciudadano | 56 |
| 3.3.2 Política de Simplificación, Racionalización y Estandarización de trámites | 62 |
| 3.3.3 Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública | 66 |
| 3.3.4 Política Gobierno Digital | 73 |
| 3.4 Políticas que fortalecen la gestión institucional y el buen manejo de los recursos | 74 |
| 3.4.1 Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | 74 |
| 3.4.2 Política de Seguridad Digital | 75 |

Dimensiones MIPG y políticas relacionadas
Fuente: Resolución SDS 842 de 2021, Manual Operativo MIPG Versión 5

Planeación Estratégica: Al revisar el plan estratégico MIPG se encontraron dos acciones frente a la estrategia para la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción las cuales fueron revisadas evidenciando el integro cumplimiento frente a la realización del plan de mejoramiento con sus anexos así:

Acción 1: Actualización y publicación de datos abiertos en el periodo transcurrido del año 2022, se anexa evidencia y como fecha de cumplimiento se observa el día 24 de mayo de 2022.

Acción 2: Actualización y publicación en la página de la SDS del mapa de riesgos de gestión y corrupción de la entidad, se anexa evidencia y como fecha de cumplimiento se observa el día 30 de septiembre de 2022.



Fuente: Isolución

*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> | | | | | |

De otra parte, cabe anotar que en la matriz del POGD de cada proceso se contempla una meta transversal donde que se ve reflejado el Cumplimiento de los requisitos establecidos en el Índice de Transparencia de las Entidades Públicas (ITEP) en la SDS (Si aplica) y los estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública (TAIP) con actividades de publicación de la información de cada proceso; se evidenció que la DPIYC realiza monitoreo de esta meta trimestralmente, dando cuenta de su cumplimiento. Sin embargo, se denota que el puntaje de cumplimiento reflejado en el POGD no es insumo para la medición de la Política de Transparencia que se lleva al comité de Gestión y Desempeño; ya que el Plan de Transparencia cuenta con un tablero de control que especifica cada actividad, y se monitorea su publicación, y de este instrumento se determina el avance de la implementación de la Política en la Entidad.

6.4.2. Actividades de Control

La SDS cuenta con el Plan de Transparencia con código SDS-PYC-PL-003, el cual se encuentra disponible en la plataforma ISOLUCIÓN y en la Página Web de la entidad. En este plan se identifican tres componentes en cumplimiento de la publicación de la información mínima obligatoria de la ley 1712 de 2014 así: Componente Visibilidad, con un total de 88 actividades, Componente Institucionalidad con 32 actividades, Componente de Control y Sanción con 10 actividades para el 2022; y componente Visibilidad, con un total de 78 actividades, Componente Institucionalidad con 27 actividades, Componente de Control y Sanción con 8 actividades para el 2023.

El equipo auditor seleccionó aleatoriamente una muestra por componente en el periodo auditado 2022 y 2023, con el fin de verificar su trazabilidad y cumplimiento de la realización de actividades así:

| COMPONENTE | 2022 | 2023 |
|-------------------|-----------------|--------------------|
| Visibilidad | 23, 33, 58 y 83 | 2, 16, 33, 53 y 57 |
| Institucionalidad | 96, 111 y 119 | 80 y 88 |
| Control y Sanción | 130 | 107 |

Se realizó solicitud a los procesos auditados por medio de correo electrónico de evidencia de las publicaciones o tareas realizadas en los 16 numerales anteriormente mencionados que hacen parte del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción, al realizar la revisión de dichas evidencias se encontró lo siguiente:

*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 | | | | | |

| Año 2022 | Numeral | Publicación | Actividad | OBSERVACIONES | |
|-------------------|---------|-------------|-----------|--|---|
| visibilidad | 23 | x | | Como evidencia se encuentra correo enviado por Oficina de Asuntos Disciplinarios a DPlyC y reenviado a Oficina de comunicaciones | NO se evidencia interacción con envió a Oficina de TIC, en las evidencias aportadas |
| | 33 | x | | Como evidencia se encuentra correo de la Oficina de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública, dirigido a DPlyC y reenviado a Oficina de comunicaciones quien a su vez lo reenvía a la oficina de TIC | Se evidencia interacción entre TIC, DPIYC y comunicaciones según las evidencias aportadas |
| | 58 | | x | En verificación realizada por el equipo auditor, se evidenció la Implementación de la estructura del menú de transparencia de conformidad al Anexo 2 de la Resolución 1519 de 2020 | NO se recibieron evidencias por parte de los procesos por lo cual no es posible verificar la fecha de realización de esta actividad |
| | 83 | | x | Se evidenció la actualización del Esquema de Publicación y su actualización mediante acto administrativo. | Se evidenció seguimiento a la actividad en informe trimestral |
| institucionalidad | 96 | | x | Los procesos no entregaron evidencia de publicación del presente ítem | NO se recibieron evidencias por parte de los procesos por lo cual no es posible verificar este ítem. |
| | 111 | | x | Se evidenció realización de actividad. | Se evidenció seguimiento a la actividad en informe trimestral |
| | 119 | | x | Se evidenció realización de actividad el día 04 de octubre de 2022 | Se evidenció seguimiento a la actividad en informe trimestral |
| control y sanción | 130 | | x | Se evidenció la publicación en la página del informe del Informe del Ejercicio de la Función Disciplinaria Secretaría Distrital de Salud 2022 | Se evidenció seguimiento a la actividad en informe trimestral y en la página de la SDS |

| Año 2023 | Numeral | Publicación | Actividad | OBSERVACIONES | |
|-------------|---------|-------------|-----------|---|---|
| visibilidad | 2 | x | | Como evidencia se encuentran 2 correos enviados por Oficina Financiera de los meses de agosto y julio a DPlyC y reenviado a Oficina de comunicaciones | NO se evidencia interacción con envió a Oficina de TIC, en las evidencias aportadas, es así que la oficina de comunicaciones es la que informa la publicación en los meses de agosto y julio. |
| | 16 | | x | Se evidencia el funcionamiento de enlaces a Ventanilla única, Guía de trámites y servicios, SUIT en la página web de la entidad. | Se evidencia seguimiento a la actividad en informe trimestral y en la página de la SDS |

