

	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
 EVALUACION DE FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO SEGUNDA LINEA DEFENSA Y
 POLITICAS MIPG

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITORES:

Francisco Javier Pinto González
 Marisol García Villamarín
 Doris Pilar Ojeda Pérez
 Oscar Hernando Rojas Suarez

REVISADO POR:

OLGA LUCIA VARGAS COBOS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Bogotá, diciembre 2024

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

*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					

Contenido

Abreviaturas	3
Introducción.....	4
Marco Conceptual	4
1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA(NIA 2210).....	9
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA. (NIA 2210).	9
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (NIA 2220).	9
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA. (NIA 2210- A3).....	10
4.1 Internos: (políticas,normatividad interna,procedimientos lineamientos)	10
4.2 Externos(leyes y regulaciones que apliquen)	10
5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).	10
6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS. (NIA 2320).	11
6.1 Analisis por POLITICAS	11
6.1.1 Gestión Estratégica del Talento Humano	11
6.1.2 Integridad	18
6.1.3 Planeación Institucional.....	23
6.1.4 Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	30
6.1.5 Compras y Contratación Pública	37
6.1.6 Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos.....	43
6.1.7 Gobierno Digital.....	48
6.1.8 Seguridad Digital	53
6.1.9 Defensa Jurídica	58
6.1.10 Mejora Normativa	63
6.1.11 Servicio al Ciudadano.....	66
6.1.12 Racionalización de Trámites	72
6.1.13 Participación Ciudadana.....	77
6.1.14 Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	82
6.1.15 Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción.....	88
6.1.16 Gestión Documental.....	94
6.1.17 Gestión de la Información Estadística	98
6.1.18 Gestión del Conocimiento	104
6.1.19 Control Interno.....	110
7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2).	113
8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).	113
9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).	113
10. CONCLUSIONES. (NIA 2410-A1).	119
11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).	120
12. ANEXOS.	120

*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					

Abreviaturas

- CDEIS: Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud
- DAFP: Departamento Administrativo de la Función Pública
- DASHBOARD: Cuadro de mando
- FURAG: Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión
- MECI: Modelo Estándar de Control Interno
- MGDA: Modelo de Gestión de Documentos y archivos
- MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- OCI: Oficina de control interno
- PGD: Programa de Gestión Documental
- PTEP: Programa de Transparencia y Ética Pública
- POGD: Plan operativo de Gestión y Desempeño
- SDS: Secretaría Distrital de Salud
- SEGPLAN: Seguimiento a los Proyectos de Inversión
- SGC: Sistema de Gestión de la Calidad
- SGDA: Sistema de Gestión Documental Electrónica
- SIC: Sistema Integrado de Conservación

*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					

INTRODUCCION

Las auditorias son una herramienta que las entidades utilizan para conocer el estado de los procesos y productos, determinando su eficiencia y eficacia mediante una evaluación objetiva y metódica que permite tomar decisiones y controlar las necesidades o debilidades identificadas. La auditoría específica con énfasis a la evaluación de las funciones de aseguramiento que ejercen los procesos de segunda línea de defensa y el estado de las políticas MIPG en la SDS, busca identificar las debilidades o falencias existentes. Así mismo, se busca mejorar, mantener y darle continuidad a las prácticas que viene siendo exitosas y que han permitido a nivel institucional cumplir con los objetivos establecidos. De acuerdo con lo anterior, la auditoria se realizó bajo una mirada transversal que involucró diferentes dependencias, evaluando mediante lista de verificación los controles o funciones establecidos.

MARCO CONCEPTUAL

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG: Se define como el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que den respuesta a los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. MIPG funciona mediante una operación y un proceso de medición del desempeño institucional. En cuanto a la operatividad del modelo, esta se materializa a través de la puesta en marcha de 7 dimensiones que, a su vez, agrupan en 19 políticas, prácticas, herramientas o instrumentos que deben ser implementadas de manera articulada. Cada una de las dimensiones se desarrolla a partir de las diferentes Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, por lo que se puede decir, que la operatividad de MIPG se da a través de la implementación de cada una de dichas políticas. A continuación, se listan las 19 políticas del modelo:

1. Gestión Estratégica del Talento Humano
2. Integridad
3. Planeación Institucional
4. Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público
5. Compras y Contratación Pública
6. Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
7. Gobierno Digital
8. Seguridad Digital
9. Defensa Jurídica
10. Mejora Normativa
11. Servicio al Ciudadano
12. Racionalización de Trámites
13. Participación Ciudadana
14. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
15. Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción

*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					

- 16. Gestión Documental
- 17. Gestión de la Información Estadística
- 18. Gestión del Conocimiento
- 19. Control Interno

Para conocer los avances en la implementación de MIPG y sus políticas, se lleva a cabo anualmente la Medición del desempeño institucional, ejercicio que busca determinar el estado de la gestión y desempeño de las entidades públicas, evaluando las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Durante los primeros meses de cada año, se llevó a cabo la recolección de la información a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, cuyos datos fueron procesados para el cálculo los distintos índices de desempeño con los que se miden las políticas, las dimensiones y en general el estado de MIPG.

DEFINICION DE POLITICAS MIPG

POLÍTICA 1 Gestión Estratégica del Talento Humano: El propósito de la política es permitir que las entidades cuenten con talento humano integral, idóneo, comprometido y transparente, que contribuya a cumplir con la misión institucional y los fines del Estado, para lograr su propio desarrollo personal y laboral. La política exige la alineación de las prácticas de talento humano con los objetivos y con el propósito fundamental de la entidad. Para lograr una Gestión Estratégica del Talento Humano, se hace necesario vincular desde la planeación al talento humano, de manera que pueda ejercer un rol estratégico en el desempeño de la entidad, por lo que requiere del apoyo y compromiso de la alta dirección.
Índice de Desempeño Institucional año 2023: 90.3%

POLÍTICA 2 Integridad: La política consiste en desarrollar mecanismos que faciliten la institucionalización de la política de integridad en las entidades públicas con miras a garantizar un comportamiento probo de los servidores públicos y controlar las conductas de corrupción que afectan el logro de los fines esenciales del Estado.
Índice de Desempeño Institucional año 2023: 87%

POLÍTICA 3 Planeación Institucional: El propósito de esta política es permitir que las entidades definan la ruta estratégica y operativa que guiará la gestión de la entidad, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor.
Índice de Desempeño Institucional año 2023: 100%

POLÍTICA 4 Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público: La política permite que las entidades utilicen los recursos presupuestales de que disponen de manera apropiada y coherente con el logro de metas y objetivos institucionales, ejecutar su presupuesto de manera eficiente, austera y transparente y llevar un adecuado control y seguimiento.
Índice de Desempeño Institucional año 2023: **No reportado**

*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					

POLÍTICA 5 Compras y Contratación Pública: Permite a las entidades alinearse a las mejores prácticas en abastecimiento y contratación, para fortalecer la satisfacción de las necesidades públicas (eficacia), con menores recursos (eficiencia), altos estándares de calidad, pluralidad de oferentes y garantía de transparencia y rendición de cuentas. Busca gestionar adecuadamente las compras y contrataciones públicas a través de herramientas tecnológicas, lineamientos normativos, documentos estándar, técnicas de abastecimiento estratégico e instrumentos de agregación de demanda.
 Índice de Desempeño Institucional año 2023: 100%

POLÍTICA 6 Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
 El propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación de la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal.
 Índice de Desempeño Institucional año 2023: 99,2%

POLÍTICA 7 Gobierno Digital: La política contribuye a la Transformación Digital del sector público, la cual implica un cambio en los procesos, la cultura y el uso de la tecnología (principalmente tecnologías emergentes y de la Cuarta Revolución Industrial), para el mejoramiento de las relaciones externas de las entidades de Gobierno, a través de la prestación de servicios más eficientes.
 Índice de Desempeño Institucional año 2023: 86,1%

POLÍTICA 8 Seguridad Digital: Permite fortalecer las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de cooperación, colaboración y asistencia. Lo anterior, con el fin de contribuir al crecimiento de la economía digital nacional, lo que a su vez impulsará una mayor prosperidad económica y social en el país.
 Índice de Desempeño Institucional año 2023: 70,4%

POLÍTICA 9 Defensa Jurídica: La política busca que las entidades orienten sus actividades en el marco de un modelo de Gerencia Jurídica Pública eficiente y eficaz que permita lograr de manera sostenible una disminución del número de demandas en su contra y del valor de las condenas a su cargo. Lo anterior, aunado a un mejoramiento de su desempeño en la etapa judicial y en la recuperación por vía de la acción de repetición o del llamamiento en garantía con fines de repetición de las sumas pagadas por sentencias, conciliaciones o laudos arbitrales cuando a ello haya lugar.
 Índice de Desempeño Institucional año 2023: 100%

*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					

POLÍTICA 10 Mejora Normativa: Permite promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, a fin de lograr que las normas expedidas por la Rama Ejecutiva del Poder Público, en los órdenes nacional y territorial, revistan los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio y reglamentario que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: **No reportado**

POLÍTICA 11 Servicio al ciudadano: Facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos, mediante los servicios de la entidad, en todas sus sedes y a través de los distintos canales. El servicio al ciudadano se enmarca en los principios de información completa y clara, de igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, eficiencia, transparencia, consistencia, calidad y oportunidad, teniendo presente las necesidades, realidades y expectativas del ciudadano.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 92,1%

POLÍTICA 12 Racionalización de Trámites: Permite reducir los costos de transacción en la interacción de los ciudadanos con el Estado, a través de la racionalización, simplificación y automatización de los trámites; de modo que los ciudadanos accedan a sus derechos, cumplan obligaciones y desarrollen actividades comerciales o económicas de manera ágil y efectiva frente al Estado.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 74,0%

POLÍTICA 13 Participación Ciudadana: Esta política tiene como propósito permitir que las entidades garanticen la incidencia efectiva de los ciudadanos y sus organizaciones en los procesos de planeación, ejecución, evaluación, incluyendo la rendición de cuentas de su gestión, a través de diversos espacios, mecanismos, canales y prácticas de participación ciudadana.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 95,3%

POLÍTICA 14 Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional: Promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 97,9%

POLÍTICA 15 Transparencia, Acceso a la Información lucha contra la Corrupción: Esta política le permite a la entidad articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas, 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 pública.

*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					

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 97,4%

POLÍTICA 16 Gestión Documental: El propósito de la política es lograr mayor eficiencia para la implementación de la gestión documental y Administración de Archivos.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 80,8%

POLÍTICA 17 Gestión de la Información Estadística: Busca que las entidades generen y dispongan la información estadística, así como la de sus registros administrativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el líder de Política, para mejorar la efectividad de su gestión y planeación basada en evidencias; garantizando una continua disponibilidad de información de calidad a lo largo del ciclo de la política pública; fomentando el diálogo social con la ciudadanía y los grupos de interés, en el marco de la construcción participativa de las soluciones sociales, y generando una herramienta de control político y social que permita la transparencia de las actuaciones del Estado.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 93,3%

POLÍTICA 18 Gestión del Conocimiento: Consiste en el aprendizaje y la adaptación de las entidades a los cambios y a la evolución de su entorno, a través de la gestión de un conocimiento colectivo y de vanguardia, que permita generar productos/servicios adecuados a las necesidades de los ciudadanos y, además, propicie su transformación en entidades que, a través de su dinámica, faciliten la innovación institucional en el marco de un Estado eficiente y productivo.

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 98,1%

POLÍTICA 19 Control Interno: Permite proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).

Índice de Desempeño Institucional año 2023: 97,5%

Mapa de Aseguramiento SDS

Es una herramienta estratégica que ayuda a la secretaria Distrital de Salud a gestionar sus riesgos de manera más eficaz, optimiza sus recursos y mejora la transparencia y la comunicación sobre la gestión de los riesgos, aseguran los procesos y proporciona aseguramiento en aspectos transversales necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales. Los procesos que hacen parte de la Segunda Línea de Defensa y las actividades de aseguramiento o control que realizan, son actividades de verificación, seguimiento y monitoreo. El mapa actualmente comprende siete (7) procesos de apoyo a saber: Gestión del Talento Humano, Gestión Contractual, Gestión Financiera, Planeación y Gestión Sectorial, Gestión TIC, Planeación Institucional y Calidad, y Gestión de Bienes 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					

Servicios. La primera versión del instrumento se formalizo en el mes de mayo del presente año y su actualización o madurez será gradual en el tiempo. Con el mapa de aseguramiento se busca fortalecer estos 7 procesos e identificar cuáles requieren mayor seguimiento, con el fin de tener una segunda línea de defensa fuerte, todo esto contribuye a que la Oficina de Control Interno (tercera línea de defensa), centre su accionar en los procesos de esta segunda línea, y no tanto en la operatividad de la Entidad, disminuyendo la fatiga de auditorías en todos los procesos. Por último, el mapa de aseguramiento podrá ser consultado en el siguiente enlace: <http://sdsspintanet/sitios/sds/Paginas/Mapa-aseguramiento.aspx>.

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

Verificar en las dependencias que ejercen el rol de segunda línea, la efectividad de las funciones de aseguramiento y con ello el cumplimiento de los controles establecidos, así mismo, su relación con las políticas del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG, en el marco de los componentes del sistema de control interno, en lo referente a: ambiente de control, actividades de control, gestión del riesgo, actividades de monitoreo e información y comunicación.

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

- Verificar la eficacia de las funciones de aseguramiento y con ello el cumplimiento de los controles establecidos en los procesos que ejercen el rol de segunda línea.
- Verificar el estado de la implementación y operativización de las políticas de MIPG.
- Verificar en cada una de las políticas los componentes de control MECI: actividades de control, gestión del riesgo, actividades de monitoreo e información y comunicación.
- Identificar desviaciones o debilidades que pudieran existir y generar las recomendaciones y acciones de mejora requeridas

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

Contemplara la evaluación de las funciones de aseguramiento y el estado de las políticas establecidas en MIPG. Desde la verificación del estado de las políticas contempladas en MIPG, la revisión de las herramientas de control y los indicadores definidos para su monitoreo, hasta la evaluación del cumplimiento de las funciones establecidas en el mapa de aseguramiento.

Periodo por evaluar:

- Desde: 1/08/2023
- Hasta: 30/09/2024

*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					

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

Para el desarrollo de la presente auditoría se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

4.1 Internos: (políticas, normatividad interna, procedimientos lineamientos)

- Políticas Institucionales
- Resolución interna 842 del 2021

4.2 Externos (leyes y regulaciones que apliquen)

- Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Función Pública
- Decreto 1083 de 2015
- Decreto 648 de 2017
- Decreto 1499 de 2017
- Marco Internacional para la práctica de auditoría
- Guía para la implementación de la gestión del conocimiento y la innovación en el marco de MIPG Version1 - DAFP
- Actualización de lineamientos de la política pública de servicio al ciudadano, 2020. Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Guía Mapa de Aseguramiento – Alcaldía Mayor de Bogotá

5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).

La presente auditoría se desarrolló mediante mesas de trabajo presencial y virtual con los diferentes líderes, dueños de políticas, líderes de procesos, referentes designados, especialistas, verificando y constatando el cumplimiento de las funciones de aseguramiento y verificando el estado de las políticas de MIPG mediante listas de verificación elaboradas. Se realizó la toma de casos aleatorios y análisis de la información referente a los procedimientos, registros documentales, registros de riesgos, herramientas, entre otros. Las mesas de trabajo fueron agendadas acorde a la programación establecida.

Adicionalmente los auditores tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

Revisión de la documentación existente: Los auditores solicitaron y revisaron la documentación existente y relacionada con las cada una de las políticas de MIPG y de cara al cumplimiento de las funciones de aseguramiento, entre los documentos consultados se encuentran: políticas, manuales, procedimientos varios, registros de actas de reunión, registros de asistencia, entre otros.

Consultas con el personal designado: Los auditores realizaron las consultas específicas a los líderes de las políticas, funcionarios y especialistas designados en cada una de las dependencias de la entidad.

*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					

Listados de verificación: Los auditores en cada una de las mesas de trabajo, utilizo listas de verificación o checklist definidos y se trabajaron con los dueños de políticas, procesos, referentes designados, especialistas y personal que acompañó el ejercicio.

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

La presente auditoría, se llevó a cabo mediante recolección de información de las diferentes mesas de trabajo realizadas, acompañadas de listas de chequeo, y verificación de matrices de cara a la gestión riesgos realizada, entre otros documentos e instrumentos, que permitieron conocer el estado de las políticas, los procedimientos, prácticas y mecanismos utilizados en la entidad para garantizar el cumplimiento de las políticas y las funciones de aseguramiento de la segunda línea de defensa. En cuanto a los resultados de la evaluación, estos fueron analizados, con el fin de determinar fortalezas y posibles debilidades o falencias, evidenciando las causas que las originan y proponiendo alternativas y sugerencias que permitan convertir en fortalezas, dichos resultados serán presentados a lo largo del presente informe.

A continuación, para efectos de organización del informe y facilidad del lector, los resultados obtenidos se presentarán agrupados por cada una de las políticas, así:

1. Análisis sintetizado de los 5 componentes de control del MECI
2. Identificación y justificación de hallazgos
3. Evaluación de funciones de aseguramiento para los procesos de apoyo
4. Aspectos Positivos específicos
5. Conclusiones y recomendaciones específicas

6.1 ANALISIS POR POLITICAS

6.1.1. Gestión Estratégica del Talento Humano

Verificada la información aportada en mesa de trabajo realizada el día 12 de noviembre de 2024, se identificaron los siguientes resultados agrupados por los componentes del sistema de control interno:

*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

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
<u>Ambiente de control:</u> (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizacional: La dirección de gestión del Talento Humano ejerce el liderazgo de esta política y emite lineamientos y las directrices, lineamiento y demás documentos que han sido emitidos por esta dependencia. En lo que refiere a la primera línea de defensa, la confirman todos los colaboradores del área, quienes consolidan y reportan los resultados del desempeño de la DGTH de forma trimestral hacia planeación institucional, • Asignación de autoridad y responsabilidad: Mediante la resolución interna 842 del 2021, se define y establece los líderes para cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG, y en el caso de la política de Gestión Estratégica del Talento Humano, el liderazgo y la autoridad son ejercidas por la dirección de Gestión de Talento Humano. • Por otra parte, se cuenta con el comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido por el modelo MIPG para dar conocer los avances de la política, dicho comité se reúne de acuerdo a las fechas establecidas o extraordinariamente.
<u>Actividades de Control:</u> (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<p>Para el desarrollo de esta auditoria se verificaron los documentos solicitados en mesa de trabajo y otros cargados en la plataforma Isolucion, de lo cual se evidenciaron aspectos claves relacionados con la implementación de política en el marco al MIPG, particularmente en las áreas de Gestión Estratégica del Talento Humano, como se describe a continuación:</p> <p>Verificado el Plan Estratégico del Talento Humano SDS-THO-PL-008, en el cual se define que la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano está orientada a la creación de valor público, teniendo en cuenta la responsabilidad que tienen la Dirección de Talento Humano a través de los siguientes planes como se establece en MIPG V.5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Anual de Vacantes • Plan de Previsión de Recursos Humanos • Plan Institucional de Capacitación • Plan de Bienestar e Incentivos • Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo <p>*Se verificó en esta auditoria la actualización de mencionados planes para la vigencia 2024.</p> <p>Adicionalmente la DGTH, han contemplado e implementado acciones desde el Plan Estratégico de Talento Humano con referencia a las siguientes rutas de creación de valor, como son la ruta de la felicidad, ruta del crecimiento, ruta del Servicio y ruta de la Calidad.</p> <p>De lo anterior en mesa de auditoria se solicitaron soportes de manera aleatoria que permitieran evidenciar su implementación, adicionalmente se observó que frente a la ejecución de la política se cuenta con metas definidas, indicadores y seguimiento de cada uno de los planes.</p>

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



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**

INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)

Código: SDS-ESC-FT-003 Versión: 8

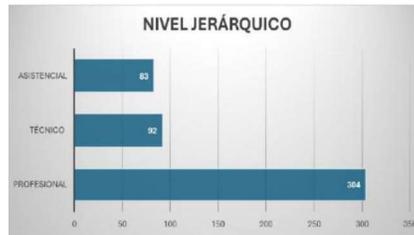


Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

Según verificación con el líder de proceso la política de gestión estratégica del talento humano se encuentra en ejecución y seguimiento, evidenciando actividades como diagnósticos internos, capacitaciones y mecanismos de seguimiento para garantizar la eficiencia operativa de la DGTH.

Se observa cumplimiento del principio de meritocracia por medio la convocatoria con el Acuerdo N° 100 de diciembre del 2023 en las modalidades de Ascenso y Abierto, para proveer las vacantes definitivas de los empleos referidos en el artículo 8 del presente Acuerdo, para proveer la planta de personal de la Secretaría Distrital De Salud, por medio del Proceso de Selección No. 2545 de 2023 – Distrito Capital 6”.

Se verificó la Evaluación del Desempeño, a través del informe resultados evaluación del desempeño periodo comprendido entre el 1 de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024, como se muestra a continuación:



Resultado:474 funcionarios obtuvieron calificación SOBRESALIENTE - 5 servidores fueron evaluados en nivel SATISFACTORIO

Según lo informado por parte de la DGTH, en el seguimiento del clima laboral, se realiza por parte del Departamento Administrativo del Servicio Civil, cada 2 años apuntando a mejorar la satisfacción y productividad de los servidores.

El plan institucional de capacitación se construye a partir de diagnósticos anuales. Se miden resultados mediante encuestas pre y post capacitación, así como informes de efectividad por parte de contratistas.

Con referencia a Transferencia de Conocimiento se cuenta lineamientos específicos para la entrega de cargos y mecanismos de transferencia del conocimiento, orientados a evitar pérdida de información estratégica durante el retiro de personal.