*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 | | | | | |

| Año 2023 | Numeral | Publicación | Actividad | OBSERVACIONES | |
|-------------------|---------|-------------|-----------|---|--|
| | 33 | x | | Como evidencia se encuentra correo enviado por Dirección de Participación Social Gestión territorial y Transectorial a DPlyC y reenviado a Oficina de comunicaciones quien es la oficina que informa lo publicado | NO se evidencia interacción con envío a Oficina de TIC, en las evidencias aportadas |
| | 53 | x | | Como evidencia se encuentra correo enviado por Dirección de Servicio a la Ciudadanía a DPlyC y reenviado a Oficina de comunicaciones quien es la oficina que informa lo publicado | NO se evidencia interacción con envío a Oficina de TIC, en las evidencias aportadas |
| | 57 | | x | Como evidencia de la verificar la atención y disponibilidad del correo de notificaciones judiciales se encuentra correo de verificación de disponibilidad correo de notificaciones judiciales | Se evidencia cumplimiento en la tarea |
| institucionalidad | 80 | x | | Como evidencia se encuentra correo enviado por Dirección de PlyC enviado a Oficina de comunicaciones quien es la oficina que informa lo publicado | NO se evidencia interacción con envío a Oficina de TIC, en las evidencias aportadas |
| | 88 | | x | Como evidencia se encuentra informe trimestral, donde se especifica link y pantallazos de resultados de evaluación de desempeño periodo comprendido entre el 01 de febrero de 2022 y 31 de enero 2023 | NO se evidencia matriz de proporción de funcionarios del nivel (Directivo, Asesor, Profesional) que ingresaron por mérito. |
| control y sanción | 107 | | x | Como evidencia se encuentra informe trimestral 2023, donde se especifica link y pantallazos de Informe de Gestión 2020, con informe 1045 del año 2020. | No se evidencia informe de CBN 1045 para el año 2022 y se evidencia informe CBN1090 para año 2022 pero no en el link señalado en el informe trimestral |

Evidencias Publicación Ítem 107



Informe de gestión 2022



Informe de gestión 2020 presentado en Informe trimestral como evidencia

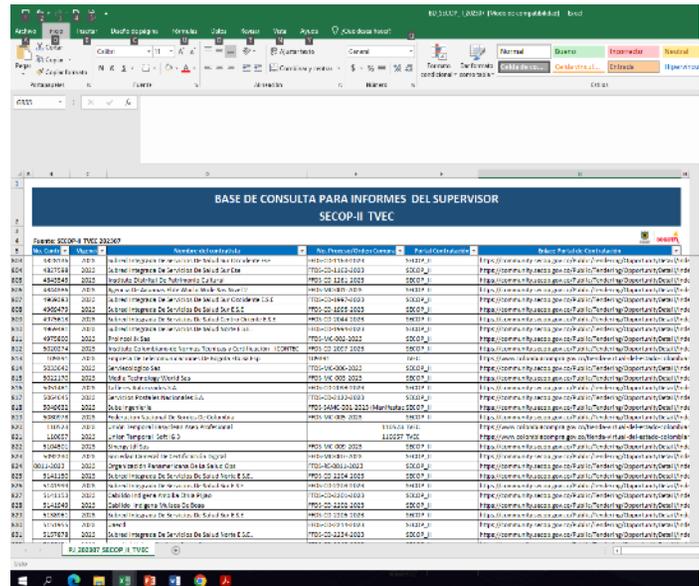
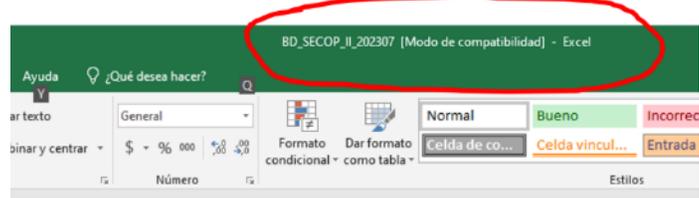
*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

| | | | | | |
|--|---|----------------|----------|---|---|
|  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 | | | | | |

Analizada la Información anteriormente mencionada se encuentra:

- De los 16 ítems verificados 6 corresponden a publicaciones y 10 a actividades para seguimiento; se evidenció que 5 de las 6 publicaciones, correspondiente al 83%, no cuentan con las evidencias que soportan el cumplimiento del lineamiento “Transparencia y acceso a la Información Pública de la SDS 2022” en el numeral 5.3 “Flujo de actividades para publicación” en ítem 6 “Revisar los documentos aportados por las dependencias/proceso y retroalimentar observaciones si aplica, lo anterior según los criterios establecido en el Lineamiento y el rol de cada una de las dependencias” donde se señala como responsables a DPIYC, TIC, COM pues no se aportó por parte de los procesos la evidencia con el flujo de información que llega a la Dirección TIC para su publicación.
- Cuatro de las diez actividades revisadas, correspondiente al 40%, no cuentan con evidencia que soporte su realización.
- Al analizar la muestra en su totalidad (16 ítems) se evidenció que en 9 ítems correspondiente a un 56.25% se presentaron debilidades en su cumplimiento, de acuerdo con lo establecido en el Plan de Transparencia, en el lineamiento de transparencia, según las evidencias aportadas. Por ello es importante establecer controles orientados a garantizar la disponibilidad de las evidencias de cumplimiento del plan de transparencia y del lineamiento, así como a la verificación de los flujos de información dispuestos en dicho documento.
- La matriz de plan de trabajo del Plan de Transparencia no cuenta con codificación, teniendo en cuenta que es una matriz de consulta mensual y su alimentación es constante en los años, por parte del equipo auditor se recomienda su codificación.
- El quipo auditor realizo la revisión del Anexo 2 de resolución 1519 de 2020 evidenciando su cumplimiento; así mismo que el Plan de Transparencia cuenta con una columna de prioridad donde se contemplan con la palabra extrema los documentos a los cuales se le debe priorizar su seguimiento.
- Revisado el plan de transparencia 2023 en numeral 15 “Actualizar las bases de datos para la consulta de los procesos contractuales” se evidencio que, en revisión de la Página Web de la SDS con corte al 05 de octubre de 2023, se encuentra publicado el reporte de SECOP del mes de julio, incumpliendo con la publicación mensual.