Los soportes verificados demuestran mantenimiento de la política establecida en el MIPG, pero sugieren la necesidad de ajustar mecanismos de seguimiento y fortalecer la alineación transversal de las políticas con los lineamientos.

*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

Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)

La Dirección de Gestión del Talento Humano, cuenta con la matriz de riesgos de proceso, la cual contiene 12 riesgos identificados, valorados, además se cuenta con un plan de tratamiento y controles, lo cual contribuye a garantizar el desarrollo de las actividades que contempla la política de Gestión Estratégica de Talento Humano.

Con relación al mapa de riesgos de corrupción cuenta con 6 riesgos identificados por parte de la DGTH.

Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.

La Dirección de Gestión de Talento Humano realiza el monitoreo de las actividades a través de las siguientes herramientas:

POGD: Se evidenció seguimiento reportado a la DPIYC de manera oportuna hasta el III trimestre de la vigencia 2024, con cuatro (4) metas establecidas y con cumplimiento sin reprogramaciones.

SEGPLAN: El proceso reporta el avance de sus metas del Proyecto de inversión número: 7824, denominado *Desarrollo Institucional y Dignificación del Talento Humano*.

FURAG: Calificación de la Política del 90.3% para vigencia 2023, por lo anterior el DAFP generó recomendaciones que deben ser atendidas con la finalidad de cierre de brechas.



Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)

La Dirección de Gestión de Talento Humano efectúa la publicación de los planes estratégicos institucional de la siguiente manera:



De acuerdo a la verificación, se observa que todos los planes establecidos por la DGTH, se encuentran actualizados para la vigencia 2024, de conformidad con lo estipulado en la Ley 1712 de 2014, en el Decreto 103 de 2015, y en la Resolución de MinTIC 1519 de 2020.

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

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

Hallazgo 1.

Resultado de la Evaluación

Teniendo en cuenta que la calificación de la Política Estratégica del Talento Humano fue del 90.3% para vigencia 2023, por lo anterior el DAFP generó recomendaciones que deben ser atendidas con la finalidad de cierre de brechas con la finalidad de mejorar el desempeño institucional.



RECOMENDACIONES

Tener en cuenta los resultados del diagnóstico (matriz GETH) y avances de la vigencia inmediatamente anterior, de acuerdo con las intervenciones realizadas en los planes y programas de talento humano para la elaboración del Plan Estratégico de Talento Humano.

Utilizar diferentes canales y mecanismos para realizar la inducción a los gerentes públicos de la entidad.

Verificar, por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en cumplimiento de sus funciones y roles, la ejecución de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano aplicadas por la entidad, en cuanto al despliegue de acciones en materia de bienestar e incentivos en el plan estratégico de talento humano

Verificar, por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces, la ejecución de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano aplicadas por la entidad, en cuanto al despliegue de acciones en materia de clima, la convivencia y las relaciones laborales, en el plan estratégico de talento humano.

Verificar, por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces, la ejecución de las...

Hallazgo 2

Resultado de la Evaluación

De cara a la política, se cuenta con 2 indicadores establecidos y publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en isolucion, como se puede visualizar mediante la siguiente imagen.



Con referencia al indicador denominado “Porcentaje de ejecución de los recursos asignados a la DGTH para la Política Gestión Estratégica de Talento Humano de la Entidad”, se constata que a pesar de no haberse cumplido el indicador en el II trimestre de 2024, el proceso justifico que el contrato para la ejecución del Plan Institucional de capacitaciones se encontraba en proceso de contratación, razón por la cual no se habían apropiado los recursos, lo cual afecto el indicador.

Hallazgo 3

Resultado de la Evaluación

Si bien existen formatos de entrega de cargo, estos no garantizan la conservación integral del conocimiento estratégico, lo que podría impactar la continuidad operativa ante la salida de personal clave. (oportunidad de mejora).

*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

Evaluación de las Funciones de Aseguramiento

Resultados de medición función de aseguramiento SG-SST primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observación de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
		Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora			
Gestión del Talento Humano	<p>Monitorear el comportamiento de los indicadores que impactan el SG-SST. (Gestión de indicadores de Ausentismo, enfermedad laboral, accidentes de trabajo, generación de los reportes de accidente AFLJ)</p> <p>Analizar los resultados de los reportes y proponer medidas sobre las condiciones de trabajo. Reportes de condiciones de salud, ausentismo, enfermedad laboral y común, accidentalidad. Planes de mejoramiento. Con actividades de mitigación frente a las condiciones desfavorables de trabajo.</p> <p>Gestionar los recursos para el funcionamiento del SG-SST.</p>	5	4	4	4	3	4	<p>En el caso del responsable que es el director de TH, monitorea de manera parcial los resultados previstos únicamente antes de la revisión por la dirección, así requiere un proceso sistemático de monitoreo y mejoramiento.</p> <p>nivel de confianza alto, la oficina de control interno realizará seguimiento a la gestión del SST cada dos años. Seguimiento programado 2023.</p>	

Resultados de la evaluación función de aseguramiento SG-SST realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
		Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora			
Ocación del Talento Humano	<p>los indicadores que impactan el SG-SST. (Gestión de indicadores de Ausentismo, enfermedad laboral, accidentes de trabajo, generación de los reportes de accidente AFLJ)</p> <p>Analizar los resultados de los reportes y proponer medidas sobre las condiciones de trabajo. Reportes de condiciones de salud, ausentismo, enfermedad laboral y común, accidentalidad. Planes de mejoramiento. Con actividades de mitigación frente a las condiciones desfavorables de trabajo.</p> <p>Gestionar los recursos para el funcionamiento del SG-SST.</p> <p>Realizar la rendición de cuentas</p>	5	5	4	4	5	4,6	<p>Se evidencia un nivel de confianza alto, la oficina de control interno realizará seguimiento a la gestión del SST una vez al año, con respecto a esta evaluación.</p> <p>Efectuada el seguimiento a las actividades sobre la gestión adelantada por el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección de Gestión del Talento Humano durante el año 2023 y el informe a la alta dirección se validó el impacto de las actividades realizadas sobre la seguridad y salud en el trabajo, los cambios necesarios en los procesos y la asignación de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, en los términos de la Revisión por la alta dirección del Decreto 1072 de 2015.</p> <p>Efectuada la calificación se observa mejora en el Objetivo y alcance, en la metodología y en el monitoreo a la mejora, generando un resultado de 4,6.</p> <p>En el caso del responsable que es el director de TH, monitorea de los resultados previstos únicamente antes de la revisión por la dirección, se requiere un proceso sistemático de monitoreo y mejoramiento.</p>	

Acorde con la anterior, al realizar la comparación de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza ya que pasa de 4 a 4,6 es decir, un 0.8% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Resultados de la evaluación función de aseguramiento horas extras realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
		Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora			
Gestión del Talento Humano	<p>Revisar las solicitudes de autorización de trabajo suplementarios (horas extras).</p> <p>Validación de planillas Vs Autorización de horas extras.</p> <p>Liquidación de horas extras reportadas.</p> <p>Implementación del instructivo.</p>	5	4	5	4	4	4,4	<p>Se realizara seguimiento por parte de la OGI anualmente, con el fin de validar la información y generar nuevas calificaciones.</p> <p>Se evidencia implementación del instructivo SDS-THO-INS-017 LIQUIDACIÓN DE HORAS EXTRAS, se solicitaron soportes de manera aleatoria, adicionalmente se implementa forma establecido para la liquidación de horas extras, demostrando nivel de confianza alto.</p> <p>Se cuenta por parte DGTH, de un responsable exclusivamente para el tema de Horas Extras.</p>	

Se aclara que esta función de aseguramiento no se compara con periodos anteriores, dado que fue incluida en la última actualización efectuada.

Con relación a la siguiente de función de aseguramiento no se encuentra claramente definida en la matriz de líneas de defensa empleada para realizar la presente evaluación por parte de la tercera línea de defensa. Se aclara que esta función de aseguramiento fue incluida en la última actualización efectuada por parte de la DPIYC y por consiguiente no se evaluó.

*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

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
		Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora			
Gestión del Talento Humano	Emisión circular de comunicación de los faltantes por vacaciones. Proyección para el PSC. Programación anual de caja. Informe trimestral a financiera							No se evalúa	Esta función de aseguramiento no se encuentra claramente definida, lo cual no permite realizar la evaluación por parte de la tercera línea de defensa. Se aclara que esta fue incluida en la última actualización efectuada por parte de la DFPYC.

Aspectos positivos:

- El reporte de brechas presentado por el DAFP, se considera un elemento estratégico y fundamental de cara al mantenimiento de la política de Gestión del desempeño institucional.
- Las políticas de gestión del talento humano están alineadas con los lineamientos del MIPG, incluyendo acciones en las tres etapas requeridas (disponer información, diagnosticar, y diseñar acciones).
- El líder de la política dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan en materia de gestión del Talento Humano.
- Los procesos de selección y evaluación se realizan bajo los principios del mérito, asegurando equidad y transparencia en la gestión del talento humano.

Conclusiones:

1. La política estratégica de talento humano en el marco del MIPG V.5 se encuentra diseñada para abarcar de manera integral las fases de ingreso, desarrollo y retiro del personal, con documentación que permiten la gestión eficiente.
2. Se identificaron programas orientados al bienestar y satisfacción de los servidores públicos, los cuales impactan positivamente la motivación y productividad, alineándose con las rutas de creación de valor del MIPG.
3. Las actividades de vinculación y selección de personal cumplen con los principios de mérito establecidos en la política, garantizando transparencia en los procesos y la optimización del talento humano disponible.
4. Aunque existen mecanismos para la entrega de cargos y documentación, se requiere fortalecer los procesos para preservar el conocimiento estratégico y garantizar la continuidad operativa en el retiro o rotación del personal.
5. La implementación de encuestas de clima organizacional y evaluaciones de desempeño permite identificar brechas en tiempo real, facilitando la toma de decisiones informadas y la priorización de acciones correctivas.

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

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

6.1.2. Política de Integridad

Verificada la información aportada en mesa de trabajo realizada el día 12 de noviembre de 2024, se identificaron los siguientes resultados agrupados por componentes de control interno:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>En la verificación del cumplimiento de la Política de Integridad de la SDS establecida en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se destacan los siguientes puntos y observaciones:</p> <p>Los conceptos de integridad y valores son impartidos desde la DGTH a los colaboradores de la entidad mediante diferentes mecanismos como son la : feria de integridad, piezas comunicativas, correos Institucionales y pantallas que se encuentran ubicadas en los diferentes pisos de la entidad, en cumplimiento de la resolución interna 1954 de 2018 por medio de la cual se adopta el Código de Integridad de la Secretaría Distrital de Salud y adicionalmente la resolución 594 de 2021 en la cual se definen e incluyen los valores institucionales.</p> <p>Desde la Dirección de Talento Humano, se ejerce el liderazgo de la política de integridad, se emiten directrices y lineamientos con el acompañamiento del equipo de Gestores de Integridad de cada una de las áreas de la entidad, quienes deben liderar las acciones de sensibilización y motivación de la cultura de integridad y de servicio en las prácticas cotidianas de la Secretaría Distrital de Salud.</p> <p>Mediante la resolución interna 842 del 2021, se define los líderes de cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG, y en caso de la política de integridad, el liderazgo y la autoridad ejercido por la Dirección de Talento Humano. Así mismo, el comité institucional de gestión y desempeño, se reúne trimestralmente en el cual se dan a conocer los avances en la política, lo cual fue verificado en actas aportadas por la DPIYC, quienes lideran mencionados espacios.</p>
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<p>Verificado el plan de gestión política de integridad de la DGTH- articulado con la política antisoborno y política de conflicto de intereses 2024 y una vez verificados los documentos aportados, se evidenció el desarrollo de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taller: Habilidades blandas (Comunicación efectiva, Trabajo en equipo. Liderazgo. Empatía. Resolución de conflictos, Adaptabilidad) • Feria de Valores SDS - 2024 • Comités Mensuales de Integridad • Actividad de socialización en su dependencia del código de Integridad. • Actividad Distrital (Sendas de Integridad) secretaria Alcaldía Mayor de Bogotá" • Acompañamiento al comité de deporte en la inauguración juegos 2024 • Wall Paper de Valores Institucionales de la SDS – en los PC de la entidad. <p>Por otra parte, se observó el fortalecimiento de competencias de servidores en el marco del Plan Institucional de capacitación, a través de:</p>

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



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)

Código: SDS-ESC-FT-003 Versión: 8

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

Capacitación virtual “Transparencia, Acceso a la Información Pública, Integridad y Lineamientos Anticorrupción” con apoyo de la Veeduría Distrital - 15 de mayo de 2024.

Taller “Lenguaje claro y comunicación efectiva, enfocado al fortalecimiento de las competencias de los (as) servidores (as) en la atención al ciudadano” - 22 de agosto de 2024.

Cultura de la organización / comportamientos éticos y de integridad - 30/05/2024.

Sensibilización en la prevención, identificación y gestión de conflictos de intereses a través de las charlas realizadas en el marco de transparencia y lucha contra la corrupción y/o comportamientos éticos y de integridad, los cuales están direccionados a los colaboradores y demás personas vinculadas a la entidad.

Efectuada la verificación de los documentos del proceso en la plataforma Isolucion, como son la caracterización, procedimientos, guías, lineamientos y manuales, se observa que cuenta con la información que soporta la implementación y mantenimiento de la política de integridad desde la caracterización del proceso.

Por otra parte, a la Oficina de Control Disciplinario Interno se reportaron los presuntos hechos de corrupción durante el I semestre 2024, para definir su competencia, de la siguiente manera:

MES	COMPETENCIA	NO COMPETENCIA	TOTAL (SDQS)
ENERO	3	7	10
FEBRERO	1	24	25
MARZO	3	13	16
ABRIL	1	23	24
MAYO	2	32	34
JUNIO	2	23	25
TOTAL	12	122	134

Fuente de información: Datos reportados por parte de la Secretaría Técnica de la OCID.

Con relación a la Disciplina Preventiva se evidenció que para el II semestre de 2024 se adelantaron capacitaciones relacionadas con la lucha contra la corrupción en la SDS y se actualizo el lineamiento de protección al denunciante.

Frente a la pregunta si la entidad ha establecido canales para la recepción de denuncias de corrupción se informó 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

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Canales Virtuales: www.saludcapital.gov.co – Bogotá Te Escucha 2. Canales presenciales: <ul style="list-style-type: none"> • Sede de la Secretaría Distrital de Salud • Puntos de Atención de la Red CADE Y SUPER CADE 3. Correo electrónico: Contactenos@saludcapital.gov.co 4. Canal telefónico: 601 3295090 - 601 3649090 5. Redes Sociales: <ul style="list-style-type: none"> • Twitter: @sectorsalud • Fan page: www.facebook.com/secretariadistritaldesalud
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>Efectuada la verificación de las matrices de riesgos de corrupción se observa que los procesos de la SDS cuentan con riesgos identificados valorados y además cuentan con su plan de acción y controles, los cuales atienden puntualmente a temas relacionados con la Política de Integridad, adicionalmente se encuentra definido dentro de la matriz el siguiente control “Se desarrollará cada seis meses una sensibilización del código de Integridad de la Secretaría Distrital de Salud”</p> <p>La DGTH cuenta con un total de seis (6) riesgos de corrupción definidos y actualizados mediante la autoevaluación del riesgo en el tercer trimestre de 2024.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Con referencia a las actividades de monitoreo de la Política de Integridad se observó seguimiento a la gestión e indicadores por medio de los siguientes instrumentos:</p> <p>POGD: Se observó seguimiento reportado a la DPIYC de manera oportuna hasta el III trimestre de la vigencia 2024, con cuatro (4) metas establecidas y con cumplimiento sin reprogramaciones.</p> <p>DASHBOARD o tablero de indicadores para medición de la política de integridad en el cual se miden dos aspectos: 1. Cumplimiento de las actividades del Plan de Acción de Integridad de la Entidad - se cumplió con su ejecución al 80% dado que las capacitaciones programadas algunas no se pudieron llevar a cabo porque se desarrollan en conjunto con el área de Capacitaciones y la persona a cargo estaba en su periodo de vacaciones (Según lo informado a la DPIYC). 2. Nivel de adherencia y apropiación de la Política de Integridad de la SDS – Con cumplimiento del 97% de ejecución, lo que conlleva a demostrar un alto porcentaje de adherencia de los servidores públicos en el desarrollo de las actividades en desarrollo de la política de integridad</p> <p>FURAG: La DGTH, se observó que para la vigencia 2023 la Política de Integridad fue calificada con el 87%, por lo cual se generaron observaciones por parte del DAPF y pueden ser verificadas en el siguiente enlace: https://n9.cl/qvs7y</p>

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

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

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

	
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>En relación con la formulación del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP para la vigencia 2024, se encuentra definido en Componente No 7: la Promoción de la Integridad y la Ética Pública, a través de las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación: Plan de trabajo de integridad • Socialización del Código de integridad • Alistamiento: Capacitación y retroalimentación Gestores de Integridad. • Participación estrategias distritales <p>Lo cual se encuentra definido en a la siguiente ruta:</p> <p>https://www.saludcapital.gov.co/Paac_2019/2024/PTEP_SDS_2024.pdf</p> <p>Mencionadas actividades a la fecha de esta auditoria se han desarrollado, como se evidencia en el documento denominado “<i>Matriz formulación PTEP 2024</i>” y en los seguimientos efectuados por el proceso.</p> <p>Se cuenta con registros de actas Reuniones mensuales del Comité de Integridad los días (30/05/2024, 27/06/2024, 25/07/2024 y 29/08/2024), donde se han gestado propuestas que dan lugar al cumplimiento del Plan de Gestión de integridad.</p> <p>Por otra parte, se cuenta con piezas comunicativas y campañas de sensibilización frente a la política integridad, por medio de las cuales se divulga periódicamente por los medios disponibles en la entidad los valores adoptados en el código de integridad de la SDS:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div> <p>Se evidencia que se han publicado en las pantallas led y en los protectores de pantalla de la SDS periódicamente campañas sobre los valores institucionales en colaboración con la Oficina Asesora de Comunicaciones.</p>

*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>					

A continuación, se detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones:

Hallazgo 1	<p align="center">Resultado de la Evaluación</p> <p>Para la medición de la política de Integridad se cuenta con 2 indicadores específicos y publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en Isolucion http://sdsolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Medicion/ConsultaIndicadores.aspx, como se puede visualizar y constatar con la siguiente imagen:</p>  <p>Verificados los resultados de los dos indicadores de esta política se observó lo siguiente última fecha de actualización al 05/nov./2024: 1. Cumplimiento de las actividades del Plan de Acción de Integridad de la Entidad - Según lo informado a la DPIYC para la alimentación del DASHBOARD se cumplió con su ejecución al 80% dado que las capacitaciones programadas algunas no se pudieron llevar a cabo porque se desarrollan en conjunto con el área de Capacitaciones y la persona a cargo estaba en su periodo de vacaciones, por lo anterior es importante que se garantice la gestión de los procesos al momento que los colaboradores presente algún tipo de situación administrativa.</p>
-------------------	--

Hallazgo 2

Resultado de la Evaluación
<p>Con referencia al indicador N° 2. <u>Nivel de adherencia y apropiación de la Política de Integridad de la SDS</u> – se observa cumplimiento del 108% de ejecución, lo que demuestra un alto porcentaje de adherencia de los servidores públicos en el desarrollo de las actividades de la política de integridad, sin embargo, teniendo en cuenta el principio de planeación, es necesario revisar la formulación del indicador y/o su adecuada planeación.</p>

Hallazgo 3

Resultado de la Evaluación
<p>A pesar que algunas de las brechas de la Política de Integridad ya fueron identificadas por parte de la DPIYC en conjunto la DGTH y harán parte del plan de mejoramiento de la implementación para la próxima vigencia, -se observan temas que no fueron contemplados en su totalidad por lo cual es importante analizarlos e incluirlos para su respectivo ajuste y mejoramiento de este tipo de calificaciones.</p>

Hallazgo 4

Resultado de la Evaluación
<p>Verificados lo indicadores establecidos para esta política, no se observa la implementación de indicadores que evidencien la apropiación de los valores instituciones y su impacto de las en actividades relacionadas con la política de Integridad.</p>

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

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

Hallazgo 5

Resultado de la Evaluación
Una vez verificado el mapa de aseguramiento y tras revisar las actividades transversales realizadas por el proceso en pro del desarrollo de la Política de Integridad dentro de la entidad, se considera que el proceso de Gestión del Talento Humano debe asegurar funciones de segunda línea de defensa con relación a las actividades de integridad, por consiguiente dichas funciones deben ser controladas y monitoreadas, por lo cual se recomienda su inclusión en el esquema de líneas de defensa, garantizando la supervisión y el establecimiento de controles.

Aspectos positivos:

- Se cuenta con un líder de política y profesionales que apoyan su ejecución desde al DGTH, la cual se coordina y centraliza el plan de implementación y se gestiona la información.
- La política se encuentra documentada y se realiza periódicamente seguimiento a través del comité institucional de gestión y desempeño, el cual es el escenario establecido para dar a conocer su estado y mejoramiento en el caso que se requiera.
- La política de integridad de la SDS cuenta plan anual con objetivos claros, actividades específicas e indicadores medibles.

Conclusiones:

- Luego de realizar la verificación de los principales aspectos que propone la Política de Integridad, se observa su implementación conforme a lo definido en MIPG V.5
- El proceso efectúa de manera oportuna la gestión de riesgos mediante la autoevaluación y actualización de una matriz específica de riesgos de corrupción
- Es importante que la DGTH continúe aplicando y fortaleciendo estrategias para medir para medir el grado de apropiación de conocimiento en temas de integridad.
- Es importante que se desarrollen campañas o estrategias continuas para promover el uso de los canales de denuncia disponibles.

6.1.3. Política de Planeación institucional

Una vez realizado el análisis de la información obtenida como resultado de la mesa de trabajo y conforme a las 17 preguntas formuladas, obtuvimos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Estructura organizacional:</u> La dirección de Planeación Institucional y calidad ejerce el liderazgo de la política de planeación institucional y su misionalidad de acuerdo a su rol estratégico, en tal medida define y emite las directrices, lineamiento y demás elementos que permiten dar cumplimiento con la política. En lo que refiere a la primera línea de defensa, la conforman los gestores de calidad en conjunto con colaboradores de las diferentes áreas que, consolidan y reportan de manera trimestral los resultados de cada una de las políticas a planeación institucional y calidad. • <u>Asignación de autoridad y responsabilidad:</u> Mediante la resolución interna 842 del 2021, se define y establecen los líderes para cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG, y en el caso

*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

	<p>de la política de Planeación institucional, el liderazgo y la autoridad son ejercidas por la dirección de planeación institucional y calidad. A nivel de autoridad, podemos afirmar que se cuenta con el comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido por el modelo MIPG para dar conocer los avances de la política(s), dicho comité se reúne de acuerdo con las fechas establecidas o por demanda. Por último, quien ejerce el gobierno y las directrices generales frente al modelo integrado de planeación y gestión - MIPG en la entidad, es la Dirección de planeación institucional y calidad, es por eso que el dueño de la política debe reportar los resultados de los indicadores en las fechas establecidas para posteriormente ser actualizados en el DASHBOARD o tablero general.</p>
<p>Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)</p>	<p>Contempló la verificación del proceso, procedimientos, formatos, reportes, tableros y demás componentes utilizados, a fin de dar cumplimiento el mantenimiento de la política. De acuerdo con lo anterior, se consultaron y verificaron los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tablero de control de indicadores en isolucion 2. Resultados del desempeño FURAG 3. PTEP 4. Caracterización: SDS-PYC-CAR-001 5. Procedimientos, lineamientos, plan, modelos: <ul style="list-style-type: none"> • SDS-PYC-PR-017 PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL • SDS-PYC-PR-019 FORMULACIÓN Y MONITOREO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP) DE LA SDS • SDS-PYC-LN-017 FORMULACIÓN DE INDICADORES DE GESTION – PLANEACIÓN OPERATIVA SDS • SDS-PYC-LN-019 LINEAMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD • SDS-PYC-LN-013 LINEAMIENTO PARA LA FORMULACIÓN Y REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO - POGD • SDS-PYC-LN-021 PLANEACIÓN INSTITUCIONAL • SDS-PYC-PL-004 PLAN ESTRATÉGICO MIPG 2022 - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD • Modelo-130 ANEXOS-PLAN ESTRATEGICO MIPG DE LA SDS • Modelo-075 POLÍTICA INSTITUCIONAL 6. Por último, se cuenta con el recurso humano especializado contratado en la modalidad de prestación de servicios, que adelanta el cumplimiento de las actividades trazadas de cara a la política específica. <p>Respecto al particular, se cuenta con el listado de preguntas realizadas en la mesa de trabajo, y en tal medida nos permitió constatar el estado actual de los aspectos evaluados.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que</p>	<p>Desde la Dirección de Planeación Institucional, se cuenta con la matriz de riesgos de proceso y de corrupción, dichas matrices contienen los riesgos identificados, valorados y además cuenta con su correspondiente plan de tratamiento y seguimiento respectivo, frente a la política en cuestión. Al consultar la matriz, se identifica el riesgo con id: 99 y cuenta con 5 controles,</p>

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

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

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

puedan afectar el logro de los objetivos)	1 de los controles apunta al Monitoreo de las políticas de gestión y desempeño en cumplimiento de la política específica.
Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.	Se llevó a cabo la verificación y el resultado fue el siguiente: Primera Línea (Autocontrol): La primera línea la conforman todos los colaboradores de la entidad, ya que debemos seguir directrices y lineamientos de planeación institucional, no obstante, la presente política en su actuar, esta conformada por los profesionales o facilitadores asignados en cada uno de los procesos, a fin de consolidar y reportar los resultados de cada una de las políticas a los referentes de planeación institucional. Segunda Línea (Autoevaluación): El responsable de la política ejerce la función de monitorear los resultados de cada política, participa y acompaña activamente a los dueños de las políticas en la mejora continua. Por último, cada referente o líder de política, reporta a planeación institucional los resultados de desempeño mediante el tablero de indicadores. Por último, el líder de la política define las directrices, lineamientos, formatos, indicadores e instrumentos para uso por parte de los líderes de las diferentes políticas.
Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con registro de correos masivos a los líderes y referentes para recordar el compromiso frente al reporte de los resultados para los indicadores de las 19 políticas de MIPG • Se cuenta con registros de actas de reuniones del comité institucional de gestión y desempeño, el cual es el escenario dispuesto para comunicar los resultados de las diferentes políticas. • Se cuenta con reporte de resultados del desempeño FURAG frente a las políticas de MIPG y los resultados son comunicados a cada uno de los líderes de políticas. • Se cuenta con registros del seguimiento al PTEP.

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

Hallazgo 1

Resultado de la Evaluación			
De cara a la política, se cuenta con 2 indicadores específicos y publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en isolucion, como se puede visualizar y constatar con la siguiente imagen.			
			
Dichos indicadores miden el cumplimiento de las acciones definidas del POGD y el cumplimiento de los objetivos estratégicos como parte del primer componente de la política. Un segundo aspecto de la política, corresponde a la medición individual y consolidada de las POLÍTICAS – MIPG, mediante el tablero de indicadores DASHBOARD inmerso en la plataforma de isolucion de acuerdo con el siguiente enlace: http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Medicion/ConsultaIndicadores.aspx#T1			

*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, el cual permite conocer de manera trimestral, los resultados de medición de cada una de las políticas como se puede visualizar y constatar en la siguiente imagen.

Indicador	Valor Real Acumulado	Peso	Tendencia	Meta	Valor real	Fecha Medición	% Cumplimiento	Calificación
Sector Salud y Protección	2.074 %	100		100	31May2024	100 %		
Porcentaje de implementación de la política de Gobierno Digital de acuerdo con el subprograma definido por el OJAP para el seguimiento de la Política	2.074 %	70		70	27Nov2024	107.142857142857 %		
Obras Ambientales en los procesos de construcción	2.074 %	100		100	14Nov2024	100 %		
Cumplimiento a la ejecución presupuestal de SESPUN en el componente de inversión	2.074 %	100		25.40147200732	8 Dic2024	25.40147200732 %		
Cumplimiento a Plan de la Política de Respaldo Normativo	2.074 %	0		0	Si mediciones	0 %		
Cumplimiento con el plan de la cadena de riesgos	2.074 %	100		100	30Sep2024	100 %		
Cumplimiento de actividades para la implementación de la Política de Seguridad Digital	2.074 %	100		100	27Nov2024	100 %		
Cumplimiento de los acciones de la Política de Gestión Estratégica de Talento Humano de la Entidad	2.074 %	100		100	05Sep2024	100 %		
Cumplimiento de las actividades del Plan de Acción de Seguridad de la Entidad	2.074 %	100		100	05Sep2024	100 %		
Cumplimiento en la formulación del Plan de la entidad	2.074 %	100		100	31Nov2024	100 %		
Cumplimiento en la implementación de la Política de Gobierno Digital	2.074 %	100		100	27Nov2024	100 %		
Balanza de los centros de la SSC	2.074 %	100		94	30May2024	94 %		
Estado proceso en la defensa judicial de la entidad	2.074 %	80		66.7142857142857	05Sep2024	107.142857142857 %		
Fortalecimiento de una cultura de la innovación en la SSC	2.074 %	100		100	05Nov2024	100 %		
Implementación de prácticas sostenibles	2.074 %	100		100	14Nov2024	100 %		
Implementación del Modelo de Seguridad Proactiva de la Información	2.074 %	75		72	05Sep2024	96 %		
Manejo y almacenamiento de la energía	2.074 %	1000000		278010	14Nov2024	100.720000000000 %		
Manejo y uso eficiente del agua	2.074 %	3000		2020	14Nov2024	133 %		
Nivel de adherencia y aprobación de la Política de Integración de la SSC	2.074 %	80		87.25	05Sep2024	100.855555555556 %		
Nivel de adherencia y aprobación de SSC de la Entidad	2.074 %	95		84	30Sep2024	88.4210526315789 %		
Nivel de Satisfacción del Cliente de la SSC	2.074 %	100		85	25Nov2024	85 %		
Numero de riesgos de corrupción materializados en la SSC	2.074 %	0		0	30Sep2024	100 %		
Numero de riesgos de gestión materializados en la SSC	2.074 %	0		1	30Sep2024	0 %		
Plan de fortalecimiento de acciones de CTI	2.074 %	100		100	05Sep2024	100 %		
Porcentaje de acciones de mejora servidas con oportunidad (dentro de los tiempos programados)	2.074 %	100		72	30Sep2024	72 %		
Porcentaje de acciones de los riesgos contemplados en el FETI	2.074 %	100		87.5	27Nov2024	87.5 %		
Porcentaje de acciones en el cumplimiento de las acciones de materialización de riesgos para la vigencia	2.074 %	100		100	15Nov2024	100 %		
Requerimiento de acciones en el ámbito de implementación del Plan de Acción de Servicio al Ciudadano mejorando el bienestar, en el marco de la Política Pública Ciudadanía y Servicio al Ciudadano (Decreto 107 de 2016)	2.074 %	100		111.702619047619	05Sep2024	111.702619047619 %		
Porcentaje de acciones en el cumplimiento del Diagnóstico de estado actual de la participación ciudadana en la Entidad (2024)	2.074 %	100		100	15Nov2024	100 %		
Porcentaje de cumplimiento de las acciones de la Política Gestión Documental a través del FOD	2.074 %	100		100	14Nov2024	100 %		
Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mantenimiento del SSC de la SSC	2.074 %	100		85	30Sep2024	85 %		
Porcentaje de cumplimiento de las acciones definidas en el FOD	2.074 %	100		95	30Sep2024	95 %		
Porcentaje de cumplimiento de los Objetivos Estratégicos	2.074 %	100		86.84	30Sep2024	86.84 %		
Porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de compra y contratación programados en el PIA	2.074 %	100		95.7048725169893	25Nov2024	95.7048725169893 %		
Porcentaje de cumplimiento del Plan de acción de la Dirección de Participación	2.074 %	100		100	15Nov2024	100 %		
Porcentaje de cumplimiento en el trámite de los requerimientos de compra y contratación	2.074 %	100		83.7048725169893	25Nov2024	83.7048725169893 %		
Porcentaje de ejecución de los recursos asignados a la ODT (Plan de Política Gestión Estratégica de Talento Humano de la Entidad)	2.074 %	100		91.0480000000000	05Sep2024	91.0480000000000 %		
Porcentaje de implementación de la Política de Participación Ciudadana (acciones)	2.074 %	0		0	Si mediciones	0 %		

No obstante, al consultar dicho instrumento, encontramos los siguientes aspectos a resaltar:

1. El Modelo integrado de planeación y Gestión MIPG, agrupa un conjunto de 45 indicadores como se refleja en el instrumento a partir de la primera columna.
2. Encontramos indicadores que no tienen relación con las 19 políticas de MIPG como es el caso de: Gestión Integral de Residuos/Manejo y Uso eficiente de la energía/Manejo y uso eficiente del agua/Implementación de prácticas sostenibles y Plan de fortalecimiento del ecosistema de CTI.
3. Encontramos indicadores sin medición como se puede resaltar y evidenciar en la columna "fecha de Medición".
4. De acuerdo con la columna "fecha de Medición", encontramos varios de los indicadores que se encuentran desactualizados, ya que el corte y reporte de medición establecido por planeación institucional es de forma trimestral como se logra evidenciar en la imagen.
5. Por último, si el resultado consolidado de medición de políticas MIPG es del 84,3% como se puede evidenciar en la imagen, dicho resultado no es tenido en cuenta o presentado en el comité institucional de gestión y desempeño, ya que dicho instrumento de acuerdo a lo informado se encuentra en mejoras, en el entendido que al promediar los resultados de los 45 indicadores no todos hacen parte del Modelo.

*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


Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
84.3036101216584%

De acuerdo con lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora que busca fortalecer dichos aspectos.

Hallazgo 2	Resultado de la Evaluación																				
	<p>Mediante el listado maestro de documentos en el aplicativo Isolucion, de acuerdo con siguiente enlace: http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Documentacion/frmListadoMaestroDocumentos.aspx, se identifica el documento codificado: SDS-PYC-PL-004 PLAN ESTRATÉGICO MIPG 2022 - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, dicho documento definió y contempló el conjunto de actividades para el cumplimiento y avance de las actividades relacionadas con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG al interior de la Secretaría Distrital de Salud, dando alcance a la sostenibilidad y mejoras enmarcadas en las 19 políticas de Gestión y desempeño para la vigencia 2022 y al no ser un documento dinámico en la formulación del plan para cada vigencia, que objeto tiene seguir con un documento que ya no aplica y no es utilizado. Dicha situación se constata con la siguiente imagen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th>Proceso</th> <th>Código</th> <th>Título Documento</th> <th>Plantilla</th> <th>Versión</th> <th>Fecha Creación</th> <th>L.M.D., Revisa</th> <th>L.M.E., Aprobada</th> <th>Fecha Aprobación</th> <th>Elaboro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Planeación Institucional y Calidad</td> <td>SDS-PYC-PL-004</td> <td>PLAN ESTRATÉGICO MIPG 2022 - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD</td> <td>Plan</td> <td>1</td> <td>05/may/2022</td> <td>Luis Miguel, Uriaga Samudio, Julian Alfonso, Orjuela Benavides, Juan Carlos, Bolívar Lopez</td> <td>Alejandro, Gomez Lopez</td> <td>06/may/2022</td> <td>Cruz Maldonado, Miguel Angel</td> </tr> </tbody> </table> <p>De acuerdo con lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora que busca fortalecer dichos aspectos.</p>	Proceso	Código	Título Documento	Plantilla	Versión	Fecha Creación	L.M.D., Revisa	L.M.E., Aprobada	Fecha Aprobación	Elaboro	Planeación Institucional y Calidad	SDS-PYC-PL-004	PLAN ESTRATÉGICO MIPG 2022 - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD	Plan	1	05/may/2022	Luis Miguel, Uriaga Samudio, Julian Alfonso, Orjuela Benavides, Juan Carlos, Bolívar Lopez	Alejandro, Gomez Lopez	06/may/2022	Cruz Maldonado, Miguel Angel
Proceso	Código	Título Documento	Plantilla	Versión	Fecha Creación	L.M.D., Revisa	L.M.E., Aprobada	Fecha Aprobación	Elaboro												
Planeación Institucional y Calidad	SDS-PYC-PL-004	PLAN ESTRATÉGICO MIPG 2022 - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD	Plan	1	05/may/2022	Luis Miguel, Uriaga Samudio, Julian Alfonso, Orjuela Benavides, Juan Carlos, Bolívar Lopez	Alejandro, Gomez Lopez	06/may/2022	Cruz Maldonado, Miguel Angel												

Evaluación de las funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora	
Evaluar el desempeño de los procesos						
Efectuar monitoreo de las acciones establecidas (trimestralmente) y generar los planes de mejora según los resultados obtenidos	4	4	4	5	4	4,2
Seguimiento y verificación a las acciones establecidas en el Plan Estratégico MIPG						
Monitoreo de las políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la entidad.	4	5	4	3	4	4
Actualizar según PTEP						
Actividades de monitoreo del PAAC y presentar los resultados a los procesos y partes interesadas.	4	3	5	3	3	3,6

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

*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:	

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

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observación de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa	Auditor responsable de seguimiento
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la				
Evaluar el desempeño de los procesos Efectuar monitoreo de las acciones establecidas (trimestralmente) y generar los planes de mejora según los resultados obtenidos	4	4	5	4	5	4,4	Nivel de confianza alto	1. Metodológicamente, se viene realizando la evaluación y reporte trimestral de los resultados del desempeño de los procesos mediante el FODCI y la matriz de riesgos, no obstante evidenciamos que no todos los reportes han sido publicados en los diferentes repositorios. En consecuencia la función de aseguramiento se viene desarrollando pero no es coherente con lo documentado de acuerdo con lo anterior se califica 4. 2. El responsable de la política, desarrolla de manera continua y directa la función de aseguramiento y el seguimiento a la ejecución de las entidades programadas. De acuerdo con lo anterior se califica 5. 3. Los resultados y alertas son comunicados a la alta dirección, basados en los informes consolidados de desempeño y seguimiento trimestral de acuerdo con lo anterior se califica 4. 4. Se realizan acciones de mejora que son monitoreadas por planeación institucional y se complementan los informes de seguimiento y se comunican los resultados periódicamente de acuerdo con lo anterior se califica 5. Nota: Aun cuando la evaluación da como resultado un nivel de confianza alto, por parte de la OCI se realizan anualmente las auditorías de calidad, Insumo básico para el proceso de certificación ISO 9001:2015.	FRANCISCO PINTO
Seguimiento y verificación a las acciones establecidas en el Plan Estratégico MIPG Monitoreo de las políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la entidad.	4	5	5	4	5	4,6	Nivel de confianza alto	1. El responsable del modelo MIPG en conjunto con los líderes de políticas, realizan periódicamente el seguimiento y verificación de las actividades trazadas para cada una de las 19 políticas y el monitoreo se realiza mediante el tablero de medición definido. De acuerdo con lo anterior se califica 5. 2. Los resultados y alertas son comunicados a la alta dirección, basados en el tablero de medición de indicadores para cada política y el reporte del FURAC, de acuerdo con lo anterior se califica 4. 3. Se realizan acciones de mejora que son monitoreadas por planeación institucional y los resultados son comunicados en el comité institucional de acuerdo con lo anterior se califica 5. Nota: Es importante mencionar que no existe un Plan Estratégico MIPG 2023 o 2024, ya que cada líder de política debe definir su plan individual para el mantenimiento y mejora de la misma. Nota: Aun cuando el nivel de confianza es alto, por parte de la OCI se realizan anualmente las auditorías al avance de la implementación del MIPG.	FRANCISCO PINTO
Actualizar según PTEP Actividades de monitoreo del PAAC y presentar los resultados a los procesos y partes interesadas.	4	5	5	4	4	4,4	Nivel de Confianza Medio	1. La metodología de formulación del PTEP y seguimiento del mismo, se desarrolla acorde a lo documentado, de acuerdo con lo anterior se califica 5. 2. Los resultados y alertas son comunicados y reportados trimestralmente a la dirección de planeación institucional y mediante el tablero de indicadores, se comunican los resultados a la alta dirección, de acuerdo con lo anterior se califica 4. 3. De acuerdo con el seguimiento Cuatrimestral de la OCI frente al PTEP, varias acciones de mejora, han sido reportadas y los resultados han sido comparados con la dirección de planeación institucional, adicionalmente, al comparar los resultados de la evaluación que es realizada planeación institucional con mismo instrumento PTEP, evidenciamos que los resultados no coinciden y las acciones de mejora o recomendaciones sugeridas por la OCI no han sido tenidas en cuenta por los procesos y los resultados del PTEP no son comunicados al comité institucional, de acuerdo con lo anterior se califica 4. Nota: Aun cuando el nivel de confianza es medio, por parte de la OCI se realiza de manera cuatrimestral el seguimiento al PTEP para cada uno de sus componente y riesgos.	FRANCISCO PINTO

De acuerdo con lo anterior, al realizar el comparativo de los resultados de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza así:

- **Primer componente de funciones:** paso de 4,2 a 4,4 es decir, un 4% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.
- **Segundo componente de funciones:** paso de 4 a 4,6 es decir, un 12% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.
- **Tercer componente de funciones:** paso de 3,6 a 4,4 es decir, un 16% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Aspectos positivos:

- La dirección de planeación institucional conforme a la Resolución Interna 842 del 2021, ejerce y lidera la política de planeación institucional, la cual se encuentra alineada con el modelo integrado de planeación y Gestión – MIPG.
- La dirección de planeación institucional, de acuerdo con su rol estratégico y en el ejercicio de sus funciones de segundo nivel de defensa, también lidera las políticas de: 1. planeación institucional, 2. seguimiento y evaluación del desempeño institucional, 3. realiza la fidelización de la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos y 4. transparencia acceso a la información Pública y lucha contra la corrupción y adicionalmente, acompaña, asesora, mide y evalúa las 19 políticas.
- El líder de la política dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan ejerciendo el rol de la segunda línea de defensa que le corresponde.

*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 política permite el seguimiento y medición del modelo de POLÍTICAS – MIPG, sin embargo, a partir del seguimiento del comité institucional de gestión y desempeño, surgió la necesidad de definir e implementar el tablero de indicadores DASHBOARD inmerso en la plataforma de isolucion, que permite reportar y actualizar con frecuencia trimestral, los resultados de las mediciones para cada política.
- La evaluación de las funciones de aseguramiento permite demostrar una mejoría de cara al nivel de confianza establecido en comparación con el periodo inmediatamente anterior.