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

Evidencias ejecución actividad 15 Plan de Transparencia.
 Fuente: Micrositio Transparencia, Página Web SDS, consulta octubre 5 de 2023

6.4.3. Gestión de los Riesgos

La descripción del riesgo que la DPIYC tiene establecido es *“Posibilidad de afectación reputacional por monitoreo insuficiente de las actividades necesarias para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión en el marco del MIPG y para el fortalecimiento institucional, de la SDS debido a no contar con instrumentos de monitoreo que permitan controlar y dar cumplimiento a los requisitos establecidos”*; para ello se tiene:

1. Control denominado “Herramienta de control y monitoreo” cuyo propósito es *“monitorearán la calidad de la información y la oportunidad de entrega de las actividades transversales registradas en el POGD”* frente a este control, la dirección DPYC en su POGD contempla la actividad de *“Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción”* así mismo realiza las acciones de orientación a los procesos de la entidad en el momento del planteamiento de los POGD, con el fin de que cada proceso programe actividades frente a la realización de acciones de transparencia,

*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 | | | | | |

de igual manera esta dirección realiza monitoreo de estas acciones trimestralmente en la herramienta del POGD y alimenta el tablero de control frente a estas actividades.

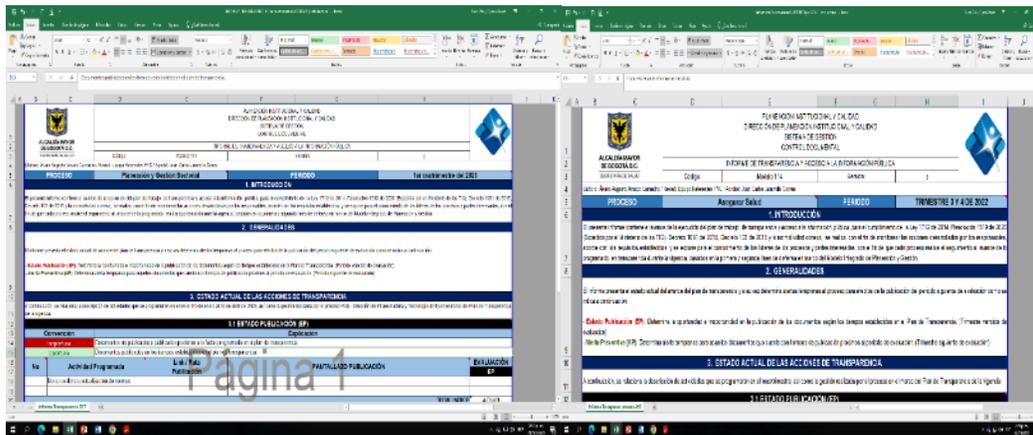
- Control denominado “Monitoreo de Transparencia activa y pasiva” cuyo propósito es “determinaran el grado de cumplimiento del plan de transparencia” frente a este control la DPYC tiene el tablero de control donde son priorizadas las actividades y programados los tiempos de las publicaciones de ley y demás publicaciones que los procesos de la entidad definan, así como la realización de los informes trimestrales modelo 114; en los casos de no realizar estos informes por parte de la DPYC, se afectaría el riesgo de la que la información presentada no dé cuenta real del porcentaje de ejecución del Plan de Transparencia.

6.4.4. Actividades de Monitoreo

Para realizar el monitoreo del Plan de Transparencia se cuenta con el instrumento “Informe de Monitoreo de Transparencia Modelo-114”, herramienta que es utilizada con el fin de generar informes preventivos a cada proceso y es realizado por profesionales de la DPYC.

El equipo auditor solicitó una muestra de los informes trimestrales los cuales fueron aportados de manera clara y en los tiempos establecidos; al revisar los archivos subidos a la plataforma ONE DRIVE se encuentra lo siguiente:

- Informes trimestrales de cuatro meses o de dos trimestres incumpliendo con lo establecido en el lineamiento “Lineamiento de Transparencia y Acceso a La Información Pública de la SDS” en el numeral 5.5 literal “i) Trimestralmente la DPIC monitoreara las actividades establecidas el plan de transparencia y generara los informes preventivos a cada proceso”.



Informe cuatrimestral y de dos trimestres anexo en la carpeta One Drive
Información aportada por la DPICYC

*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> | | | | | |

1. Se evidencia que el informe trimestral es enviado a los referentes de calidad de los procesos, mas no se evidencia medición del impacto de estos informes frente al proceso para el cumplimiento del Plan de Transparencia.
2. Se evidencia la calificación de oportuno frente a las publicaciones por demanda, más no se evidencia seguimiento a este tipo de actividades.
3. En el informe trimestral no se evidencia el pantallazo del correo de solicitud de la publicación en el informe para la trazabilidad.
4. Se evidenciaron informes que reportan actividades que no estaban proyectadas en el plan de transparencia para el periodo en que fueron reportadas.
5. En los informes trimestrales que elaboran los profesionales de la DPYC se identificaron debilidades en la oportunidad para el diligenciamiento del informe, es decir, no se realizó la verificación en el tiempo determinado (trimestral); teniendo en cuenta que este es un instrumento de seguimiento frente al Plan de transparencia, esto no se ve reflejado en la medición que se realiza en los informes trimestrales de la política de transparencia ni en el tablero de control (la no verificación de la realización de actividades de transparencia debería reflejarse en los controles nombrados), por tanto, se hace necesario que se fortalezcan estas herramientas con el fin de que evidencien las debilidades presentadas y sea posible la toma de decisiones y el logro de la mejora continua.