Conclusiones:

1. El plan de desarrollo distrital constituye un insumo para la definición de los objetivos estratégicos de la política y se realiza monitoreo y seguimiento periódicamente por planeación institucional y calidad.
2. Planeación institucional, convoca y coordina las reuniones y/o comités establecidos para el reporte y la toma de decisiones respecto a los avances de las políticas de gestión y desempeño, y promueve el diligenciamiento del FURAG en cada vigencia.
3. Desde planeación institucional, se derivan las directrices para el reporte y actualización de los indicadores de las políticas de MIPG, para lo cual se sugiere realizar la publicación de los resultados con mayor celeridad y oportunidad ya que presentan desactualización.
4. Respecto a las brechas o recomendaciones de cada política, que son reportadas por el DAFP mediante el instrumento FURAG, la dirección de planeación institucional tiene la responsabilidad de reunirse con los diferentes dueños de políticas, dar a conocer las recomendaciones, sugerir y definir el plan de mejoramiento que responda a las brechas identificadas, dicho plan es presentado y aprobado por el comité de gestión y desempeño.
5. El escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados es el comité institucional de gestión y desempeño que se realiza de acuerdo con la periodicidad establecida o por solicitud extraordinaria.
6. Planeación institucional brinda asistencia técnica en la formulación del PTEP y realiza seguimiento al mismo, sin embargo, al comparar los resultados de la evaluación OCI con la evaluación realizada por Planeación Institucional, los resultados difieren y las recomendaciones o mejoras presentadas por la OCI no son escaladas y atendidas por los procesos, en tal medida, se recomienda hacer los ajustes pertinentes que permitan fortalecer este aspecto.
7. La política, cuenta con un cronograma de trabajo, una plataforma estratégica y un plan operativo de gestión y desempeño, que permite dar respuesta a los elementos de la política. De acuerdo con lo informado, se tienen contempladas una serie de actividades de sensibilización y actividades lúdicas para dar a conocer el nuevo mapa de procesos a todos los colaboradores y está bajo la responsabilidad de planeación institucional y calidad.
8. A pesar de que, el líder de la política y dueño del proceso realizan periódicamente la depuración y actualización de la base documental en isolucion, se informa que existe un plan o documento codificado denominado: SDS-PYC-PL-004 PLAN ESTRATÉGICO MIPG 2022, el cual contemplo las actividades para el cumplimiento y avance de las 19 políticas para la vigencia 2022, adicionalmente, se cuenta con un indicador mediante el tablero de control denominado "Cumplimiento plan estratégico MIPG2022", que responde al desempeño del mismo plan y que fue finalizado en el mismo año, cabe resaltar que es importante que la información permanezca siempre actualizada y se mantenga histórico, garantizando la trazabilidad de la información.

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

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

6.1.4. Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público

Una vez realizado el análisis de la información obtenida, resultado de la mesa de trabajo realizada, encontramos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>Estructura organizacional: La Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, según el Manual Operativo de MIPG, busca garantizar el uso eficiente, transparente y estratégico de los recursos públicos, alineándolos con los objetivos del desarrollo nacional, optimizando el gasto para maximizar resultados, fomentando la transparencia y la rendición de cuentas, y estableciendo mecanismos de monitoreo y evaluación para asegurar el cumplimiento de los objetivos y la sostenibilidad fiscal.</p> <p>Asignación de autoridad y responsabilidad está definida en la resolución 842 de 2021, que designa líderes para las políticas MIPG, con un seguimiento periódico a cargo del comité institucional de gestión y desempeño.</p> <p>La política cuenta con dos líderes: Líder: Subsecretario(a) Corporativo(a) - Dirección Financiera, Líder: Subsecretario(a) de Planeación y Gestión Sectorial – Dirección de Planeación Sectorial.</p>
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<p>En cumplimiento del Manual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se revisó la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto, en cuyo marco se gestiona el Plan Plurianual de Inversiones, un instrumento estratégico que proyecta el presupuesto para los cuatro años de la administración, priorizando las inversiones necesarias. Este proceso incluye reuniones con los gerentes de proyectos para definir las prioridades de inversión, las fuentes de financiamiento y los objetivos estratégicos, garantizando su alineación con las políticas públicas y los planes de desarrollo. Asimismo, se han implementado medidas de austeridad, como la reducción en el número de contratos por prestación de servicios (OPS) y la revisión de honorarios, acciones respaldadas con soportes de contratación de años anteriores,</p> <p>El seguimiento y control de estos procesos se realiza mediante herramientas como las matrices de desempeño y el aplicativo SEGPLAN, actualizando trimestralmente la información del plan de acción, el plan anual de adquisiciones y las matrices de seguimiento a los proyectos de inversión. Asimismo, se monitorea de forma mensual la programación anual de los proyectos, garantizando la correcta ejecución de los recursos y su alineación con las metas institucionales. Este enfoque asegura una gestión presupuestal eficiente, transparente y orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos.</p>
Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)	<p>El proceso presenta un total de 4 riesgos identificados en el proceso de Gestión Financiera y 17 riesgos del proceso Planeación y Gestión Sectorial,</p> <p>El proceso de Gestión Financiera incluye dentro de sus controles: adelantar la verificación procesal mediante el SIAS para garantizar el cargue efectivo de información (sanción, recurso, ejecutoria) contenida en el expediente físico; realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de reportes y tareas asignadas al personal; actualizar la matriz de seguimiento; y validar</p>

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

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

	<p>El proceso de Planeación y Gestión Sectorial tiene como propósito dentro de su mapa de riesgos garantizar la formulación, actualización y seguimiento de los proyectos de inversión del FFDS mediante controles que incluyen la revisión de RIPS, la mejora de bases de datos, la validación normativa y la consolidación de información documental. Además, se el fortalecimiento de las capacidades del talento humano, supervisión del cumplimiento de indicadores y compromisos contractuales, y validación de la calidad de la información registrada para tomar decisiones eficientes en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, evaluación de los recursos y avances antes de la aprobación de proyectos, informando las fechas clave presupuestales y se promoviendo la transparencia mediante la publicación de información en plataformas accesibles, complementado con herramientas de seguimiento a los proyectos del SGR.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>En relación con el FURAG, no se identificaron brechas, ya que los resultados fueron positivos. Sin embargo, se recibieron observaciones para mejorar la calidad de la información, las cuales han sido gestionadas con el apoyo de la Dirección de Planeación Institucional en coordinación con la Dirección de Planeación y Gestión Sectorial. El POGD del proceso de Planeación y Gestión Sectorial cuenta con tres metas, destacando la segunda, cuya actividad principal busca garantizar la aprobación del presupuesto del FFDS por las instancias competentes antes del 31 de diciembre de 2024. Entre los productos asociados se incluyen documentos de lineamientos y metodologías, actas de mesas de trabajo y presentaciones presupuestales para 2025. En el primer semestre, se proyectó un 4%, y se evidenció la ejecución en su totalidad. Por su parte, el POGD del proceso de Gestión Financiera consta de once metas, destacando la séptima, que incluye actividades como la formulación del Programa Anual Mensualizado del PAC, el informe de ejecución del SGR y el diligenciamiento del formato CUIPO. Esta meta alcanzó un 99% de ejecución, superando lo programado para el semestre.</p> <p>DASHBOARD: para la Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, su medición en la plataforma se realiza a través del indicador "Cumplimiento a la ejecución presupuestal del SEGPLAN en el componente de inversión", que reporta un 25.4% de cumplimiento trimestral. Sin embargo, dado que el aplicativo SEGPLAN de la Secretaría Distrital de Planeación no permite programación trimestral, se propone ajustar la periodicidad del indicador de trimestral a anual para alinear la coherencia de los reportes y reflejar el cumplimiento acumulado en la ejecución de los proyectos de inversión.</p>
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>La comunicación entre los líderes de las políticas se realiza a través de comités. El seguimiento a dichas políticas también se gestiona mediante estos espacios, destacando el Comité de Seguimiento Financiero, en el que participan las direcciones de Planeación Sectorial y Financiera, comités directivos cada 15 días con la participación del secretario, subsecretarios, y representantes de la Dirección Financiera expone Planeación y Gestión Sectorial. Además, existen comités internos, donde se presenta el seguimiento financiero.</p> <p>Cabe resaltar que, mediante la Resolución 1161 del 23 de octubre de 2024, se creó el Comité Técnico de Seguimiento Financiero, Sostenibilidad Contable y Cartera del Fondo Financiero.</p>

*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					

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones:

Hallazgo	1
	<p style="text-align: center;">Resultado de la Evaluación</p> <p>La encuesta interna realizada a través de Forms buscó evaluar el conocimiento sobre las políticas lideradas por el proceso de Planeación y Gestión Sectorial, considerando que se gestionan seis políticas principales. De los seis encuestados, los resultados arrojaron lo siguiente:</p> <div style="text-align: center;"> <p style="text-align: center;">Encuesta forms</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público: Todos los participantes (6) indicaron conocer esta política. ● Política Institucional: Ningún encuestado reconoció que las políticas hacen parte de esta categoría. ● Compras y Contratación Pública: Tres encuestados afirmaron formar parte de esta política. ● Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional: Dos respondieron que están vinculados con esta política. ● Gestión del Conocimiento e Innovación: Dos participantes señalaron estar relacionados con esta política. Control Interno: Tres encuestados mencionaron pertenecer a esta política. <p>El análisis de estos datos evidencia una falta de conocimiento integral sobre las políticas que maneja el proceso de Planeación Sectorial, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias de sensibilización y capacitación que permitan fortalecer la comprensión y el reconocimiento de estas políticas entre los integrantes del equipo.</p> <p>En la encuesta también se indagó sobre el conocimiento de las brechas de la política que lidera el proceso en relación con los resultados del FURAG 2023. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sí: 1 encuestado indicó tener conocimiento de las brechas. ● No: 2 encuestados afirmaron no tener conocimiento al respecto.

*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 sabe: 3 encuestados manifestaron desconocer esta información.

Estos resultados reflejan una falta generalizada de conocimiento sobre las brechas identificadas en los resultados del FURAG, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la comunicación y la socialización de los análisis relacionados con estas brechas. Esto permitirá mejorar la comprensión de los desafíos actuales y avanzar en el cierre efectivo de dichas brechas dentro del marco de las políticas lideradas. En la encuesta se evaluó el conocimiento sobre el mapa de aseguramiento y su ubicación. Los resultados fueron los siguientes:

1. ¿Conoce el mapa de aseguramiento?
 - Sí: 5 encuestados indicaron conocer el mapa.
 - No: 1 encuestado afirmó no conocerlo.
2. ¿Dónde se puede consultar el mapa de aseguramiento?
 - Página de la Secretaría: 3 encuestados señalaron esta opción.
 - Isolución: 1 encuestado eligió esta opción.
 - Intranet (respuesta correcta): 0 respuestas.
 - Agilínea: 0 respuestas.
 - No sabe: 2 encuestados manifestaron desconocer dónde se puede consultar.

Aunque la mayoría de los encuestados afirmó conocer el mapa de aseguramiento, los resultados reflejan una falta de claridad respecto a su ubicación correcta, ya que ninguno identificó la Intranet como la fuente adecuada para consultarlo. Este resultado evidencia la necesidad de reforzar la comunicación y capacitación sobre los recursos institucionales disponibles y su acceso, para garantizar que los equipos cuenten con la información necesaria y puedan utilizar estas herramientas de manera efectiva.

Hallazgo 2	Resultado de la Evaluación																
	<p>Frente a la Dirección Financiera la encuesta tuvo como propósito evaluar el conocimiento del equipo sobre las políticas lideradas por el proceso, el acompañamiento institucional frente a las brechas del FURAG 2023, y el conocimiento del mapa de aseguramiento de la entidad. A continuación, se presentan los resultados y el análisis</p> <p>¿Cuál o cuáles políticas lidera el proceso?</p> <div style="text-align: center;"> <p>2. Cual o cuales politicas lidera el proceso? (2 puntos)</p> <p>80 % de los encuestados respondió correctamente a esta pregunta.</p>  <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th>Política</th> <th>Respuestas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Política de información estadística</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Gestión del conocimiento e innovación</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público</td> <td>5 ✓</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento y Evaluación de desempeño institucional</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Todas las anteriores</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público: 5 encuestados (80%) seleccionaron correctamente esta opción. • Seguimiento y evaluación de desempeño institucional: 1 encuestado seleccionó incorrectamente esta opción. 	Política	Respuestas	Política de información estadística	0	Gestión del conocimiento e innovación	0	Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	1	Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	5 ✓	Seguimiento y Evaluación de desempeño institucional	1	Ninguna de las anteriores	0	Todas las anteriores	0
Política	Respuestas																
Política de información estadística	0																
Gestión del conocimiento e innovación	0																
Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	1																
Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	5 ✓																
Seguimiento y Evaluación de desempeño institucional	1																
Ninguna de las anteriores	0																
Todas las anteriores	0																

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

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<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>					

- Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción: 1 encuestado también seleccionó incorrectamente esta opción.
- Política de información estadística, gestión del conocimiento e innovación y otras opciones no relacionadas: No fueron seleccionadas.

Aunque la mayoría identificó correctamente la política liderada por el proceso, el 20% restante seleccionó opciones incorrectas. Esto refleja una falta de claridad en el conocimiento institucional sobre las políticas específicas bajo responsabilidad del proceso, destacando la necesidad de reforzar la comunicación y capacitación en este aspecto.

Conocimiento y seguimiento de las brechas del FURAG 2023

- ¿Conoce las brechas de la política respecto a los resultados del FURAG?
 - Sí: 0.
 - No: 5.
- ¿El proceso ha tenido acompañamiento de Planeación Institucional y Calidad frente a las brechas del FURAG?
 - Sí: 0.
 - No: 5.
- ¿Conoce las recomendaciones del FURAG 2023 frente a la política?
 - Sí: 0.
 - No: 5.

Los resultados reflejan un desconocimiento generalizado de las brechas, el acompañamiento institucional y las recomendaciones derivadas del FURAG 2023. Esto señala la necesidad de implementar un plan de acción que garantice una mejor comunicación y seguimiento sobre las políticas y sus indicadores, promoviendo un entendimiento integral por parte del equipo.

Conocimiento del mapa de aseguramiento

- ¿Conoce el mapa de aseguramiento de la entidad?
 - Sí: 1.
 - No: 4.
- ¿Dónde se puede consultar el mapa de aseguramiento?
 - Página de la Secretaría: 1 encuestado.
 - Isolución: 0 encuestados.
 - Intranet (respuesta correcta): 0 encuestados.
 - Agilínea: 0 encuestados.

El bajo conocimiento del mapa de aseguramiento (solo 1 persona lo identificó) y la falta de respuestas correctas sobre su ubicación (Intranet) evidencian una necesidad de mejorar la difusión de esta herramienta y su correcto acceso, asegurando que el equipo pueda utilizarla de manera efectiva.

 <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					

Hallazgo	3
Resultado de la Evaluación	
<p>Se realizó una revisión de los indicadores asociados a la política, y se identificó que no existen indicadores de impacto que permitan evaluar de manera clara y directa los resultados a largo plazo de la política. Además, se constató que solo se cuenta con un único indicador para esta política, el cual está relacionado con dos líderes responsables de su seguimiento y gestión. Esta situación resalta la necesidad de desarrollar e implementar indicadores adicionales que aborden no solo la eficiencia y efectividad de las acciones, sino también el impacto real de la política en el cumplimiento.</p>	

Evaluación de las Funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2023 proceso de Planeación y Gestión Sectorial se presentan en la siguiente tabla:

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	Establecer el Plan financiero en el ingreso y en el gasto para la inversión.	4	4	4	4	4	4	Nivel de Confianza Alto	Dado que por ley la OCI realiza seguimiento a la ejecución presupuestal de manera trimestral, no es necesario incluir en el plan anual de auditorías una específica para este tema.
PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	Realizar el seguimiento a la ejecución del presupuesto adjudicado a cada proyecto. Realizar seguimiento a la ejecución física y financiera de los proyectos de inversión. Revisar las modificaciones los proyectos de inversión frente a los lineamientos diseñados, verificando que conserve la misionalidad del proyecto, coherencia y consistencia de los documentos. Desarrollar labores de orientación, acompañamiento y seguimiento para la formulación de proyectos. Presentar a la alta dirección y Comités los resultados del seguimiento de proyectos.	4	3	4	4	3	3,6	Nivel de Confianza Medio	Por parte de la OCI, se incluyan auditorías y seguimientos a los proyectos de inversión.
PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	Realizar seguimiento mensual y trimestral a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de la Entidad, (Comité de seguimiento a la ejecución presupuestal - Resolución 892 de 2022) Brindar acompañamiento técnico para la formulación del PAA.	5	3	4	4	3	3,8	Nivel de Confianza Medio	Aunque se encuentra en un nivel de confianza medio, por parte de la OCI, no se considera necesario realizar auditorías específicas al PAA, ya que se incluye en las auditorías con enfoque de riesgo que se realizan en los diferentes procesos y en la evaluación de gestión por dependencias.

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, proceso de Planeación y Gestión Sectorial se presentan en la siguiente tabla:

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa	Auditor responsable de aseguramiento	Verificación y seguimiento interno
14 PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	Establecer el Plan financiero en el ingreso y en el gasto para la inversión.	4	4	4	4	4	4	Nivel de Confianza Alto	Dado que por ley la OCI realiza seguimiento a la ejecución presupuestal de manera trimestral, no es necesario incluir en el plan anual de auditorías una específica para este tema. Se incluyó un presupuesto detallado que cubre tanto los ingresos como los gastos de cada proyecto, asegurando una distribución adecuada de los recursos. Además, se realizó un seguimiento continuo a la ejecución del presupuesto, con base en la información de la segunda línea de defensa, revisando periódicamente el presupuesto de inversión y alineándolo con las metas del Plan de Desarrollo para garantizar la adecuada ejecución de los recursos.	PLIAR QUEDA	
15 PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	Realizar el seguimiento a la ejecución del presupuesto adjudicado a cada proyecto. Realizar seguimiento a la ejecución física y financiera de los proyectos de inversión. Revisar las modificaciones los proyectos de inversión frente a los lineamientos diseñados, verificando que conserve la misionalidad del proyecto, coherencia y consistencia de los documentos. Desarrollar labores de orientación, acompañamiento y seguimiento para la formulación de proyectos. Presentar a la alta dirección y Comités los resultados del seguimiento de proyectos.	4	4	4	4	4	4	Nivel de Confianza Alto	Por parte de la OCI se incluyeron auditorías y seguimientos a los proyectos de inversión que realizan un seguimiento continuo a la ejecución física y financiera de los proyectos de inversión, monitoreando los avances en ejecución presupuestal y cumplimiento de objetivos. Las modificaciones de los presupuestos fueron enviadas para asegurar que se mantuviera su misionalidad y coherencia con los lineamientos. Además, se brindó orientación y acompañamiento en la formulación de proyectos, asegurando su alineación con los objetivos estratégicos. Los resultados del seguimiento se presentaron a la alta dirección y los Comités para evaluar la línea de acciones, utilizando el sistema SIGOPLAN para su monitoreo eficiente y el cumplimiento de los lineamientos establecidos.	PLIAR QUEDA	
16 PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	Realizar seguimiento mensual y trimestral a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de la Entidad, (Comité de seguimiento a la ejecución presupuestal - Resolución 892 de 2022) Brindar acompañamiento técnico para la formulación del PAA.	5	3	4	4	4	4	Nivel de Confianza Medio	que se incluye en las auditorías con enfoque de riesgo que se realizan en los diferentes procesos y en la evaluación de gestión por dependencias. Realizó el seguimiento mensual y trimestral al Plan Anual de Adquisiciones (PAA) conforme a la Resolución 892 de 2022, a través del Comité de Seguimiento. Se brindó acompañamiento técnico en su formulación y se presentó un informe controlado en el estado del PAA a la ejecución frente al presupuesto, asegurando el cumplimiento de los	PLIAR QUEDA	

*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

Acorde con lo anterior y al realizar la comparación de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza ya que pasa de 3.8 a 4, es decir, un 2% de mejoraría con respeto al periodo inmediatamente anterior.

Resultados de medición primer semestre 2023 proceso de Gestión Financiera se presentan en la siguiente tabla:

1	ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD						Código:	
2	PROCESO: OFICNA DE CONTROL INTERNO						Versión: 01	
3	Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información						Fecha de emisión	
4	Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defens				Nivel de confianza	Tercera Línea d
12	Gestión Financiera	<p>Verificar el cumplimiento de la gestión de cuentas por pagar, ordenes de Pago, ordenación del gasto y autorización del pago (envíos) y planillas de giro del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).</p> <p>Revisar los pagos realizados, correspondientes a la vigencia actual y la reserva presupuestal constituida, validando los soportes.</p> <p>Verificar que los terceros beneficiarios del pago corresponden a las personas naturales o jurídicas con las que se contrajeron las respectivas obligaciones.</p>	4	4	4	4	4	<p>El proceso de Gestión Financiera cuenta con procesos documentados y verificaciones de segunda línea en cuanto a Cuentas por pagar, ordenes de Pago, ordenación del gasto y autorización del pago.</p>
13	Gestión Financiera	<p>Consolidar la programación del plan anual de caja de acuerdo con la información remitida por la primera línea (gestores de Proyectos) y verificar la programación de acuerdo con las necesidades de los proyectos (primera línea).</p> <p>Realizar informe mensual de la ejecución del PAC por cada subsecretaría dando a conocer el comportamiento y si hay necesidad reprogramar los recursos de acuerdo a las solicitudes de la primera línea de defensa.</p>	4	4	4	4	4	<p>Para el manejo del plan anual de caja, la segunda línea realiza cronogramas para el seguimiento y verificación de las actividades de programación y reprogramación de acuerdo con los lineamientos de la SHD.</p>

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, Gestión Financiera se presentan en la siguiente tabla:

1	ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD						Código:	
2	PROCESO: OFICNA DE CONTROL INTERNO						Versión: 01	
3	Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información						Fecha de emisión	
4	Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defens				Nivel de confianza	Tercera Línea d
12	Gestión Financiera	<p>Verificar el cumplimiento de la gestión de cuentas por pagar, ordenes de Pago, ordenación del gasto y autorización del pago (envíos) y planillas de giro del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).</p> <p>Revisar los pagos realizados, correspondientes a la vigencia actual y la reserva presupuestal constituida, validando los soportes.</p> <p>Verificar que los terceros beneficiarios del pago corresponden a las personas naturales o jurídicas con las que se contrajeron las respectivas obligaciones.</p>	4	4	4	4	4	<p>El proceso de Gestión Financiera cuenta con Se de procesos documentados y Se de verificaciones de segunda línea en aut cuanto a Cuentas por pagar, ordenes de Pago, ordenación del los gaeto y autorización del pago.</p>
13	Gestión Financiera	<p>plan anual de caja de acuerdo con la información remitido por la primera línea (gestores de Proyectos) y verificar la programación de acuerdo con las necesidades de los proyectos (primera línea).</p> <p>Realizar informe mensual de la ejecución del PAC por cada subsecretaría dando a conocer el comportamiento y si hay necesidad reprogramar los recursos de acuerdo, a las solicitudes de la</p>	4	4	4	4	4	<p>Para el manejo del plan anual de caja, la segunda línea realiza cronogramas para el seguimiento y verificación de las actividades de Se de inf programación y reprogramación de acuerdo con los lineamientos de la SHD.</p>

Acorde con lo anterior y al realizar la comparación de las matrices de un periodo al otro, observamos que se mantiene el nivel de cara al nivel de confianza ya que para 2023 es de 4 y en 2024 continúa con 4, es decir, queda en la misma calificación con respeto al periodo inmediatamente anterior.

*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					

Aspectos positivos:

- El líder de la política cuenta con los recursos necesarios, incluyendo instrumentos, lineamientos y documentación relacionada, que permiten a los diferentes procesos incorporar y cumplir con las directrices establecidas. En este marco, ejerce su función como segunda línea de defensa, asegurando que se implemente las políticas de manera adecuada y conforme a los estándares establecidos.
- La evaluación de las funciones de aseguramiento, permite demostrar una constante de cara al nivel de confianza establecido, ya que se estabiliza en 4.00 respecto al periodo inmediatamente anterior.

Conclusiones:

1. Falta de claridad en las responsabilidades del proceso: Aunque la mayoría identificó correctamente la política principal, persiste una brecha en la comprensión de las políticas lideradas por el proceso.
2. Desconocimiento de las brechas y recomendaciones del FURAG: La ausencia de acompañamiento institucional y el desconocimiento sobre las brechas limitan la capacidad del proceso para tomar acciones efectivas de mejora.
3. Deficiencias en el acceso y uso del mapa de aseguramiento: Se evidencia una falta de comunicación sobre esta herramienta, lo que afecta la gestión eficiente de las responsabilidades del equipo. Capacitación y socialización: Realizar talleres para mejorar el conocimiento sobre las políticas lideradas, las brechas del FURAG y sus recomendaciones, así como sobre el acceso y uso del mapa de aseguramiento.
4. Fortalecer el acompañamiento: Planeación Institucional y Calidad debe garantizar un soporte continuo para la identificación y seguimiento de las brechas del FURAG.

6.1.5. Compras y Contratación Pública

Una vez realizado el análisis de la información obtenida, resultado de la mesa de trabajo realizada, encontramos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p><u>Estructura organizacional</u> la Política de Compras y Contratación Pública busca garantizar la adquisición de bienes y servicios de manera eficiente, transparente y alineada con las necesidades institucionales y los principios de legalidad. Promueve el uso estratégico de los recursos públicos, fomenta la competencia, la innovación y la sostenibilidad, e incorpora criterios éticos y de responsabilidad social para optimizar los procesos de contratación en beneficio del cumplimiento de los objetivos organizacionales y el desarrollo del país.</p> <p><u>Asignación de autoridad y responsabilidad</u> está definida en la resolución 842 de 2021, que designa líderes para las políticas MIPG, con un seguimiento periódico a cargo del comité institucional de gestión y desempeño.</p> <p>La política cuenta con dos líderes: Líder: Subsecretario(a) Corporativo(a) - Dirección Financiera, Líder: Subsecretario(a) de Planeación y Gestión Sectorial – Dirección de Planeación Sectorial.</p>

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

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

<p>Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)</p>	<p>En cumplimiento del Manual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se revisó la política de Compras y Contratación Pública de la entidad, asegurando la implementación de las etapas esenciales: estructuración del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), análisis de datos, abastecimiento estratégico, promoción de la competencia, aplicación de buenas prácticas y documentos estándar de Colombia Compra Eficiente, uso de la plataforma SECOP II y empleo de instrumentos de agregación de demanda mediante la Tienda Virtual del Estado Colombiano.</p> <p>Como parte del proceso, se gestionaron solicitudes relacionadas con las cotizaciones realizadas en la tienda virtual, en varias áreas entre ellas Talento Humano y TICs, para abordar ajustes, correcciones y comunicaciones pertinentes. Asimismo, se realizaron reuniones para revisar objetos contractuales, modalidades de contratación y variables del PAA, lo que permitió identificar y documentar observaciones para optimizar las prácticas.</p> <p>El Manual de Contratación fue actualizado y publicado en el sitio web de la Secretaría de Salud el 30 de agosto de 2024 (Inicio / La Entidad / Transparencia y Acceso a la Información Pública / 3. Contratación / 3.4 Manual de contratación, adquisición y/o compras), mientras que su socialización, junto con los lineamientos para la supervisión, se llevó a cabo el 5 de agosto de 2024. Además, se cuenta con procedimientos normativos específicos, como el Procedimiento de Contratación - Etapa Precontractual (SDS-CON-PR-001) y el Procedimiento de Contratación - Etapa de Ejecución y Poscontractual (SDS-CON-PR-006), complementados por el Manual de Contratación SDS-FFDS 2024 y la Resolución 762 del 31 de julio de 2024, que aprobó la actualización del manual del Fondo Financiero Distrital de Salud.</p> <p>Finalmente, se realizaron capacitaciones dirigidas a funcionarios de la Secretaría, enfocadas en los lineamientos para la elaboración de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para personas naturales, fortaleciendo las capacidades institucionales y asegurando la implementación efectiva de las directrices en todas las etapas del proceso contractual.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>El proceso presenta un total de 11 riesgos identificados, de los cuales 5 están directamente relacionados con la política, Para abordar el primer riesgo, se ha establecido un control basado en la revisión de los requisitos técnicos, jurídicos y financieros, asegurando que los elementos clave de cada proceso contractual cumplan con las normativas y criterios de calidad establecidos. En el caso del segundo riesgo, el control consiste en la verificación de los documentos y formatos requeridos para la contratación, ajustándose a la modalidad aplicable, lo que garantiza una correcta formalización y alineación con las exigencias legales.</p> <p>El tercer riesgo cuenta con un control frente a revisión de los documentos necesarios para el trámite de legalización contractual, lo que asegura que los contratos se perfeccionen adecuadamente. Para el cuarto riesgo, se tiene implementados dos controles específicos: la identificación de contratos que terminan su etapa de ejecución, para iniciar el trámite de liquidación, y el reporte de contratos pendientes por liquidar con saldos fenecidos o pérdida de competencias, con el objetivo de mantener la trazabilidad de los procesos. Finalmente, el quinto riesgo también cuenta con dos controles: la revisión y seguimiento de la publicación de soportes o productos de la ejecución de los</p>

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

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

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

	<p>contratos conforme a la modalidad aplicada, y el registro de incumplimientos en una base de datos, permitiendo gestionar de forma efectiva las desviaciones identificadas. Estos controles en conjunto buscan fortalecer la gestión del proceso, reducir riesgos y garantizar la transparencia y cumplimiento en las operaciones contractuales.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>POGD El proceso se estructura en tres metas principales, de las cuales la segunda está directamente orientada al cumplimiento de la Política de Compras y Contratación Pública mediante la ejecución de acciones clave y subactividades específicas. Estas incluyen la gestión eficiente de solicitudes de contratación, la administración de novedades contractuales, la tramitación de solicitudes de liquidación o pérdidas de competencia, y la emisión de certificaciones contractuales, todas alineadas con las normativas establecidas. Además, se realizaron entrenamientos dirigidos a referentes y supervisores de contratos o convenios, fortaleciendo las competencias necesarias para garantizar una gestión contractual efectiva y transparente. Para el primer semestre, se programó el 48%, logrando una ejecución completa del 100% de lo planificado, lo que refleja un alto nivel de compromiso y cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos.</p> <p>FURAG: El proceso demuestra conocimiento y uso adecuado de la herramienta de seguimiento a las políticas, cumpliendo anualmente con la entrega de información requerida por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Para este año, no se identificaron recomendaciones de mejora en relación con esta política, lo que refleja un cumplimiento satisfactorio de los estándares establecidos.</p> <p>DASHBOARD: En la plataforma, la Política de Compras y Contratación Pública se mide a través de tres indicadores. El primero, Cumplimiento en la formulación del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) de la entidad, tiene como meta Lograr la formulación del Plan Anual de Adquisiciones de la SDS a más tardar el 31 de enero de cada año, acorde con la normatividad vigente. Este indicador refleja un cumplimiento del 100%, con medición anual, destacando una ejecución consistente y alineada con los plazos establecidos.</p> <p>El segundo indicador es: Porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de compras y contratación programados en el PAA, su medición es trimestral y la descripción de la meta es “Realizar la gestión requerida para tramitar el 100% de las necesidades programadas en el PAA”. Aunque registra un cumplimiento acumulado del 95.78%, en el primer trimestre quedó por debajo del 90% y no se evidenció un plan de mejoramiento.</p> <p>El tercer indicador es: Porcentaje de cumplimiento en el trámite de los requerimientos de compras y contratación, su medición es trimestral, la descripción de la meta “Realizar la gestión requerida para tramitar el 100% de las necesidades programadas en el PAA”. En dos semestres consecutivos, este indicador quedó por debajo del 90% de cumplimiento, y al igual que en el caso anterior, no se implementaron planes de mejoramiento, lo que pone en evidencia la necesidad de reforzar la planeación y el seguimiento en este aspecto. En conjunto, los resultados de los indicadores muestran logros importantes, pero también áreas de oportunidad clave para garantizar la efectividad de la política. Indicadores:</p>

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

	
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>La Dirección de Contratación mantiene una comunicación constante y efectiva con todas las áreas de la Secretaría, desempeñando un rol como segunda línea al emitir directrices claras para los procesos de contratación. Esta interacción es esencial, dado que la Secretaría Distrital de Salud (SDS) abarca diversas áreas responsables de llevar a cabo procesos precontractuales, que incluyen la preparación y revisión de términos de referencia, estudios previos y demás documentos requeridos, así como actividades de alistamiento relacionadas con los procesos postcontractuales, como la liquidación y seguimiento de contratos. Este enfoque colaborativo garantiza la alineación de los procedimientos con las normativas vigentes y fomenta una gestión contractual integral y eficiente</p> <p>La gestión contractual cuenta con el apoyo de sistemas de información como el SECOP y el SISCO, que facilitan la interacción y el intercambio de información entre todas las áreas de la entidad. Estas plataformas permiten centralizar, consultar y actualizar datos relacionados con los procesos contractuales, promoviendo la transparencia, el cumplimiento normativo y la coordinación eficiente entre las distintas dependencias involucradas.</p>

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones:

Hallazgo 1

Resultado de la Evaluación							
De cara a la política, se cuenta con 3 indicadores establecidos y publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en Isolucion, como se puede visualizar mediante la siguiente imagen.							
Frente al indicador: Porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de compras y contratación programados en el PAA se presentan los siguientes tres seguimientos.							
Fecha	Meta	Medición	Valor estimado	Límite superior	Límite inferior	Observación medición	Acciones implementadas
25/nov/2024	100	95.78497251069003	95,78497251069003	100	79	Para el tercer trimestre del año 2024 se radicaron 1537 solicitudes de contratación de las cuales se legalizaron 1568 contratos. * Las 69 solicitudes pendientes obedecen a solicitudes de contratación divergentes (52) o en flujo de trámite por la Subdirección de Contratación (17)	
05/ago/2024	100	95.818143268583	95,818143268583	100	79	* Para el segundo trimestre del año 2024 se radicaron 284 solicitudes de contratación de las cuales se legalizaron 240 contratos. * Las 30 solicitudes pendientes obedecen a solicitudes de contratación divergentes (22) o en flujo de trámite por la Subdirección de Contratación (16)	
23/mar/2024	100	83.7340153452685	83,7340153452685	100	79	* Debido a que en el mes de enero 2024 no se realizó contratación. * La fecha de radicación en SIGCO no se pueden modificar cuando se eleva a área para realizar ajustes. * En años radicaron los últimos días del mes sin tener en cuenta los tiempos de ajustes y trámite de la Subdirección de contratación.	
■ Medición menor que la Tot. Inferior ■ Medición mayor o igual que la Tot. Superior ■ Medición entre la Tot. Superior e Inferior							
Frente a los anterior, se denota que el primer periodo quedo por debajo del límite inferior, y no se logró evidencias plan de mejoramiento							

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

Frente a el indicador Porcentaje de cumplimiento en el trámite de los requerimientos de compras y contratación se evidencia en el aplicativo lo siguiente:

Fecha	Meta	Medición	Valor estimado	Limite superior	Limite inferior	Observación medición	Acciones implantadas	Anexo
25/nov./2024	100	100	83.7343153452685	80	79	* Para el tercer trimestre se presentó una programación del PAA de contratación de 1955 requerimientos de los cuales fueron radicados 1637 solicitudes que corresponden a la programación inicial del PAA. Se realiza reporte acumulado del indicador debido a que para el segundo trimestre se presentó la radicación de las actualizaciones de la programación inicial del PAA.		
05/ago./2024	100	76.7335243558009	76.7335243553009	80	79	* Debido a que en el mes de enero 2024 no se realizó contratación. * Debido a la contingencia presentada en el mes de febrero 2024 por modificaciones en los contratos de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión. * Se realizó por las áreas de la SDS la radicación de solicitudes de contratación, las cuales no cumplieron con el cronograma proyectado en el PAA 2024. * Por la armonización todos los tramites que estaban planeados no se radicaron y por el principio de anualidad las áreas dejaron de radicar lo que estaba proyectado, y solo se gestiono los tramites que las áreas surgen por necesidad y no se radico conforme al PAA.		
19/abr./2024	100	58.4824892723735	58.4824892723735	80	79			

■ Medición menor que la Tol. Inferior
 ■ Medición mayor o igual que la Tol. Superior
 ■ Medición entre la Tol. Superior e inferior

Frente a los anteriores seguimientos, se denota que el primer periodo y el segundo periodo quedo por debajo del límite inferior, y no se logró evidencias plan de mejoramiento.

Evaluación de las Funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

Proceso	Aspecto clave de éxito (Productos (bien y/o servicios) / procedimiento /)	Riesgo asociado al aspecto clave de éxito	línea de defensa (regulaciones o global / supervisión)	Función de aseguramiento	Entidad externa que hace seguimiento y/o verifica (Proveedor externo de aseguramiento)	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
Gestión Contractual-Etapa Precontractual	Contratos y/o convenios legalizados y publicados según modalidad.	Possibilidad de afectación reputacional por seleccionar proveedores que no cuentan con la capacidad financiera y/o técnica y/o jurídica necesarias para la ejecución del contrato, debido a una inadecuada evaluación de los oferentes en el proceso de selección y/o elaboración deficiente de los estudios previos y de los pliegos de condiciones.	Subdirección de Contratación	Validar y publicar los estudios previos y sus anexos (Mapa de riesgos, estudio de mercado, estudios o análisis del sector y demás actos que se surtan) conforme a la normatividad vigente.	Contraloría de Bogotá (Reporte del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital - SDEAP)	4	4	3	3	3	3,4	Nivel de Confianza Medio	Se seguirá incluyendo auditoría de la etapa precontractual, incorporando a la primera línea de defensa.
Gestión Contractual-Etapa Contractual	Modificaciones contractuales registradas y publicadas según modalidad.	Possibilidad de afectación reputacional por la inadecuada liquidación de los contratos o convenios, debido a deficiencias en el seguimiento y vigilancia del contrato por parte del supervisor y/o inatención de contrato, ausencia de informes de supervisión inadecuada gestión documental, desconocimiento de los términos legales para la liquidación de contratos o convenios.	Subdirección de Contratación	Validar y publicar los documentos de modificaciones conforme a la normatividad vigente.	Contraloría de Bogotá (Reporte mensual del SIVICOF)	3	4	3	3	4	3,4	Nivel de Confianza Medio	Se seguirá incluyendo auditoría de la etapa precontractual, incorporando a la primera línea de defensa.
Operación Contractual-Etapa Plus Contractual	Acta de liquidación de contratos	Possibilidad de afectación reputacional por la inadecuada liquidación de los contratos o convenios, debido a deficiencias en el seguimiento y vigilancia del contrato por parte del supervisor y/o inatención de contrato, ausencia de informes de supervisión inadecuada gestión documental, desconocimiento de los términos legales para la liquidación de contratos o convenios.	Subdirección de Contratación	Validar y publicar la liquidación (General, Unilateral, acta por pérdida de Competencia) y/o presencia, como del expediente del contrato, conforme a la normatividad vigente.	Contraloría de Bogotá (Reporte anual de presencias, presupuestales, pasivos exigibles SIVICOF)	4	4	4	4	4	4	Nivel de Confianza Alto	Se seguirá incluyendo auditoría de por parte de la OCI a la segunda línea de defensa, con miras a la mejora continua.

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

*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

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confian.	Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
Validar y publicar los estudios previos y sus anexos (Matriz de riesgos, estudio de mercado, estudios o análisis del sector y demás actos que se surtan) conforme a la normatividad vigente.	4	4	5	4	4	4,2	Nivel de Confianza Alto	Se seguirá incluyendo auditoria de la etapa precontractual, incorporando a la primera línea de defensa. El Proceso Contractual se encuentra debidamente aprobado, publicado y legalizado - Suscripción del contrato y/o convenio en la plataforma de Secop
Validar y publicar los documentos de la modificaciones conforme a la normatividad vigente. Validar una muestra (15% persona natural - 10 % persona jurídica) de los informes de supervisión publicados en SECOP y remitir el informe final de la muestra a la Subsecretaría Corporativa.	4	4	5	4	4	4,2	Nivel de Confianza Alto	Se seguirá incluyendo auditoria de la etapa precontractual, incorporando a la primera línea de defensa. La Subdirección de Contratación realiza la verificación de la publicación de informes de gestión de personas naturales en la plataforma SECOP II conforme al Lineamiento de Supervisión e Interventoría y al memorando 2023-IE-14845. Este seguimiento incluye la revisión del 20% de los contratos en ejecución del Fondo Financiero Distrital de Salud y el 100% de los de la Secretaría Distrital de Salud, verificando soportes clave como informes de gestión aprobados, evidencias de cumplimiento, planillas de salud, certificados de ARL, y órdenes de pago.
Validar y publicar la liquidación (bilateral, Unilateral, acta por perdida de Competencia) y/o cierre del expediente del Contrato, conforme a la normatividad vigente.	4	4	5	4	4	4,2	Nivel de Confianza Alto	Se seguirá incluyendo auditoria por parte de la OCI, a la segunda línea de defensa, con miras a la mejora continua. Se evidenció que el proceso lleva a cabo un seguimiento continuo mediante la emisión de memorandos dirigidos a los diferentes procesos relacionados, en los cuales se solicita evaluar la necesidad de proceder con la liquidación de los contratos mencionados o, en su defecto determinar los actos administrativos y operativos necesarios para garantizar el cierre adecuado del expediente. Este seguimiento tiene como finalidad asegurar el cumplimiento de las normativas vigentes, optimizar la gestión documental y garantizar la correcta finalización de las obligaciones contractuales, en línea con los procedimientos establecidos por la entidad.

Acorde con lo anterior y al realizar la comparación de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza ya que pasa de 3.6 a 4,2 es decir, un 6% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Aspectos positivos:

- El líder de la política cuenta con los recursos necesarios, incluyendo instrumentos, lineamientos y documentación relacionada, que permiten a los diferentes procesos incorporar y cumplir con las directrices establecidas. En este marco, ejerce su función como segunda línea de defensa, asegurando que se implemente las políticas de manera adecuada y conforme a los estándares establecidos.
- El proceso demuestra un conocimiento integral sobre la información relacionada con las brechas identificadas, así como sobre los datos proporcionados para el FURAG. Esta herramienta se utiliza como un mecanismo clave para medir y evaluar el desempeño de las políticas institucionales. A través de este enfoque, el proceso asegura un entendimiento claro de los indicadores y criterios de medición, lo que facilita la implementación de estrategias orientadas a cerrar brechas y optimizar la gestión en cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- La evaluación de las funciones de aseguramiento, permite demostrar una mejoría de cara al nivel de confianza establecido, ya que pasa. 3.6 a 4,2 es decir, un incremento de 6% con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Conclusiones:

El escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados es el comité institucional de gestión y desempeño que se realiza de acuerdo con la periodicidad establecida o por solicitud extraordinaria.