De la misma manera el proceso de DPIYC cuenta con los informes trimestrales de la Política de transparencia SDS-PYC-FT-038 V.1 como evidencia del control y monitoreo realizado frente al Plan y la política de Transparencia, la información de estos informes es llevada al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, evidenciando el cumplimiento y seguimiento realizado.

Los informes del tercer y cuarto trimestre 2022 y primer y segundo trimestre 2023 fueron solicitados por el equipo auditor y subidos a ONE DRIVE por la Dirección DPIYC, de ellos se puede evidenciar:

- Las evidencias son aportadas de manera clara y en los tiempos estipulados.
- Frente a los informes trimestrales de la política de transparencia denotan la misma información para los cuatro trimestres, no se evidencia la descripción de dificultades, necesidades o aspectos por mejorar; no obstante, se encontraron debilidades en los informes trimestrales de monitoreo a las actividades del plan de transparencia (evidenciados y mostrados al inicio de este capítulo) que son el soporte base para alimentar el tablero de control y los informes trimestrales de la política de transparencia. El informe trimestral de la política de transparencia debe servir para toma de decisiones, no obstante, el no diligenciamiento de la casilla de dificultades, necesidades y aspectos por mejorar, no permite visualizar la toma de decisiones frente a estos informes.

*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

The image shows three screenshots of quarterly reports. The first screenshot shows a table with columns for 'Actividades desarrolladas en las Políticas MIP' and 'Porcentaje de cumplimiento'. The second screenshot shows a table with columns for 'Actividades desarrolladas en las Políticas MIP' and 'Porcentaje de cumplimiento'. The third screenshot shows a table with columns for 'Actividades desarrolladas en las Políticas MIP' and 'Porcentaje de cumplimiento'.

Informes trimestrales Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción
Fuente: Información aportada por la DPIYC

- Considerando que en algunos casos no se cumplió con la periodicidad definida en el lineamiento para el informe trimestral de monitoreo a las actividades del plan de transparencia, no es posible evidenciar que el porcentaje de cumplimiento relacionado en los informes trimestrales de cuenta real del cumplimiento del plan de transparencia, al no haberse realizado la medición de algunas actividades que hacen parte del mismo.
- En las evidencias aportadas por DPIYC se anexo lista de asistencia a mesa técnica de transparencia con fecha 10/11/2022, no obstante, en el informe del VI trimestre de transparencia de la política en la casilla fecha de reuniones se ve reflejada la anotación "No se ejecutaron en el periodo" evidenciando el no reporte de la mesa en el informe trimestral de transparencia.

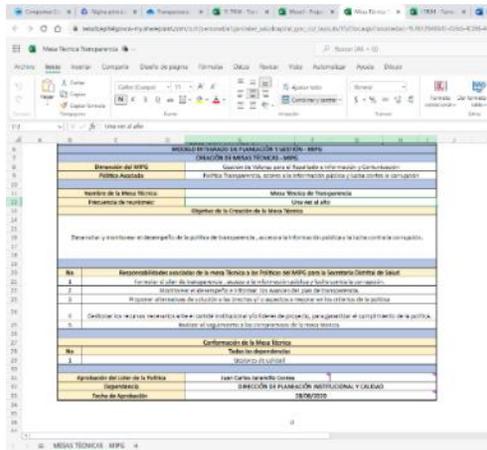
The image shows a screenshot of a meeting attendance list. The table has columns for 'Nombre', 'Cargo', 'Fecha', 'Hora', 'Lugar', 'Asistencia', and 'Observaciones'. The list includes names and titles of participants, along with their attendance status and any observations.

Lista de asistencia mesa técnica transparencia 10/11/23
Fuente: Información aportada por la DPIYC

*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 | | | | | |

- Por otro lado, frente al formato diligenciado de creación de la mesa técnica de Transparencia se visualizan la responsabilidad 3 “proponer alternativas de solución a las brechas y/o aspectos a mejorar en los criterios de la política” y en las evidencias anexadas frente a la política no se evidencia el cumplimiento de este numeral. Además, este formato no se encuentra debidamente suscrito.



Formato creación mesa técnica de transparencia. Fuente: Información aportada por la DPIYC

- Por todos los anteriores aspectos se denota que la información reportada en el informe de transparencia no es coherente con su implementación; así mismo se recomienda revisar la frecuencia establecida para la realización de las mesas técnicas, teniendo en cuenta las responsabilidades asignadas a esta, ya que no es posible ejecutarlas todas en una sola mesa técnica al año.

6.4.5. Información y Comunicación

Se verificó el proceso de construcción del Plan de Transparencia 2023 evidenciando la intervención activa de los participantes y mesas de trabajo realizadas con cronograma definido cumpliendo con el objetivo de formular el plan de transparencia 2023, el cual es la guía para realizar el monitoreo y seguimiento de las actividades a publicar de la entidad en la vigencia, así mismo se evidenció la socialización realizada en el comité Institucional y Desempeño, así como la socialización por medio de la Oficina Asesora de Comunicaciones en la página de Intranet a la entidad.