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

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

6.1.6. Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos

Una vez realizado el análisis de la información obtenida, como resultado de la mesa de trabajo realizada, encontramos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p><u>Estructura organizacional:</u> El proceso de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, según el Plan Operativo de Gestión (MPG) se enfoca en optimizar la estructura interna y los procedimientos, buscando mejorar la eficiencia administrativa y operativa. La política busca integrar acciones que simplifiquen los trámites y mejoren la gestión institucional, permitiendo un mejor desempeño en la ejecución de proyectos y políticas públicas. Se enfatiza la racionalización de procesos, la mejora de la comunicación y el fortalecimiento de la capacidad organizacional, en línea con los objetivos de gestión del modelo institucional.</p> <p><u>Asignación de autoridad y responsabilidad</u> La política tiene como líder Subsecretario(a) Corporativo (a) Dirección de Planeación Institucional y Calidad.</p>
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<p>Frente a la política el proceso ha avanzado frente a la revisión del modelo de gestión de procesos utilizando una metodología de análisis de valor agregado, identificando acciones que generan o no valor. Las acciones útiles se simplificaron, integraron o automatizaron, mientras que las que no generaban valor fueron eliminadas. Este análisis abarcó 194 productos y servicios, definiéndose 302 acciones de intervención, cuyo avance se monitoreó mediante cronogramas específicos.</p> <p>Como resultado, se actualizó el modelo operativo, consolidando un nuevo mapa con 19 procesos, incluidos 7 nuevos. Este trabajo se presentó al Comité Institucional y se discutió en mesas de trabajo con actores clave, incluyendo el sindicato. El proceso incluyó cuatro etapas: diagnóstico, mesas de trabajo, diseño de un nuevo mapa de procesos, y adopción del modelo, y se acompañará de campañas pedagógicas para su socialización y aplicación institucional.</p>
Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)	<p>La Dirección de Planeación Institucional dispone de una matriz de riesgos de procesos diseñada para identificar, valorar y establecer planes de tratamiento y seguimiento. Cuentan con el riesgo: "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 la falta de instrumentos de monitoreo que permitan controlar y dar cumplimiento a los requisitos establecidos.</p> <p>Con el propósito de mitigar este riesgo, se implementan acciones orientadas a monitorear la calidad de la información y garantizar la oportunidad en la entrega de las actividades transversales registradas en el POGD. Este proceso incluye la verificación constante del cumplimiento de lo programado, identificando y registrando incumplimientos en el Tablero de Control, de acuerdo con criterios de calificación predefinidos. Los incumplimientos detectados se comunican mediante correo electrónico a los líderes y gestores del proceso, quienes deben realizar los ajustes necesarios en el</p>

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

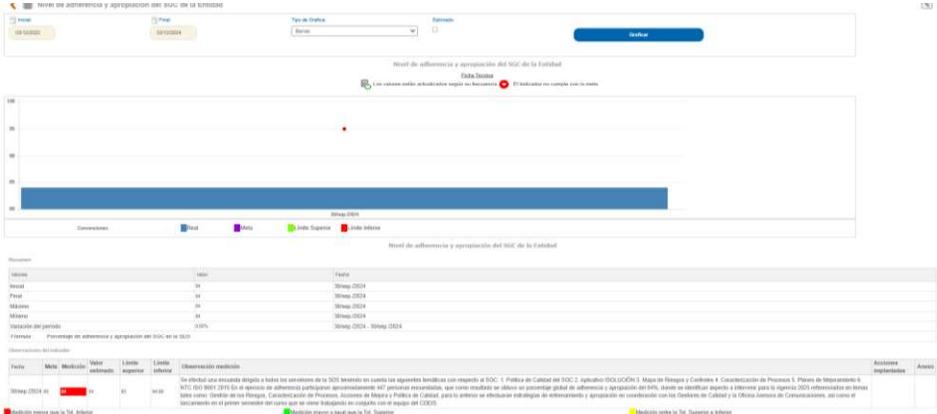
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	

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

	<p>porcentaje de avance de las metas, actividades o subactividades correspondientes.</p> <p>Para garantizar la eficacia de este seguimiento, se emplean diversas herramientas, como el Tablero de Control, correos electrónicos, memorandos e informes. Estas medidas aseguran un monitoreo integral y oportuno, promoviendo el cumplimiento de los objetivos establecidos y fortaleciendo la sostenibilidad del Sistema de Gestión Institucional.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>En relación con el FURAG esta herramienta dio la observación de: “diseñar y mantener actualizada la estructura organizacional de la entidad, que permita identificar las áreas de trabajo de acuerdo con la norma que aplica, las responsabilidades o funciones que se desempeñan en ellas, el tipo de planta de personal (temporal, Global, estructural) y los niveles jerárquicos a los que pertenecen”, frente a esta observación en la política Frente a esta observación, el proceso implementó un análisis de valor agregado, optimizando su modelo de gestión, actualizando su operación con 19 procesos (incluidos 7 nuevos) y definiendo 302 intervenciones en 194 productos, actividades realizadas con apoyo de los procesos y directivos.</p> <p>El POGD del proceso de Planeación Institucional y Calidad cuenta con tres metas, destacando la segunda, cuya actividad es revisar o validar el modelo de Operación por Procesos de la Entidad que se realiza en el cuarto trimestre y tiene un valor porcentual del 25%</p> <p>DASHBOARD: La Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos cuenta con cinco indicadores: eficacia de los controles de la SDS (94.3%), nivel de adherencia al SGC (88.4%), nivel de satisfacción del cliente (95%), riesgos de gestión materializados (0%), y cumplimiento de acciones de mantenimiento del SGC (95%). Aunque se refleja un buen desempeño en el tablero de control, no se especifica la fecha de creación de algunos indicadores, dificultando su seguimiento. Se recomienda sincronizar los reportes con la publicación de los indicadores.</p>
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>La Dirección de Planeación Institucional cuenta con referentes en cada uno de los procesos, que se comunican de manera efectiva con los distintos procesos, facilitando la integración y el flujo de información entre ellos. logrando una interacción constante y fluida en toda la organización, la cual se consolidó mediante reuniones periódicas con los responsables de cada proceso y los directivos de la institución.</p> <p>Como resultado, se creó el Modelo de Operación por Procesos (MOP) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), con el objetivo de lograr avances significativos en la gestión operativa, mejorando el desempeño y la eficiencia en la implementación de acciones y proyectos.</p>

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones:

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

Hallazgo 1	Resultado de la Evaluación
	<p>La fecha de creación de los indicadores no está claramente definida, lo que dificulta el seguimiento efectivo de su evolución y desempeño a lo largo del tiempo. Esta falta de claridad genera incertidumbre sobre el punto de partida para evaluar los avances y los resultados alcanzados. Para asegurar un seguimiento adecuado y oportuno, es fundamental establecer y documentar con precisión la fecha de creación de cada indicador, lo que permitirá realizar un análisis más preciso sobre su desarrollo y efectividad en el cumplimiento de los objetivos establecidos</p> 

Hallazgo 2	Resultado de la Evaluación
	<p>La herramienta DASBOARD se encuentra disponible para la entidad, sin embargo, durante las diversas mesas de trabajo realizadas, se identificó que algunos de los gestores de calidad no tienen el conocimiento ni la capacitación adecuada para utilizarla de manera efectiva como instrumento de consulta y seguimiento. Esto limita su potencial como una herramienta clave para la toma de decisiones informadas, el monitoreo continuo de los proyectos y la evaluación del desempeño. Es fundamental implementar un plan de formación y capacitación para asegurar que todos los gestores de calidad puedan aprovechar al máximo las funcionalidades de la herramienta, optimizando su uso para mejorar los procesos de seguimiento y control dentro de la entidad.</p>

Hallazgo 3	Resultado de la Evaluación
	<p>La revisión de varios indicadores evidenció inconsistencias en las fechas de alimentación y actualización del aplicativo Dashboard, así como la ausencia de parámetros definidos para la presentación y carga de información en la herramienta. Estas deficiencias dificultan el seguimiento oportuno y la implementación de medidas correctivas, evidenciando una debilidad en el sistema actual.</p>

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

Es necesario ajustar los plazos y definir lineamientos claros para la recepción, revisión y carga de datos, lo que permitirá reducir tiempos de respuesta, mejorar la regularidad de las actualizaciones y asegurar información precisa y oportuna para la toma de decisiones y el seguimiento de procesos.

Fecha	Meta	Medición	Valor estimado	Límite superior	Límite inferior	Observación medición
30/sep./2024	100	95	95	90	89	Se cumple la gran mayoría las accio gran parte de los procesos, corresp 100,00% DIRECCIÓN ADMINISTR/ SALUD -99,40% DIRECCIÓN FINA/ DE PLANEACIÓN SECTORIAL -99, DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TAJ -88,78% DIRECCIÓN DE SERVICIO
30/jun./2024	100	91	91	90	89	En el periodo de evaluación se obtu 97,78% -DIRECCIÓN ADMINISTRA SALUD COLECTIVA 71,15% -DIRE DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTR ASESORA DE COMUNICACIONES JURIDICOS 79,03% -DIRECCIÓN T actividad de mantenimiento denom
29/mar./2024	100	94,9	94,9	90	89	Se cumple con el 95% de las accion

Medición menor que la Tol. Inferior

Fórmula Índice Global de Percepción del Cliente de los Procesos de la SDS

Observaciones del Indicador

Fecha	Meta	Medición	Valor estimado	Límite superior	Límite inferior	Observación medicio
26/nov./2024	100	95	95	85	85	La información compil siempre que se encue 2024. *Programa Amp subistema Transmisionl acompañamiento técn informes emitidos a la
15/ago./2024	100	92	92	85	85	La información compil siempre que se encue grado de satisfacción, las instalaciones de la nivel de la satisfacción al ejercicio de auditori Transsectorialidad. (Cie respecto a la prestació encuesta, donde algun para el segundo trim 92% GESTIÓN JURID CALIDAD DE SERVIC

Medición menor que la Tol. Inferior

Fórmula (Números de controles ejecutados con efi

Observaciones del Indicador

Fecha	Meta	Medición	Valor estimado	Límite superior	Límit inferior
30/sep./2024	100	94,2857142857143	94,2857142857143	90	89
31/jul./2024	100	93,8850306749466	93,8850306749466	90	89

Medición menor que la Tol. Inferior

Observaciones del Indicador

Fecha	Meta	Medición	Valor estimado	Límite superior	Límite inferior	Observación r
30/sep./2024	0	1	1	0	2	Para el tercer tr solicitudes de tr registrada en IS económica y rej
26/ago./2024	0	4	4	0	2	Para la vigencia parte de estos. construcción y c inesperadas en anteriormente d sanciones pecu formulación, se el proceso de P

Medición mayor que la Tol. Inferior

Evaluación de las Funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

Caso	Productos (bien y/o servicio) / procedimiento / tema específico	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
INSTITUCIONAL	Sistema de Gestión de la Calidad	4	4	4	5	4	4,2	Nivel de confianza alto	Aunque se encuentra en un nivel de confianza alto, por parte de la OCI se realizan anualmente las auditorías de calidad, insumo básico para el proceso de certificación ISO 9001:2015.

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

*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

4	Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de
			Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora			
5	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD	Evaluar el desempeño de los procesos Efectuar monitoreo de las acciones establecidas (trimestralmente) y generar los planes de mejora según los resultados obtenidos	4	4	5	4	5	4,4	Nivel de confianza alto	1. Metodológicamente, se viene realizando trimestral de los resultados del desempeño de POGD y la matriz de riesgos, no obstante, evid reportes han sido publicados en los dñi consecuencia la función de aseguramiento se vi es coherente con lo documentado, de acuerdo c 2. El responsable de la política, desarrolle de m función de aseguramiento y el seguimiento a la a programadas. De acuerdo con lo anterior se cal 3. Los resultados y alertas son comunicados a la los informes consolidados de desempeño y acuerdo con lo anterior se califica 4. 4. Se realizan acciones de mejora que son mc institucional y se complementan los informe comunican los resultados periódicamente, de a califica 5

Acorde con lo anterior y al realizar la comparación de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza ya que pasa de 4.2 a 4,4 es decir, un 2% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Aspectos positivos:

- En relación con la política, el equipo ha trabajado de manera conjunta y comprometida con los gestores de calidad y el equipo directivo. Este esfuerzo colaborativo ha permitido llevar a cabo un análisis exhaustivo de los procedimientos, productos y actividades realizadas, lo que ha conducido a importantes modificaciones en la plataforma estratégica.
- Gracias a un trabajo arduo y meticuloso, se lograron identificar áreas de mejora y realizar ajustes que fortalecen la alineación de las actividades con los objetivos institucionales. Este enfoque permitirá optimizar la gestión y garantizar que las estrategias implementadas respondan eficazmente a las necesidades identificadas durante el análisis interno. Como resultado, se ha consolidado una plataforma más robusta, eficiente y enfocada en el logro de los resultados esperados.
- El proceso demuestra un conocimiento integral sobre la información relacionada con las brechas identificadas, así como sobre los datos proporcionados para el FURAG. Esta herramienta se utiliza como un mecanismo clave para medir y evaluar el desempeño de las políticas institucionales. A través de este enfoque, el proceso asegura un entendimiento claro de los indicadores y criterios de medición, lo que facilita la implementación de estrategias orientadas a cerrar brechas y optimizar la gestión en cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- Los resultados del proceso de evaluación evidencian una mejora en las funciones de aseguramiento, reflejada en un incremento del nivel de confianza del 4.2 al 4.4, lo que representa un avance del 2% en comparación con el periodo anterior.

Conclusiones:

1. Se ha logrado un monitoreo continuo y mitigación de riesgos, fortaleciendo la sostenibilidad del sistema de gestión institucional. Los indicadores del dashboard muestran un alto desempeño en eficacia, satisfacción del cliente y cumplimiento del SGC, aunque se recomienda mejorar la sincronización de los datos. La comunicación efectiva entre procesos ha impulsado la consolidación del Modelo de Operación por Procesos (MOP), mejorando la gestión operativa, el desempeño institucional y reafirmando el compromiso con la excelencia y la gobernanza.
2. El cumplimiento se caracteriza por la evaluación continua del desempeño de los procesos, lo que facilita el monitoreo y la mejora. El informe de revisión por la Dirección como segunda línea, que abarca áreas

*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					

clave como el riesgo y la gestión documental, apoya la toma de decisiones informadas y refuerza el sistema de gestión.

3. El compromiso conjunto entre el equipo, los gestores de calidad y el equipo directivo ha sido fundamental para realizar un análisis exhaustivo de los procedimientos, productos y actividades. Este esfuerzo colaborativo permitió implementar modificaciones significativas en la plataforma estratégica, alineándola mejor con los objetivos institucionales.
4. El fortalecimiento organizacional, la simplificación de procesos y la asignación clara de roles han optimizado la estructura interna y mejorado la eficiencia administrativa y operativa, asegurando un enfoque estratégico en la implementación de políticas. Mediante metodologías de análisis de valor agregado, se actualizaron modelos operativos, consolidando procesos más eficientes. Además, la gestión integral de riesgos, apoyada por herramientas como el Tablero de Control, ha permitido un monitoreo constante y la mitigación de riesgos, fortaleciendo la sostenibilidad del sistema de gestión institucional.

6.1.7. Política de Gobierno Digital

Una vez realizado el análisis de la información obtenida como resultado de la mesa de trabajo y conforme a las 18 preguntas formuladas, obtuvimos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
<u>Ambiente de control:</u> (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Estructura organizacional:</u> La dirección de Tecnología, ejerce el liderazgo de la política de Gobierno Digital, en tal medida define y emite las directrices, lineamiento, programas, proyecto, planes y demás elementos que permiten dar cumplimiento con la política. En lo que refiere a la primera línea de defensa, la conforman el conjunto de especialistas que hacen parte de la dirección TIC y dan respuesta a los diferentes servicios que se ofrecen dentro del portafolio y dan respuesta al mantenimiento y mejora de política. • <u>Asignación de autoridad y responsabilidad:</u> Mediante la resolución interna 842 del 2021, se definen y establecen los líderes para cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG, y en el caso de la política de Gobierno Digital, el liderazgo y la autoridad son ejercidas por la dirección TIC. A nivel de autoridad, se cuenta con las mesas técnicas TIC y el comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido por el modelo MIPG para dar conocer los avances de la política, dicho comité se reúne de acuerdo con las fechas establecidas o por demanda. Por último, quien ejerce el gobierno y las directrices generales frente al modelo integrado de planeación y gestión - MIPG en la entidad, es la Dirección de planeación institucional y calidad, es por eso que el dueño de la política de gobierno digital debe reportar los resultados de los indicadores en las fechas establecidas para posteriormente ser actualizados en el DASHBOARD o tablero general.
<u>Actividades de Control:</u> (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y	Contempló la verificación de la caracterización, procedimientos, formatos, reportes, tableros y demás componentes utilizados, a fin de dar cumplimiento con la implementación y el mantenimiento de la política y de acuerdo con lo anterior, se consultaron y verificaron los siguientes elementos:

*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>externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Tablero de control de indicadores en isolucion 8. Resultados del desempeño FURAG 9. POGD 10. PETI 11. Plan de trasformación digital 12. Plan de gobierno digital 13. Caracterización: SDS-TIC-CAR-001 14. Procedimientos, lineamientos, planes: <ul style="list-style-type: none"> • SDS-TIC-PL-002 PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGIAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PETIC • SDS-TIC-PL-003 PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN • SDS-TIC-PL-004 PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN • SDS-TIC-PR-001 GESTIÓN DE SOLUCIONES DE SOFTWARE • SDS-TIC-PR-002 GESTIÓN DE INCIDENTES Y REQUERIMIENTOS DE SERVICIOS TIC • SDS-TIC-PR-003 GESTIÓN PROYECTOS TIC • SDS-TIC-PR-005 SEGURIDAD INFORMÁTICA <p>Se cuenta con el recurso humano especializado contratado en la modalidad de prestación de servicios, que adelanta el cumplimiento de las actividades trazadas de cara a la política específica.</p> <p>Análisis general: Desde la Dirección TIC, se definió un plan de acción año 2024 para dar respuesta a la política de gobierno digital, dicho plan está conformado por diferentes componentes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategia de ciudades y territorios inteligentes, consta de 3 actividades. 2. Proyecto de estado abierto, tema que es liderado por un profesional de planta y consta también de 3 actividades. 3. Por último, el Proyecto de transformación digital, <p>Es clave mencionar que este último plan, se encuentra en etapa de formulación y a la espera de revisión y aprobación por parte del comité institucional, dicho plan se presentara y sustentara en el comité del 28 de noviembre del 2024. El plan de acción general, de acuerdo con la revisión, tiene un avance del 80%, no obstante, se tiene algunas actividades programadas para el 4to trimestre 2024.</p> <p>De acuerdo a lo informado por los referentes, se han presentado dificultades en el desarrollo, ya que no se contaba con recursos humanos como consecuencia de las demoras en el proceso de contratación. Se consulta del plan maestro y al realizar el filtro por el campo "estado", identificamos que el número de actividades pendientes es de 22 de 46, se afirma que todas las actividades establecidas para el componente de arquitectura están programadas para el 4to trimestre 2024.</p> <p>En lo que respecta al instrumento POGD, la meta 4 y las actividades trazadas, dan respuesta al avance de la política de Gobierno Digital con un avance acumulado a la fecha del 64%. Se tiene un valor programado para el cuarto trimestre 2024 del 25% y un reprogramado del 11% con el fin de alcanzar al 100% proyectado.</p>
--	--

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

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

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

	<p>En lo que respecta al DASHBOARD o tablero de indicadores de políticas, la dirección TIC reporta los resultados a la dirección de planeación institucional en los tiempos establecidos y ellos a su vez consolidan y publican la información. Es clave mencionar que los referentes TIC, informan que es necesario fortalecer la parte de socialización y acompañamiento por parte de Planeación institucional, ya que es muy esporádico u ocasional el ejercicio.</p> <p>Respecto al particular, se cuenta con el listado de preguntas realizadas en la mesa de trabajo, y en tal medida permitió constatar el estado actual de los aspectos evaluados.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>Desde la Dirección TIC, se cuenta con la matriz de riesgos de proceso y de corrupción, dichas matrices contienen los riesgos identificados, valorados y además cuenta con su correspondiente plan de tratamiento y seguimiento respectivo, frente a la política en cuestión. Al consultar la matriz de riesgos de gestión, se identifican los id: 112, 113 y 114, los cuales cuentan con varios controles definidos, que permiten mitigar las diferentes amenazas y dichos riesgos están alineados con el cumplimiento de la política específica.</p> <p>El riesgo ha sido gestionado, ya que se han realizado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitoreo a los riesgos aplicando los controles y la autoevaluación y elaborando el informe de riesgos. 2. Se han implementado y reportado las oportunidades de mejora establecidas, en las iniciativas y estrategias del contexto interno y externo del proceso. <p>Al consultar el tablero de control del POGD TERCER SEGUIMIENTO 2024, se reporta un avance del 50%.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Se llevó a cabo la verificación y el resultado fue el siguiente:</p> <p>Primera Línea (Autocontrol): La primera línea la conforman todos los colaboradores de la entidad, ya que debemos seguir directrices y lineamientos de planeación institucional, no obstante, la presente política en su actuar, esta conformada por los profesionales o facilitadores asignados en cada uno de los procesos, a fin de consolidar y reportar los resultados de cada una de las políticas a los referentes de planeación institucional y ejercen a su vez la labor de monitoreo y actualización de la información en el POGD, no obstante, la implementación y operativización de política, con base a las actividades trazadas en los diferentes programas y proyectos se realiza con personal especializado. Para el caso de la política de Gobierno Digital, se viene implementado conforme a las actividades trazadas en el plan estratégico 2024.</p> <p>Segunda Línea (Autoevaluación): El líder de la política define las directrices o lineamientos frente a la política específica, ejerce la función de monitorear los resultados de la política, participa, acompaña y toma decisiones frente al desarrollo y cumplimiento el plan estratégico de la política y atiende las mejoras que deben ser implementadas. Por último, cada referente o líder de política, reporta a planeación institucional los resultados de desempeño mediante el tablero de indicadores.</p> <p>Respecto a las recomendaciones del FURAG, el líder de la política en conjunto con sus especialistas, se reúnen y definen el plan de mejoramiento a implementar.</p>

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

Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)	<ul style="list-style-type: none"> • Se verificaron los registros y documentos asociados de la política de acuerdo con la base de conocimiento en isolucion. • Se cuenta con registros de actas de reuniones de revisión por la dirección mediante los comités institucionales, que son el escenario dispuesto para comunicar los resultados de las diferentes políticas a las partes interesadas. • Se cuenta con algunas piezas comunicativas o las campañas de sensibilización frente a la política. • Se cuenta con registro de correos masivo frente al reporte de los resultados para los indicadores de la política de Gobierno Digital • Se cuenta con reporte de resultados del desempeño FURAG 2023 frente a las políticas de MIPG y los resultados fueron comunicados al líder de política.
--	---