Al revisar la plataforma de página de la SDS el día 05 de octubre de 2023 se evidenció que el Plan de Transparencia Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción que se encuentra publicado es el Plan 2022 como se ve en la siguiente imagen:

*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 | | | | | |



Plan de transparencia publicado en página web SDS
Fuente: Página Web SDS, consultado octubre 2023

Es importante realizar la publicación del Plan de Transparencia Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción 2023 en la Página Web de la Entidad, ya que es el medio expedito para su consulta por parte de la comunidad y un instrumento que permite realizar el seguimiento del cumplimiento de las actividades formuladas en el Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Al realizar la revisión en la Página Web de la SDS en algunos temas no es posible evidenciar las fechas de publicación en la página y por consiguiente no es posible realizar el seguimiento frente a la fecha de publicación como se observa en la imagen siguiente, por lo que se hace necesario garantizar el acceso a esta información para el adecuado monitoreo de su cumplimiento por parte de las partes interesadas.



Imagen tomada de la página de la SDS
http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Poblacion_vulnerable.aspx

*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).

7.1. Se evidenció el cumplimiento de las reuniones ordinarias del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, de acuerdo con la periodicidad establecida en el artículo 13 de la Resolución interna 842 del 4 de junio de 2021.

7.2. Se evidenció coherencia en los liderazgos establecidos en la Resolución interna 842 del 4 de junio de 2021 para las políticas de gestión y desempeño objeto de la auditoría, de acuerdo con las funciones establecidas para las dependencias en el Decreto 507 de 2013.

7.3. Se evidenció el cumplimiento de la periodicidad de reuniones establecida para la Mesa técnica de Gobierno Digital y Seguridad Digital para el periodo auditado.

7.4. Se evidenció coherencia en las acciones definidas en el Plan Estratégico MIPG 2022 para las políticas objeto de la auditoría, de acuerdo con las recomendaciones emitidas por el DAFP, según los resultados del FURAG 2021.

7.5. La ruta generada desde los reportes del POGD de la Dirección TIC al repositorio Sharepoint permite acceder con facilidad a las evidencias de cumplimiento de las actividades realizadas en el marco de la implementación de la Política de Gobierno Digital, por lo que no fue necesario solicitar esta información al proceso para su verificación por parte del equipo auditor, y asimismo se facilita la verificación de su cumplimiento por parte de la segunda línea de defensa.

7.6. Se evidencia una mejora en la programación del POGD de la DPIYC para la vigencia 2023, en el cual se identifican para las actividades programadas, cuáles son las políticas de gestión y desempeño relacionadas.

7.7. Se evidenció que el diligenciamiento del formato de seguimiento de indicadores de gestión SDS-PYC-FT-028 y su respectivo análisis, permite evidenciar la articulación de los indicadores de gestión con los Objetivos Estratégicos y la Plataforma Estratégica de la SDS.

7.8. Se resalta el compromiso y disposición de todo el equipo de trabajo para atender la auditoría y para la entrega de información, así como el dominio y conocimiento de los temas tratados en las mesas de auditoría.

7.9 Se resalta el compromiso del proceso de Planeación y Gestión Sectorial, en el uso de la herramienta SharePoint para consolidar la información correspondiente al banco de programas y proyectos.

7.10 Se evidenció el cumplimiento de los Comités de Seguimiento a la Ejecución Presupuestal, Técnica y Financiera de los Proyectos de Inversión del FFDS, de acuerdo con los términos establecidos.

*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> | | | | | |

7.11. Se evidenció el cumplimiento del Anexo 2 de la Resolución 1519 de 2020, así como de la publicación de la información mínima obligatoria de acuerdo con la ley 1712 de 2014.

8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).

8.1. Se evidenció que en los Informes trimestrales de la Política de Gobierno Digital no se contemplan todas las acciones que se ejecutan para la implementación de la Política en la SDS, de acuerdo con los elementos establecidos en el Decreto 767 de 2022 y el Manual de Gobierno Digital, tales como las iniciativas del PETI, y por tanto sus avances y resultados no se llevan al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la toma de decisiones, de acuerdo con lo establecido en el componente de Monitoreo y Supervisión del MECI. **(TIC)**

8.2. Se evidenció que en los Informes trimestrales de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional no se incluyeron los avances y resultados de las acciones realizadas desde la Dirección de Planeación Institucional y Calidad en el marco de la implementación de la Política, de acuerdo con los liderazgos establecidos en la Resolución 842 de 2021 y el Manual Operativo del MIPG, y por tanto sus avances y resultados no se llevan al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la toma de decisiones, incumpliendo así el componente de Monitoreo y Supervisión del MECI. **(PYC)**

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

9.1. Política Gobierno Digital

9.1.1. Es importante que el desarrollo de la mesa técnica de Gobierno Digital y Seguridad Digital sea acorde con la documentación que soporta su funcionamiento, teniendo en cuenta los aportes que se realizan desde las diferentes dependencias para la implementación de las Políticas, y de ser necesario actualizar su conformación, ya que se evidenció que en las mesas técnicas realizadas en el periodo auditado no participaron todas las dependencias que se encuentran relacionadas en el formato de creación de mesa técnica, y además, se encontró que el formato aportado como evidencia no se encontraba debidamente suscrito por el líder de la política. **(TIC)**

9.1.2. Es importante que la planeación estratégica de la política de Gobierno Digital incluya todos los elementos que la conforman, incluyendo las iniciativas del PETI y la información que sea aportada por otras dependencias, de forma tal que se garantice no solo la implementación de todos sus componentes, sino también la correcta evaluación de los avances y resultados para la toma de decisiones; asimismo, teniendo en cuenta que no se evidenció el Modelo 130 diligenciado para la vigencia 2023, es necesario que se garantice la disponibilidad de todos los documentos que soportan la definición y priorización de las acciones a desarrollar en cada vigencia para la implementación de la Política. **(TIC)**

*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> | | | | | |

9.1.3. No se observó la existencia de un cronograma para cada una de las iniciativas del PETI que se ejecutan en el marco de los proyectos de inversión, ni un instrumento donde se consoliden los resultados e indicadores para verificar el avance de los proyectos con respecto a la hoja de ruta definida en el PETI, no pudiendo evidenciar si se presentan desviaciones en la ejecución de los proyectos con respecto a una programación inicial para la totalidad de la iniciativa. Por tanto, se hace necesario fortalecer el monitoreo a los proyectos del PETI en el marco de la implementación de la Política de Gobierno Digital, de forma tal que permita contar con información completa y oportuna para la toma de decisiones, y prevenir el riesgo de que no se ejecuten la totalidad de las iniciativas en el tiempo definido. **(TIC)**

9.1.4 Verificadas las evidencias de la ejecución de los controles establecidos en el mapa de riesgos del proceso y la autoevaluación de riesgos y controles realizada en octubre de 2023, se evidenciaron debilidades en los soportes documentales aportados para los controles establecidos y en la información reportada en el instrumento de autoevaluación. De igual forma, se evidenció que el control “Seguimiento al cumplimiento de proyectos”, establecido para el riesgo de gestión “Posibilidad de afectación económica por Desviaciones en la ejecución de proyectos de TIC con respecto a la programación inicial, debido a la inadecuada gestión en la ejecución de proyectos TIC de la Entidad o a la disminución de los recursos asignados para el desarrollo de los proyectos”, no está siendo eficaz con relación al seguimiento de los proyectos del PETI. Por lo anterior, es importante fortalecer el control en mención, dejar evidencia completa de la ejecución de todos los controles establecidos en el mapa de riesgos y asegurarse que la información contenida en los instrumentos de autoevaluación sea verídica y confiable, de forma tal que sus resultados permitan al proceso tomar las acciones necesarias, en caso de presentarse debilidades en la solidez de los controles establecidos. **(TIC)**

9.2. Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

9.2.1. Es importante fortalecer la oportunidad en el cargue del tablero de control y las matrices de seguimiento a los proyectos de inversión en el repositorio de seguimiento de banco de Programas y Proyectos de Inversión, teniendo en cuenta los tiempos establecidos en el procedimiento “Seguimiento a los proyectos de inversión del FFDS - SDS-PGS-PR-056”. **(PGS)**

9.2.2. Es importante que se verifique frecuentemente el avance de los indicadores frente a las metas previstas para la toma de decisiones y el logro de los resultados previstos, y que se empleen las versiones vigentes de los documentos del proceso, disponibles en el aplicativo Isolución, ya que verificado el formato de seguimiento de indicadores de gestión SDS-PYC-FT-028 aportado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, se evidenció que, si bien se cuenta con la información reportada con el consolidado de la vigencia 2022 y del primer semestre del año 2023, este difiere del formato vigente en el

*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 | | | | | |

aplicativo Isolución, en el cual se observa una periodicidad trimestral de medición de los indicadores. **(PYC)**.

9.2.3 Es importante documentar cómo se realiza el seguimiento y monitoreo a la ejecución física de los proyectos de inversión para dar claridad a los responsables de la ejecución de estas actividades, teniendo en cuenta las diferentes particularidades que existen para los indicadores y metas definidas, así como las directrices para el adecuado diligenciamiento de las herramientas de seguimiento, tales como el tablero de control y la matriz de seguimiento a proyectos de inversión, que permitan evidenciar un adecuado control, la estandarización de manejo de datos de la información reportada por los gerentes de los proyectos y la presentación de información clara y oportuna **(PGS)**.

9.2.4 Es importante, que los procesos de Planeación Institucional y Calidad y Planeación y Gestión Sectorial como segunda línea de defensa, y de acuerdo con las funciones de aseguramiento establecidas en el Mapa de Aseguramiento, establezcan controles relacionados con la verificación de la información reportada por la primera línea en el POGD y en las matrices de seguimiento mensual para evidenciar su cumplimiento, ya que se evidenció que no se realiza una verificación de soportes por parte de la segunda línea con respecto a la información reportada en el POGD y a la ejecución física de los proyectos de inversión **(PYC-PGS)**.

9.2.5 Es importante que la Dirección de Planeación Sectorial controle el cumplimiento del lineamiento “Seguimiento Mensual a los Proyectos de Inversión del Fondo Financiero Distrital De Salud (FFDS) - SDS-PGS-LN-010” y fortalezca el control establecido en el mapa de riesgos frente a la socialización de dicho lineamiento, ya que revisadas las matrices de seguimiento a proyectos de inversión se encontraron debilidades con respecto al cumplimiento de lo establecido el apartado 5.1. Metas y Actividades, numeral 1 del lineamiento en mención: “El valor de la magnitud física de las metas ejecutadas con corte al mes del seguimiento respectivo, debe informarse en la misma unidad de medida programada”, y no se evidenció la devolución de la matriz de seguimiento a los proyectos de inversión, con observaciones en los componentes financiero y/o técnico con el fin de realizar ajuste por parte de los gerentes de los proyectos de inversión con relación al valor de la magnitud física de las metas reportadas, de acuerdo con lo establecido en la actividad 8 del procedimiento “Seguimiento a los proyectos de inversión del FFDS -SDS-PGS-PR-056”. **(PGS)**

9.3. Política Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción

9.3.1 Es importante que en la normatividad y la documentación de la Secretaría Distrital de Salud, se actualicen las dimensiones y políticas de acuerdo con la reorganización establecida en la versión vigente del Manual operativo del MIPG, toda vez que se identificó

*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> | | | | | |

que en la Resolución 842 del 4 de junio de 2021 la política de “Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción” se encuentra contemplada en la Dimensión 5” Información y comunicación”, pero en la versión 5 del Manual operativo del MIPG se encuentra contenida en la Dimensión 3 “Gestión con valores para resultados”. **(PYC)**