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

Hallazgo 1

Resultado de la Evaluación																																									
<p>La Dirección TIC, cuenta con un plan estratégico año 2024, que da respuesta al mantenimiento y mejora de la política de gobierno digital, de acuerdo con la ejecución del plan, identificamos un avance del 80% y se afirma que las actividades establecidas para el componente de arquitectura se encuentran programadas para el 4to trimestre 2024. De acuerdo con lo informado, se han presentado dificultades en el desarrollo, ya que no se contaba con recursos humanos como consecuencia de las demoras en el proceso de contratación. Por último, al consultar el estado del plan, identificamos un total de 22 actividades pendientes de las 46 trazadas a lo largo del año 2024. Para efectos de medición de la política, se cuenta con 3 indicadores trazadores los cuales se encuentran publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD vinculada al aplicativo isolucion. Así mismo, en la mesa de trabajo realizada el día 7 de noviembre, se toma captura o pantallazo del reporte de indicadores en ese momento y se comparte mediante la siguiente imagen:</p>						<p>91,55%</p>																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="7" style="text-align: center; background-color: #e6f2ff;">Política de Gobierno Digital</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Indicador</th> <th style="text-align: center;">Meta</th> <th style="text-align: center;">Valor real</th> <th style="text-align: center;">Valor Estimado</th> <th style="text-align: center;">Fecha medición</th> <th style="text-align: center;">Cumplimiento</th> <th style="text-align: center;">Gráfica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Porcentaje de implementación de la política de Gobierno Digital de acuerdo con el autodiagnóstico definido por el DAFP para el seguimiento de la Política</td> <td style="text-align: center;">70</td> <td style="text-align: center;">70,3</td> <td style="text-align: center;">70,3</td> <td style="text-align: center;">05/ago./2024</td> <td style="text-align: center;">100,428571 428571 %</td> <td style="text-align: center;">●●●●●</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Cumplimiento en la implementación de la Política de Gobierno Digital</td> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">90</td> <td style="text-align: center;">90</td> <td style="text-align: center;">05/ago./2024</td> <td style="text-align: center;">90 %</td> <td style="text-align: center;">●●●●●</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Porcentaje de avance de las iniciativas contempladas en el PETI</td> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">84,21052632</td> <td style="text-align: center;">84,21052632</td> <td style="text-align: center;">05/ago./2024</td> <td style="text-align: center;">84,2105263 157895 %</td> <td style="text-align: center;">●●●●●</td> </tr> </tbody> </table>							Política de Gobierno Digital							Indicador	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	Cumplimiento	Gráfica	Porcentaje de implementación de la política de Gobierno Digital de acuerdo con el autodiagnóstico definido por el DAFP para el seguimiento de la Política	70	70,3	70,3	05/ago./2024	100,428571 428571 %	●●●●●	Cumplimiento en la implementación de la Política de Gobierno Digital	100	90	90	05/ago./2024	90 %	●●●●●	Porcentaje de avance de las iniciativas contempladas en el PETI	100	84,21052632	84,21052632	05/ago./2024	84,2105263 157895 %	●●●●●
Política de Gobierno Digital																																									
Indicador	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	Cumplimiento	Gráfica																																			
Porcentaje de implementación de la política de Gobierno Digital de acuerdo con el autodiagnóstico definido por el DAFP para el seguimiento de la Política	70	70,3	70,3	05/ago./2024	100,428571 428571 %	●●●●●																																			
Cumplimiento en la implementación de la Política de Gobierno Digital	100	90	90	05/ago./2024	90 %	●●●●●																																			
Porcentaje de avance de las iniciativas contempladas en el PETI	100	84,21052632	84,21052632	05/ago./2024	84,2105263 157895 %	●●●●●																																			
<p>Una vez realizado el análisis a estos resultados, evidenciamos que el indicador de: “Cumplimiento en la implementación de la Política de Gobierno Digital” reporta un 90% de cumplimiento con fecha de actualización al 05/nov./2024, no obstante, el reporte o avance del plan estratégico presentado en la mesa de trabajo, confirma un avance real del 80%, ya que existe un retraso de las actividades del componente de arquitectura, el cual se puede corroborar o constatar mediante el plan de trabajo presentado en la mesa. En consecuencia, existe una inconsistencia en el reporte real del indicador, toda vez que fue reportado un 10% adicional de la ejecución reportada en el plan, ya que existen 22 actividades atrasadas de cara al plan trazado, lo que deriva en una oportunidad de mejora que busca fortalecer dicho aspecto.</p>																																									

*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					

Evaluación de las funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la	
Definición y divulgación de política para el desarrollo de software.						
Seguimiento o monitoreo a los controles tecnológicos y administrativos						
Definición de roles y perfiles frente al buen uso de los diferentes aplicativos desarrollados con los que cuenta la entidad.	5	4	4	4	3	4
Divulgar hacia la alta dirección o comité los resultados del procedimiento de Gestión de Software.						

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa	Auditor responsable de seguimiento
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo o a la mejora				
Definición y divulgación de política para el desarrollo de software.									
Seguimiento o monitoreo a los controles tecnológicos y administrativos									
Definición de roles y perfiles frente al buen uso de los diferentes aplicativos desarrollados con los que cuenta la entidad.	5	5	5	4	5	4,8	Nivel de confianza Alto		FRANCISCO PINTO
Divulgar hacia la alta dirección o comité los resultados del procedimiento de Gestión de Software.									

De acuerdo con lo anterior, al realizar el comparativo de los resultados de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza así:

- Paso de 4 a 4,8 es decir, un 16% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Aspectos positivos:

- La dirección TIC conforme a la resolución interna 842 del 2021, ejerce y lidera la política de Gobierno Digital, la cual se encuentra alineada con el modelo integrado de planeación y Gestión – MIPG.
- La dirección TIC, ejerce funciones de segunda línea de defensa y también lidera la política de: seguridad digital, acompaña, asesora y reporta los resultados a la alta dirección.
- El líder de la política dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan ejerciendo el rol de la segunda línea de defensa que le corresponde.
- El escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados es el comité institucional de gestión y desempeño el cual se realiza de acuerdo con la periodicidad establecida o por solicitud extraordinaria.
- La evaluación de las funciones de aseguramiento permitió demostrar una mejoría significativa de cara al nivel de confianza establecido en comparación con el periodo inmediatamente anterior.

*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					

Conclusiones:

1. Se cuenta con un líder de política y grupo de trabajo especializado, que coordina el plan estratégico de implementación de la política de Gobierno Digital a nivel institucional.
2. Se realiza seguimiento periódico a la política a través del comité institucional de gestión y desempeño, el cual es el escenario establecido para dar a conocer el estado y los resultados de la política.
3. De acuerdo con el instrumento POGD-TIC, la meta 4 y las actividades trazadas en esta, dan respuesta al avance de la política de Gobierno Digital con un avance acumulado a la fecha del 64%, un valor programado para el cuarto trimestre del 25% y un reprogramado del 11%, a fin de dar respuesta en su totalidad al plan trazado 2024 de cara a la política de Gobierno Digital.
4. El tablero de indicadores de políticas o DASHBOARD reporta los resultados de cada una de las políticas de MIPG de manera trimestral, sin embargo, los resultados de cara a la Política de Gobierno Digital presentan desactualización y no coincide con el valor reportado lo que deriva en una oportunidad de mejora.
5. De acuerdo con lo informado por el líder de la política y sus referentes, el tablero de indicadores o DASHBOARD, es el tema por mejorar ya que se desconoce.
6. Respecto a las brechas o recomendaciones de la política, que son reportadas por el DAFP mediante el instrumento FURAG, la dirección de planeación institucional, tiene la responsabilidad de reunirse con los diferentes dueños de políticas, dar a conocer las recomendaciones, sugerir y definir el plan de mejoramiento que responda a las brechas identificadas, dicho plan es presentado y aprobado por el comité de gestión y desempeño, no obstante, los referentes de la dirección TIC, informan que es necesario fortalecer la parte de socialización y acompañamiento por parte de Planeación institucional, ya que es muy esporádico u ocasional el ejercicio.

6.1.8 Política de Seguridad Digital

Una vez realizado el análisis de la información obtenida como resultado del ejercicio auditoría recientemente realizado, obtuvimos los siguientes resultados que se agrupan por componentes de control MECI así:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política: <ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizacional: La dirección TIC, ejerce el liderazgo de la política, en tal medida define y emite las directrices, lineamiento, programas, proyecto, planes y demás elementos que permiten dar cumplimiento con la política. En lo que refiere a la primera línea de defensa, la conforman el conjunto de especialistas que hacen parte de la dirección TIC y dan respuesta a los diferentes servicios que se ofrecen dentro del portafolio y dan respuesta al mantenimiento y mejora de política. • Asignación de autoridad y responsabilidad: Mediante la resolución interna 842 del 2021, se define y establece el liderazgo y la autoridad de la política que son ejercidas por la dirección TIC. A nivel de autoridad, se cuenta con las mesas técnicas TIC y el comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido por el modelo MIPG para dar conocer los avances de la política, dicho comité se reúne de acuerdo a las fechas establecidas o por demanda. Por último, quien ejerce el gobierno y las directrices generales frente al modelo integrado de planeación y gestión - MIPG en la entidad, es la Dirección de planeación institucional y calidad, es por eso que el dueño de la política debe reportar los resultados de los indicadores en las fechas establecidas para posteriormente ser actualizados en el DASHBOARD o tablero general.

*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					

Actividades de Control:
 (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)

Contempló la verificación de la caracterización, procedimientos, formatos, reportes, tableros y demás componentes utilizados, a fin de dar cumplimiento con la implementación y el mantenimiento de la política y de acuerdo con lo anterior, se consultaron y verificaron los siguientes elementos:

1. Tablero de control de indicadores en isolucion
2. Tableros de indicadores de cara la Seguridad de la información
3. Resultados del desempeño FURAG
4. POGD
5. PETI
6. Plan de trasformación digital
7. Plan de gobierno digital
8. Caracterización: SDS-TIC-CAR-001
9. Procedimientos, lineamientos, planes:

- SDS-TIC-PL-002 PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGIAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PETIC
- SDS-TIC-PL-003 PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN
- SDS-TIC-PL-004 PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
- SDS-TIC-PR-001 GESTIÓN DE SOLUCIONES DE SOFTWARE
- SDS-TIC-PR-002 GESTIÓN DE INCIDENTES Y REQUERIMIENTOS DE SERVICIOS TIC
- SDS-TIC-PR-003 GESTIÓN PROYECTOS TIC
- SDS-TIC-PR-005 SEGURIDAD INFORMÁTICA
- Entre otros,

Se cuenta con el recurso humano especializado contratado en la modalidad de prestación de servicios, que adelanta el cumplimiento de las actividades trazadas de cara a la política específica.

Análisis general: Desde la Dirección TIC, se han definido planes de acción para dar respuesta a la política de seguridad digital, no obstante, existe un incumplimiento reiterativo en estos últimos 2 años, ya que el componente de planes de recuperación ante desastres - DRPs, análisis de impacto al negocio – BIA y pruebas de recuperación, no se han llevado a cabo, dicha situación fue argumentada en la auditoria de gestión realizada recientemente, lo cual derivo en una no-conformidad decretada y 13 oportunidades de mejora en otros frentes.

En lo que respecta al instrumento POGD, existe una meta, varias actividades trazadas que dan respuesta al avance en la implementación de política.

En lo que respecta al DASHBOARD o tablero de indicadores de políticas, la dirección TIC reporta los resultados a la dirección de planeación institucional en los tiempos establecidos para la consolidación y publicación de la información.

Aspectos por destacar de la política:

1. Como buena práctica la dirección TIC en conjunto el grupo de especialistas del SOC, realizan periódicamente y mediante diferentes herramientas de seguridad, análisis de vulnerabilidades informáticas, para detectar vulnerabilidades y aplicar las remediaciones (actualizaciones y parches de seguridad) en los diferentes activos de información.

*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

	<p>2. Existe un tablero de 5 indicadores para medir el desempeño del MSPI y además se cuenta con un tablero de indicadores propio del SOC, que permiten medir la eficiencia y eficacia de varios los componentes del modelo de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad. El resultado de los indicadores han sido objeto de revisión en el comité de gestión y desempeño institucional.</p> <p>3.Desde la dirección TIC en conjunto con algunas dependencias, se viene adelantado la implementación algunos componentes (guías) del modelo de seguridad de la información (SGSI) en la entidad a partir de las necesidades identificadas, que buscan mantener la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información. A la fecha de la presente evaluación, dicho modelo no ha sido formalizado mediante un acto administrativo y no ha sido considerado como un objetivo estratégico certificar a la entidad.</p> <p>4.Actualmente, se tiene establecido mediante el SOC, un procedimiento establecido de gestión de incidentes de seguridad de la información y se cuenta con una acción de mejora en curso que va permitir formalizarlo, aprobarlo y darlo a conocer a la entidad.</p> <p>5.se han venido realizado campañas y estrategias de sensibilización con los colaboradores, para crear una cultura de seguridad y que empiecen a comprender los diferentes conceptos para el manejo del phishing, smishing. entre otros.</p> <p>6.Encontramos que se han fortalecido las capacidades en seguridad digital a través de los acuerdos de intercambio de información y para ello se cuenta con el formato SDS-TIC-FT-014 o FORMATO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN, el cual debe ser utilizado por las diferentes dependencias y partes interesadas para el buen uso e intercambio de información en el entorno digital.</p> <p>7.Se realizo un ejercicio simulado de incidente de seguridad digital materializado como fue un caso de phishing al interior de la entidad, logrando demostrar el relevancia e impacto de este.</p> <p>8.De otra parte, los proveedores y contratistas con contratos suscritos en la entidad, tienen la obligación de cumplir con las políticas de seguridad de la información establecidas, es por eso que, en conjunto con los supervisores de contrato y los directores de proyecto, se verifica el cumplimiento de las políticas y acuerdos suscritos.</p> <p>Respecto al particular, se cuenta con el listado de preguntas realizadas en la mesa de trabajo, y en tal medida permitió constatar el estado actual de los aspectos evaluados.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>Desde la Dirección TIC, se cuenta con la matriz de riesgos de proceso, de corrupción y matrices específicas para los riesgos de seguridad de la información, dichas matrices contienen los riesgos identificados, valorados y además cuenta con su correspondiente plan de tratamiento y seguimiento respectivo, frente a la política en cuestión. Al consultar las matrices de riesgo, se identifican varios controles que permiten mitigar las diferentes amenazas y dichos riesgos están alineados con el cumplimiento de la política específica. No obstante, el riesgo de indisponibilidad de los servicios y red se ha materializado en varias oportunidades, dicha situación fue puesta en conocimiento y escala a la alta dirección como resultado de la auditoria de gestión realizada recientemente, lo cual derivo en una oportunidad de mejora.</p>

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

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

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

<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Se llevó a cabo la verificación y el resultado fue el siguiente: Primera Línea (Autocontrol): La primera línea la conforman todos los colaboradores de la entidad, ya que debemos seguir directrices y lineamientos de planeación institucional, no obstante, la presente política en su actuar, esta conformada por los profesionales o facilitadores asignados en cada uno de los procesos, a fin de consolidar y reportar los resultados de cada una de las políticas a los referentes de planeación institucional y por último, ejercen el monitoreo y actualización de la información en el POGD. Segunda Línea (Autoevaluación): El líder de la política define las directrices, lineamientos y procedimientos frente a la política específica, ejerce la función de monitorear los resultados de la política, participa, acompaña y toma decisiones frente al desarrollo y cumplimiento el plan trazado y atiende las mejoras que deben ser implementadas. Por último, el líder de política reporta a planeación institucional los resultados de desempeño mediante el tablero de indicadores. Respecto a las recomendaciones del FURAG, el líder de la política en conjunto con sus especialistas, se reúnen y definen el plan de mejoramiento a implementar.</p>
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se verificaron los registros y documentos asociados de la política de acuerdo a la base de conocimiento en isolucion. • Se cuenta con registros de actas de reuniones de revisión por la dirección mediante los comités institucionales, que son el escenario dispuesto para comunicar los resultados de las diferentes políticas a las partes interesadas. • Se cuenta con algunas piezas comunicativas, campañas de sensibilización frente a la política. • Se cuenta con registro de correos masivo frente al reporte de los resultados para los indicadores de la política. • Se cuenta con reporte de resultados del desempeño FURAG 2023 frente a las políticas de MIPG y los resultados fueron comunicados al líder de política.

Para esta política en particular no se documentan hallazgos, ya que recientemente se realizó la auditoria específica de seguridad de la información que derivó en una (1) no-conformidad y trece (13) oportunidades de mejora que actualmente se adelantan y se encuentran registradas en el aplicativo de isolución.

Evaluación de las funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la	
Realizar el seguimiento y evaluación de los indicadores de Seguridad de la Información, según cronograma según plan de Seguridad y privacidad de la información.	5	4	4	3	4	4

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

*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

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa	Auditor responsable de seguimiento
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo o a la mejora				
Realizar el seguimiento y evaluación de los indicadores de Seguridad de la Información, según cronograma según plan de Seguridad y privacidad de la información.	5	5	5	4	5	4,8	Nivel de confianza Alto	1. Metodológicamente, La función de aseguramiento se desarrolla y se encuentra documentada, toda vez que, se viene realizando la evaluación y reporte trimestral de los resultados del desempeño mediante el instrumento POGD que contiene una meta y actividades que responden al componente de seguridad de la información, adicionalmente, se cuenta con un tablero de 5 indicadores específicos para medir el desempeño de la seguridad de la información, dicho tablero presenta un plan de mejora en desarrollo. De acuerdo con lo anterior, se califica 5. 2. El responsable de la política, realiza de manera continua la función de aseguramiento y el seguimiento a la ejecución de las actividades programadas. De acuerdo con lo anterior se califica 5. 3. Los resultados y alcances son comunicados a la alta dirección, basados en los informes consolidados de desempeño y seguimiento trimestral del POGD, de acuerdo con lo anterior se califica 4. 4. Se cuenta con varias acciones de mejora registradas en inrolucion y los resultados de la política se comunican periódicamente, de acuerdo con lo anterior se califica 5. Nota: Aun cuando se identifica un nivel de confianza alto, por parte de la DCI, se considera que es un componente que requiere verificación anual de su nivel de avance y madurez.	FRANCISCO PINTO

De acuerdo con lo anterior, al realizar el comparativo de los resultados de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza así:

- Paso de 4 a 4,8 es decir, un 16% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Aspectos positivos:

- La dirección de TIC conforme a la resolución interna 842 del 2021, ejerce y lidera la política de seguridad digital, la cual se encuentra alineada con el modelo integrado de planeación y Gestión – MIPG.
- La dirección TIC, ejerce funciones de segunda línea de defensa y también lidera la política de: Gobierno digital, acompaña, asesora y reporta los resultados a la alta dirección.
- El líder de la política dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan, ejerciendo el rol de la segunda línea de defensa que le corresponde.
- El escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados es el comité institucional de gestión y desempeño, el cual se realiza de acuerdo con la periodicidad establecida o por solicitud extraordinaria.
- La evaluación de las funciones de aseguramiento permite demostrar una mejoría significativa de cara al nivel de confianza establecido en comparación con el periodo inmediatamente anterior.

Conclusiones:

1. La seguridad digital, también conocida como seguridad de la información, contempla una política que permite definir y establecer las reglas para mantener la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información en la entidad.
2. En el entorno donde las amenazas y ataques cibernéticos están en constante evolución, la dirección TIC ha visto la necesidad de mantener y mejorar continuamente las medidas de seguridad, es por ellos que se han definido y establecido algunas medidas con el fin de proteger los activos de información de los ciberdelincuentes.
3. Las medidas de protección implementadas contra los ciberdelincuentes son: 1. Los colaboradores no deben descargar archivos sospechosos, es por eso existe una política de dominio que no permite la instalación de ningún tipo de software en los equipos de la entidad, 2. La dirección TIC, como medida preventiva, realiza actualización del software de los sistemas de cómputo periódicamente, 3. Todas las estaciones de cómputo, tiene instalado y actualizado el software de antivirus, así como aplicaciones antimalware, 4. Como política de gestión de contraseñas, se deben crear mejores contraseñas basadas en las características establecidas y deben ser cambiadas cada mes, y 5. por último, existe una política de dominio, que permite el bloqueo de las estaciones de trabajo, y se aplica o activa una vez los usuarios dejan desatendida la estación al cabo de los 5 minutos.
4. El tablero de indicadores de políticas o DASHBOARD contempla 2 indicadores de cara a la Política de Seguridad Digital: 1. Implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, el cual reporta un avance del 72% con corte al agosto 5 del 2024 y 2. Cumplimiento de las actividades para 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 la Política de Seguridad Digital, avance reportado 100% con corte al 27 de noviembre. Al particular, se deben considerar los 14 hallazgos de la auditoria de gestión realizada recientemente, ya que el porcentaje de avance reportado es muy alto.

5. Respecto a las brechas o recomendaciones de la política, que son reportadas por el DAFP mediante el instrumento FURAG, la dirección de planeación institucional, tiene la responsabilidad de reunirse con los diferentes dueños de políticas, dar a conocer las recomendaciones, sugerir y definir el plan de mejoramiento que responda a las brechas identificadas, dicho plan es presentado y aprobado por el comité de gestión y desempeño, no obstante, los referentes de la dirección TIC, informan que es necesario fortalecer la parte de socialización y acompañamiento por parte de Planeación institucional, ya que es muy esporádico u ocasional el ejercicio.
6. Por último, la dirección TIC a la fecha no adelantado las acciones necesarias para la identificación de la infraestructura crítica cibernética, no existe un inventario como tal acorde a la guía y no ha participado en la construcción de los planes sectoriales de protección de la infraestructura crítica cibernética, por consiguiente, se recomienda dar inicio a las acciones mejora que permitan dar cumplimiento con la política.