9.3.2 Se hace necesario fortalecer el diligenciamiento de los informes trimestrales de la política de transparencia SDS-PYC-FT-038 V.1 así como el análisis de la información insumo para dicho informe, toda vez que se evidenció que en los informes correspondientes al periodo auditado no se incluyeron las mesas técnicas realizadas, no se reportaron dificultades, necesidades y aspectos por mejorar, y se reportó la misma información para los cuatro trimestres evaluados, afectando la disponibilidad y calidad de la información para la toma de decisiones. **(PYC)**

9.3.3 Revisada la información disponible en el micrositio de Transparencia de la Página Web de la SDS se evidenció que al 5 de octubre de 2023 se encuentra publicado el Plan de Transparencia acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción de la vigencia 2022 y no se encuentra disponible el Plan de la vigencia 2023, por lo que se hace necesaria su inmediata actualización, teniendo en cuenta su relevancia para la implementación de la Política en la entidad. **(PYC)**

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

10.1. Política Gobierno Digital

10.1.1. Se recomienda emplear la hoja de ruta de acompañamiento del Manual de Gobierno Digital para priorizar las temáticas a desarrollar en cada vigencia, de acuerdo con las necesidades y capacidades de la entidad, teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico generado por el Índice de Gobierno Digital y del FURAG de la vigencia 2022 (medición 2023), en especial para los índices que presentaron un bajo puntaje: servicios ciudadanos digitales y servicios y procesos inteligentes. **(TIC)**

10.1.2. Se recomienda continuar con el trámite para realizar el reporte del avance en la adopción del IPV6 en la entidad en la herramienta de seguimiento habilitada por el Ministerio TIC, considerando que fue un aspecto evaluado en el FURAG 2022. **(TIC)**

10.1.3. El equipo auditor recomienda remitir los productos tipo a la Dirección de Gobierno Digital para su revisión y retroalimentación metodológica, de acuerdo con lo definido en la ruta de acompañamiento del Manual de Gobierno Digital. Asimismo, se recomienda participar en los espacios de socialización realizados por dicha Dirección para fortalecer las capacidades institucionales en el desarrollo de estos productos. **(TIC)**

*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> | | | | |
| | Código: | SDS-ESC-FT-003 | Versión: | 8 | |
| <p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p> | | | | | |

10.1.4. Se recomienda fortalecer el diligenciamiento de las actas de seguimiento a los proyectos de la Dirección TIC, de forma tal que se diligencien todos los campos establecidos en el formato SDS-PYC-FT-001, teniendo en cuenta las directrices emitidas en el lineamiento de elaboración de actas de reunión en la SDS (SDS-PYC-LN-011). **(TIC)**

10.1.5. Se recomienda que en el marco de la Mesa Técnica de Gobierno y Seguridad Digital se realice seguimiento de forma periódica a los indicadores definidos para la implementación de las Políticas, tales como el porcentaje de avance logrado con respecto al planeado, de acuerdo con los instrumentos definidos para el seguimiento (POGD, Plan Estratégico MIPG). De igual forma, es importante que en este seguimiento se incluyan todos los temas que aportan a la implementación de las Políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital en la entidad. **(TIC)**

10.1.6. Es importante que se revisen y ajusten los permisos otorgados con los hipervínculos de acceso a las evidencias del POGD de la Dirección TIC para que no se otorguen permisos de edición, que puedan llevar a la alteración de los documentos por terceros **(TIC)**.

10.1.7. Se hace necesaria la actualización del mapa de riesgos del proceso Gestión TIC en la caracterización disponible en el aplicativo Isolución, ya que se aportó por parte de la Dirección TIC Mapa de riesgos de gestión con fecha de actualización 20 de febrero de 2023, así como mapa de riesgos de corrupción con fecha de actualización 30 de agosto de 2023, pero en Isolución se evidencia mapa de riesgos con fecha de actualización 30 de agosto de 2021 y se evidenció solicitud de la publicación del mapa de riesgos por parte de la Dirección TIC ante la DPIYC. **(PYC)**

10.2. Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

10.2.1. Se recomienda continuar trabajando en la construcción y aplicación del instrumento de evaluación de la Plataforma Estratégica de la SDS. **(PYC)**

10.2.1 Se recomienda actualizar constantemente la herramienta Power BI de los Proyectos de Inversión del FFDS y divulgarla con las partes interesadas, ya que permite presentar de una manera amigable los avances en la ejecución física y presupuestal de los proyectos de inversión. **(PGS)**

10.2.2. Teniendo en cuenta el riesgo identificado en el mapa de riesgos del proceso, es importante que la DPIYC evalúe si es necesario establecer controles adicionales, enfocados al monitoreo del Plan Estratégico Institucional (Plan Estratégico de la SDS 2020-2024), de la Plataforma Estratégica y de los Indicadores de Gestión, en el marco de la implementación de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional. **(PYC)**

10.2.3 Si bien en la programación del POGD de la DPIYC para la vigencia 2023 se identifican para las actividades programadas, cuáles son las políticas de gestión y

*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> | | | | | |

desempeño relacionadas, se hace necesario que se defina esta relación al nivel de subactividades, cuando no se reportan en la meta transversal de “Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño de la SDS”, de forma tal que permitan su posterior monitoreo y evaluación. **(PYC)**

10.2.4 Es importante documentar presentar periódicamente en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño los avances y resultados del Plan Estratégico 2020-2024 y del Plan de Acción Institucional, en el marco de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional. **(PGS - PYC)**

10.2.5. Es necesario documentar la justificación de los indicadores a reportar en los diferentes informes de reporte de los indicadores de gestión de la SDS y en especial del reporte del informe CB 0404, teniendo en cuenta que en el informe “Informe Final de auditoría de Regularidad secretaria Distrital de Salud –SDS con código No 172 de octubre de 2021” la Contraloría hace la observación: la Contraloría, ni el formato CB 0404, ni en su instructivo, categoriza los indicadores de gestión en principales u otras diferenciaciones por lo cual es responsabilidad de la SDS reportar de manera completa los indicadores de gestión de la entidad. **(PGS)**

10.3. Política Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción

10.3.1 Se recomienda la codificación de la matriz de plan de trabajo del Plan de Transparencia, teniendo en cuenta que su alimentación es constante en los años y es consultada frecuentemente por el proceso para su control. **(PYC)**

10.3.2 Se recomienda que en el Informe de Monitoreo de Transparencia Modelo-114 se incluya el pantallazo de solicitud de la publicación, evidencia del cumplimiento de la actividad cuando no corresponden a publicaciones, y evidencia del seguimiento de las publicaciones que se realizan a demanda. **(PYC)**

10.3.3. Se recomienda aumentar la periodicidad de reunión establecida para la mesa técnica de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, teniendo en cuenta que, según las responsabilidades especificadas en el formato de creación de mesa técnica, no es posible ejecutarlas todas en una sola reunión anual.

10.3.4 Es importante establecer controles orientados a garantizar la disponibilidad de las evidencias de cumplimiento del plan de transparencia y del lineamiento “Lineamiento de Transparencia y Acceso a La Información Pública de la SDS” en el numeral 5.5 literal “j), frente a la verificación de los flujos de información dispuestos en dicho documento, debido a que revisada la información suministrada por los procesos, no se aportó evidencia del flujo de información cuando llega a la Dirección TIC para su publicación. **(PYC-OAC-TIC)**

*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> | | | | | |

10.3.5. Es importante establecer un control que permita realizar monitoreo al cumplimiento de las actividades y publicaciones que se realizan a demanda, en el marco del Plan de Transparencia y visibilizar las evidencias de los monitoreos realizados a este tipo de actividades y publicaciones. **(PYC)**

10.3.6. Es necesario fortalecer la metodología empleada para la medición del cumplimiento del Plan de Transparencia y de la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la corrupción, toda vez que se identificó que esta procede directamente de la información reportada en los informes trimestrales SDS-PYC-FT-038 V.1, de acuerdo con el tablero de control de plan de transparencia; sin embargo, cuando se presentaron debilidades o ausencia del diligenciamiento del Informe de Monitoreo de Transparencia Modelo-114, esto no se vio reflejado en el puntaje total observado en los informes en el tablero de control, así como tampoco se evidenció medición del cumplimiento de las actividades que se realizan a demanda en el Plan de Transparencia. Asimismo, se evidenció que el puntaje que se lleva al Comité de Gestión y Desempeño con respecto a la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la corrupción corresponde netamente al porcentaje de cumplimiento del plan de transparencia, más no se incluyen las actividades adicionales que se ejecutan para su implementación en la entidad. **(PYC)**

10.3.7 Revisada la información disponible en el micrositio de Transparencia de la Página Web de la SDS se evidenció que no se tiene acceso a la fecha de la totalidad de las publicaciones establecidas en el Plan de Transparencia, tal es el caso de los numerales 8.8 (población vulnerable), y 8.11 (información para la ciudadanía, entre otros; por lo que se hace necesario garantizar el acceso a esta información para el adecuado monitoreo de su cumplimiento por parte de las partes interesadas. **(PYC - TIC)**

10.4. Planeación Institucional y Calidad - Segunda Línea de Defensa MIPG

10.4.1. Se recomienda fortalecer los controles relacionados con la verificación de las evidencias de cumplimiento de las actividades definidas para la implementación de la Política y de la retroalimentación a la primera línea de defensa, toda vez que revisadas las acciones definidas para la Política de Gobierno Digital en el Plan Estratégico MIPG se identificaron tres acciones que fueron cerradas por la segunda línea a pesar de que las evidencias aportadas por la Dirección TIC no permitían evidenciar el total cumplimiento de la acción, y no se evidenciaron observaciones realizadas al proceso frente a la información faltante. De igual forma, no se evidenció por parte del equipo auditor que se realice una verificación de las evidencias aportadas por los procesos con respecto a las acciones definidas en el POGD. **(PYC)**

*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 | | | | | |

10.4.2. Es importante que la DPIYC cuente con los documentos de formalización de las mesas técnicas debidamente suscritos, y que se realice monitoreo a su desarrollo, teniendo en cuenta su conformación y responsabilidades **(PYC)**.

10.4.3. Es importante que la DPIYC fortalezca los ejercicios de planeación estratégica y monitoreo y evaluación de las políticas de gestión y desempeño de la SDS, toda vez que revisadas las políticas de Gobierno Digital y Evaluación y Seguimiento del Desempeño Institucional se evidenció que la medición del avance que se lleva al Comité Institucional de Gestión y Desempeño no tiene en cuenta todas las acciones que se desarrollan en el marco de la implementación de las políticas de gestión y desempeño en la entidad por las diferentes dependencias que intervienen, de acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo del MIPG, y además, no se aportó el Modelo 130 diligenciado como documento soporte del ejercicio de planeación estratégica de la Política de Gobierno Digital para la vigencia 2023. **(PYC)**

11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).

Como resultado de la auditoría, el proceso auditado deberá cumplir con el lineamiento establecido por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para la elaboración del plan de mejoramiento a que haya lugar 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.

12. ANEXOS.

Revisión de evidencias aportadas
 Papeles de trabajo
 CD y carpeta One Drive con soportes de auditoría

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

ANGELA GONZÁLEZ PALACIO

DORIS PILAR OJEDA PÉREZ

| | | | | | |
|--|---|----------------|----------|---|---|
|  | 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 | | | | | |

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

OLGA LUCÍA VARGAS COBOS