6.1.9. Defensa Jurídica

Una vez realizado el análisis de la información remitida por el proceso y con base en la información obtenida en la mesa de trabajo realizada el día 19 de noviembre 2024 se describe lo verificado:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>Asignación de autoridad y responsabilidad: De acuerdo a lo definido en la Resolución interna 842 del 2021, el liderazgo de la política está a cargo de la Jefe de la Oficina de Asuntos Jurídicos y es ejecutada mediante las actividades adelantadas con relación brindar respuesta a las solicitudes en los tiempos establecidos ante los despachos de conocimiento, dependencias de la entidad y ciudadanía asesorando en materia jurídica a las dependencias de la Secretaria Distrital de Salud y a las entidades del sector salud en el Distrito Capital, ejerciendo la representación judicial de la SDS y sustanciando los actos administrativos de competencia del Despacho, para la defensa de los intereses de la SDS y FFDS.</p> <p>En mesa de auditoria observó que líder de la política y su equipo de trabajo encargado de ejecutar las actividades, así como un gestor de calidad que interactúa de puente entre la dependencia y la Dirección de planeación institucional y calidad para establecer los aspectos relacionados con el aseguramiento y monitoreo de la política.</p>
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<p>Para la ejecución de las actividades propias de la política de defensa judicial se desarrollan las siguientes actividades:</p> <p>Existe una política de defensa jurídica claramente estructurada y con procedimientos documentados para la ejecución de las actividades propias de la Política de defensa judicial, adicionalmente el proceso cuenta con la siguiente documentación establecida en el aplicativo Isolucion para la ejecución de las actividades y por ende al cumplimiento de lo propuesto para esta política:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SDS-JUR-CAR-001 GESTIÓN JURÍDICA • SDS-JUR-POL-001 POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO • SDS-JUR-PR-003 RECURSOS DE REPOSICIÓN DE ÚNICA INSTANCIA Y TRÁMITE DE LA SEGUNDA INSTANCIA

*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

	<ul style="list-style-type: none"> • SDS-JUR-PR-010 RECURSOS DE SEGUNDA INSTANCIA - ASUNTOS POLICIVOS • SDS-JUR-PR-009 RECURSOS DISCIPLINARIOS - SEGUNDA INSTANCIA • SDS-JUR-PR-006 REPARTO DEFENSA JUDICIAL • SDS-JUR-PR-002 RESPUESTA A ACCIONES DE TUTELA DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD • SDS-JUR-PR-004 ASESORAMIENTO Y CONCEPTUALIZACIÓN JURÍDICA • SDS-JUR-PR-007 DEFENSA JUDICIAL DE LA ENTIDAD - CONCILIACIONES • SDS-JUR-PR-001 DEFENSA JUDICIAL DE LA ENTIDAD - PROCESOS JUDICIALES • SDS-JUR-PR-008 PAGO DE SENTENCIAS <p>Se evidencio mediante memorando el seguimiento de los avances del Plan de Acción de la Política de Prevención del Daño Antijuridico (1º. Semestre 2024).</p> <p>En la verificación se realizada se observó que política de defensa jurídica se encuentra en la etapa de ejecución y seguimiento.</p> <p>Se observa que los procedimientos definidos permiten realizar las acciones definidas para la Oficina de Asuntos Jurídicos, en marco a lo establecido en el MIPG, cumpliendo las etapas que componen el ciclo de la defensa jurídica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defensa abstracta del ordenamiento jurídico • Etapa de prevención del daño antijurídico • Etapa prejudicial • Etapa de defensa judicial • Etapa de cumplimiento y pago de sentencias y conciliaciones • Etapa de acción de repetición y recuperación de recursos públicos <p>Es importante que se realicen capacitaciones al interior de la entidad sobre prevención de riesgos jurídicos, dado que para esta vigencia no se demostraron en mesa de trabajo y es un tema establecido desde el MIPG.</p>
<p><u>Evaluación del Riesgo:</u> (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>La Oficina Asesora Jurídica identifica y gestiona sus riesgos para el cumplimiento de la política en la de matriz de riesgos, en la cual se establecen 5 riesgos de gestión con sus respectivos controles asociados al proceso, con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por resolver las peticiones de revocatoria y recursos interpuestos (contra autos y actos administrativos proferidos por la entidad o iniciados por los inspectores y corregidores de policía) fuera de los términos establecidos por la normativa vigente, debido a que no se cuenta con un registro de expedientes para realizar el control del vencimiento de términos por resolver. • Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por contestar fuera de los términos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes realizadas por los diferentes usuarios sobre Asesoría Legal y Contractual debido a no contar con un registro de expedientes para el control de vencimientos de términos, y falta de control en la calidad y criterio jurídico de los contenidos de las respuestas a las solicitudes. • Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por realizar la representación Judicial de los Procesos (Conciliaciones, Procesos

*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>Judiciales, Procesos Administrativos, Procesos Penales, Tribunales de Arbitramento) fuera de los términos establecidos por la normativa vigente, debido a la falta de seguimiento de la asistencia de los apoderados a las audiencias de los procesos a cargo y en la presentación de escritos que deben realizar los apoderados para los procesos a su cargo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por realizar la contestación de los requerimientos judiciales de las acciones de Tutelas incidentes de desacato e impugnaciones fuera de los tiempos establecidos por la normativa vigente, debido a falta de control y seguimiento a las fechas de vencimiento de las acciones de tutelas, incidentes de desacato e impugnaciones. <p>Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por desconocer los fallos de las acciones de tutelas, debido a falta de seguimiento en la consecución de los fallos de tutelas.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Desde la Dirección de Servicio a la ciudadanía se realiza el monitoreo de las actividades ejerciendo control a través de las siguientes herramientas:</p> <p>SEGPLAN: Se efectúa monitoreo mensual de las actividades y recursos a través de proyecto de inversión número: 8114 denominado “Modernización y desarrollo administrativo de la secretaria Distrital de Salud Bogotá D.C”.</p> <p>POGD: Se realiza la medición de la gestión a través del reporte de las actividades por medio de 4 metas establecidas de la siguiente manera: 1. Prestar oportuna asesoría jurídica a la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud y a las diferentes áreas de la entidad frente a problemáticas de carácter jurídico), 2. Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, 3. Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS y 4. Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción. De lo anterior se denota reprogramación actividades de las 4 metas para III trimestre de 2024. Por lo cual es importante la verificación de planeación para evitar futuros incumplimientos.</p> <p>FURAG: La política de Defensa Jurídica conto con una calificación del 100%, para la vigencia 2023 por lo cual no requirió acciones de mejora para el cierre de brechas.</p> <p>DASHBOARD: Se ha definido por parte del proceso, un (1) indicador de cumplimiento, denominado Éxito procesal en la defensa judicial de la entidad, las actividades adelantadas, el cual tiene definida la fórmula de la siguiente manera: <u>Procesos terminados que fueron fallados a favor de la SDS durante el periodo/Total de procesos terminados durante el período) * 100</u></p>  <p>Como se observa el porcentaje de cumplimiento es de 107%, a pesar que la OAJ realizo la siguiente observación: “12 Demandas en contra de la entidad fueron ganadas por la entidad y 2 demandas perdidas que corresponden a una Nulidad y restablecimiento de Derecho (2021-00288) y una Reparación Directa (2015-00678)”, lo cual no es acorde con el resultado del indicador (107%), por lo que debe ser verificado y ajustado, teniendo en cuenta que estos resultados son</p>

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



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**

INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)

Código: SDS-ESC-FT-003 Versión: 8



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

presentados en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional para la toma decisiones.
Por último, el comité institucional de gestión y desempeño, se reúne trimestralmente en el cual se dan a conocer los avances en la política, lo cual fue verificado en actas aportadas por la DPIYC, quienes lideran mencionados espacios.

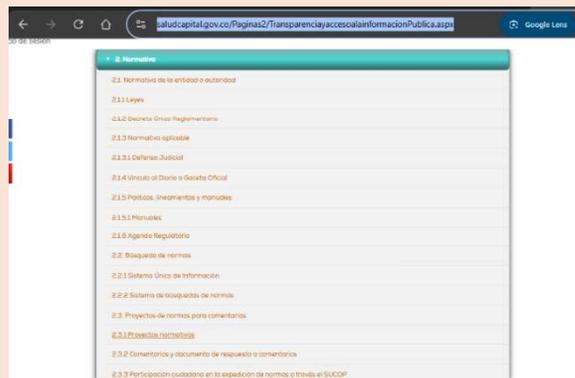
Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)

Dentro de las actividades que dan cumplimiento a política de defensa judicial se cuenta en la página Web de la entidad con enlace específico a la Defensa Judicial, en el cual se creó el correo electrónico notificacionjudicial@saludcapital.gov.co, con el fin de recibir de la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá la remisión de las notificaciones judiciales de los procesos efectuadas por los entes judiciales, para proceder de conformidad, adicionalmente se publican los procesos jurídicos en contra de la entidad.



Por otra parte, la Oficina de Asuntos Jurídicos de la SDS se acoge a las directrices emitidas por la secretaria Jurídica Distrital, por lo que publica y consulta procesos y normatividad en página LEGALBOG, en la cual se gestionan aspectos normativos distritales en <https://legalbog.secretariajuridica.gov.co>

Adicionalmente en página Web de la entidad se cuenta en el enlace de transparencia 2. Normativa:



*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					

Una vez verificada la política se identifican los siguientes hallazgos y recomendaciones:

Hallazgo 1	En el desarrollo de esta auditoria no se evidenció el plan de acción formalizado para la política de mejora normativa, lo cual puede generar desviaciones en el seguimiento y control de las actividades definidas para la política en defensa judicial.
Hallazgo 2	Teniendo en cuenta que los casos de contrato realidad siguen siendo un riesgo importante debido a prácticas de supervisión y lenguaje ambiguo en documentos, es importante que se generen estrategias que permitan mitigar este tipo de riesgos.
Hallazgo 3	Teniendo en cuenta la reprogramación de las 4 metas establecidas en el PODG de la OAJ para III trimestre de 2024, es importante la verificación de planeación para evitar futuros incumplimientos. Oportunidad de mejora
Hallazgo 4	Una vez verificado el mapa de aseguramiento y tras revisar las actividades transversales realizadas por el proceso para el desarrollo de la Política de Defensa Jurídica de la entidad, es importante que la Oficina de Asuntos Jurídicos asegure funciones de segunda línea de defensa con relación a las actividades en ejerciendo la representación judicial de la SDS Estas funciones deben ser controladas y monitoreadas, por lo cual se recomienda su inclusión en el mapa de aseguramiento para la próxima vigencia, garantizando su supervisión y el establecimiento de controles. Nota: La presente acción para abordar riesgos, se define como una oportunidad de mejora, teniendo en cuenta que existe un hallazgo del orden transversal, bajo el liderazgo de la Dirección de planeación institucional y calidad. Favor consultar el capítulo de acciones transversales del presente documento.

Aspectos Positivos:

- La política de defensa judicial cuenta con un marco normativo bien definido, lo que facilita la gestión de procesos jurídicos y fortalece la trazabilidad de los casos tratados.
- La entidad ha avanzado en la implementación de la política de defensa jurídica, incluyendo controles, indicadores y asignaciones específicas a abogados según carga de trabajo y tipo de caso.
- La política está alineada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), promoviendo la articulación entre diferentes áreas y políticas institucionales para garantizar su cumplimiento.
- Las verificaciones periódicas, el seguimiento a los procedimientos y la actualización constante del plan de acción demuestran el compromiso para el fortalecimiento de la política jurídica.
- El Indicador de éxito procesal y el seguimiento al plan de acción de prevención del daño antijurídico están definidos, lo que demuestra un enfoque hacia la medición del desempeño y la mejora continua.
- La entidad ha logrado una calificación del 100% en el FURAG con relación a la política de defensa jurídica, lo que evidencia un alto cumplimiento en este aspecto.

*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

Conclusiones:

1. Se establecieron indicadores como el de éxito procesal y el seguimiento al plan de acción, aunque se identifican oportunidades de mejora en la actualización y reporte de los mismos.
2. Las auditorías y verificaciones periódicas evidencian un compromiso con la evaluación y actualización de la política, asegurando su pertinencia y efectividad frente a las necesidades institucionales.

6.1.10. Mejora Normativa

Una vez realizado el análisis de la información remitida por el proceso y con base en la información obtenida en la mesa de trabajo realizada el día 19 de noviembre de 2024 se describe lo verificado:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	Asignación de autoridad y responsabilidad: Acorde a lo definido en la Resolución interna 842 del 2021, el liderazgo de la política está a cargo del Líder de la Oficina Asuntos Jurídicos, a través de las actividades adelantadas por dicha oficina con relación gestión normativa. Se visibiliza un líder de la política y un equipo de trabajo encargado de ejecutar las actividades, así como un gestor de calidad que interactúa de puente entre la dependencia y la Dirección de planeación institucional y calidad para establecer los aspectos relacionados con el aseguramiento y monitoreo de la política. La política de mejora normativa inicialmente fue manejada por la Dirección de Planeación y Calidad. Sin embargo, al inicio del presente año, se realizó una transición para que esta política fuera gestionada por la Oficina Asesora Jurídica, el cambio implicó que las responsabilidades sobre la implementación y seguimiento del ciclo de gobernanza regulatoria, anteriormente a cargo de Planeación, fueron asumidas por dicha oficina. La implementación del Decreto 474 de 2022, que establece el ciclo de gobernanza regulatoria, requiere la participación y coordinación de varias dependencias. La Oficina Asesora Jurídica coordina con las subsecretarías para la ejecución de la agenda regulatoria y otros aspectos del ciclo de mejora normativa. Cada dependencia tiene responsabilidades específicas dentro de las siete fases del ciclo de gobernanza regulatoria, desde la planeación hasta la publicación y participación ciudadana.
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	Según lo referido por el equipo auditado, la política de mejora normativa está en un estado de implementación inicial y transición. Se han establecido los fundamentos y la planificación, se está coordinando con varias dependencias, y se han identificado desafíos que están siendo abordados con nuevas directivas y circulares. Se ha establecido un plan de acción que incluye la implementación del Decreto 474 de 2022 y el ciclo de gobernanza regulatoria, que consta de siete fases documentadas que las dependencias deben seguir para expedir y gestionar las normas. La planeación se realiza a través de una agenda regulatoria, que se actualiza anualmente, la cual se publica en la página web de la entidad y en la plataforma LEGALBOG. Esta agenda incluye los proyectos normativos que se pretenden expedir durante el año y está abierta al ciudadano ya que es parte integral del plan de acción para asegurar la transparencia y la participación ciudadana. Se ha capacitado a las dependencias sobre la nueva dinámica de manejo de la política de mejora normativa, incluyendo el diligenciamiento de formularios y la gestión de la participación ciudadana.

*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

	<p>Se han implementado nuevas directivas y circulares, como la Directiva 004 de 2024, para guiar y apoyar a las dependencias en la transición y ejecución de la política normativa. Igualmente, se proporcionan lineamientos sobre cómo elaborar y publicar la agenda regulatoria y cómo cargar la información en la plataforma LEGALBOG.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>El proceso cuenta con matriz de riesgos de gestión, sin embargo, no se identifica en este instrumento un riesgo específico para la política de Mejora Normativa, lo cual puede conllevar a incumplimientos normativos por falta de controles establecidos.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Las herramientas disponibles para que la Oficina Asesora jurídica como segunda línea de defensa frente a la Política de mejora normativa realice el monitoreo de las actividades ejerciendo control son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FURAG: El Índice de Desempeño Institucional para el año 2023 no se encuentra reportado. Según lo informado por el proceso, Se identificaron dificultades en la adaptación de las dependencias a los nuevos procedimientos y formatos requeridos por la política de mejora normativa. Esta adaptación es crucial para cumplir con los requisitos del FURAG y mejorar los resultados en las próximas evaluaciones. - DASHBOARD: Se encuentra definido un indicador en el DASHBOARD relacionado con el cumplimiento del plan de la política de mejora normativa, acorde a lo manifestado por el equipo auditado este indicador fue definido por la Oficina de Planeación institucional aproximadamente en diciembre de 2023. La medición de este indicador es trimestral y está destinado para reflejar la fase de planeación de la política, sin embargo, no se ha realizado ninguna medición a la fecha.
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>Las herramientas tecnológicas mencionadas para gestionar la mejora normativa incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LegalBog: Para la publicación de proyectos normativos y recepción de comentarios ciudadanos. • Página Web de la Entidad: Para la publicación de la agenda regulatoria, proyectos de actos administrativos, y para facilitar la participación ciudadana. • Emblemas y Campañas: Para incentivar la participación ciudadana. • OneDrive: Para compartir documentos y directrices trimestrales. • Herramientas de Transparencia: Para asegurar el acceso y la participación de la ciudadanía en el proceso normativo. <p>Programa de Gestión Documental – PGD: su uso junto con las demás herramientas tecnológicas ha permitido una mejor organización y transparencia en la gestión documental relacionada con la mejora normativa.</p>

Una vez verificada la política se identifican los siguientes hallazgos, observaciones y recomendaciones:

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

Hallazgo 1

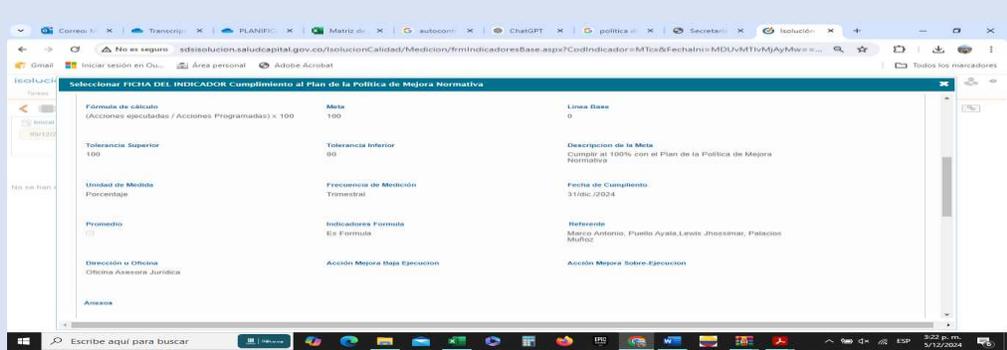
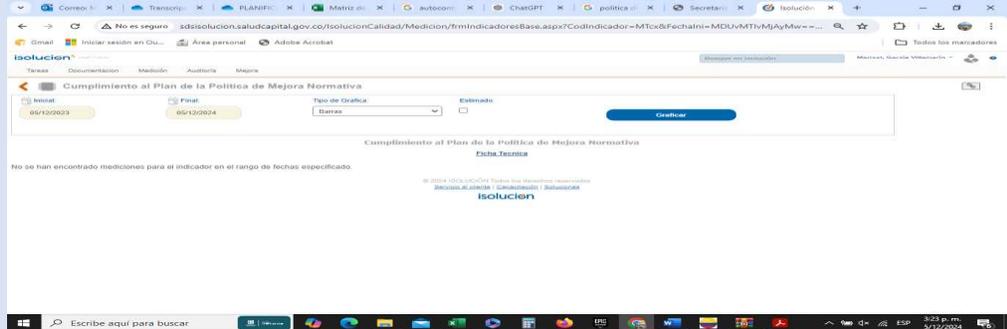
RESULTADO DE LA EVALUACION

Verificada la matriz de riesgos y controles no se identifica en este instrumento un riesgo específico para la política de Mejora Normativa, lo cual puede conllevar a incumplimientos normativos por falta de controles establecidos. Por lo cual, es necesario que se realice la revisión de los posibles riesgos y se establezcan los controles necesarios. AAR

Hallazgo 2

RESULTADO DE LA EVALUACION

Verificado el tablero de control o DASHBOARD se evidencia que a pesar de estar definido un indicador del cumplimiento del plan de la política de mejora normativa, a la fecha no se encuentra reporte, aun cuando la frecuencia de medición está establecida de forma trimestral, por lo cual, es necesario que se establezcan roles y responsabilidades al respecto y se realice el monitoreo correspondiente ajustado a la periodicidad definida.



Aspectos Positivos:

- Se resalta la buena disposición y cordialidad por parte del equipo y directivos que atendieron la mesa de trabajo, así como el compromiso para la entrega de los sopores requeridos.
- La elaboración de la agenda regulatoria, que se actualiza anualmente, garantiza que los proyectos normativos se planifiquen con antelación y que las acciones se alineen con los objetivos de la política de mejora normativa.

*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>					

Conclusiones:

1. Es importante que el proceso de gestión Jurídica documente en el SGC de la entidad la Política de mejora normativa, dado a que no se evidencio ningún tipo de procedimiento, lineamiento o manual, que garantice la adecuada gestión.
2. La responsabilidad de la política de mejora normativa fue transferida de la Dirección de Planeación y Calidad a la Oficina Asesora Jurídica a inicios del presente año. Esta transición ha permitido que la Oficina Jurídica asuma el liderazgo del ciclo de gobernanza regulatoria, alineando mejor los procesos normativos con las necesidades jurídicas y de gestión de la entidad.
3. La política está en una fase de implementación inicial, en la que se están completando las fases de planificación y ejecución. Aunque se ha avanzado significativamente en la definición de las herramientas y los procedimientos, aún se requiere ajustar y perfeccionar algunos aspectos para asegurar su efectividad en todas las dependencias.
4. Las dependencias aún están en el proceso de adaptación a los nuevos procedimientos y sistemas, como el uso de plataformas tecnológicas y el diligenciamiento de formularios para el ciclo de gobernanza regulatoria. Esta falta de familiarización con las nuevas dinámicas es un desafío clave para alcanzar los resultados deseados.
5. La capacitación continua es fundamental para que las dependencias puedan adaptarse correctamente al sistema. Las directivas y circulares han sido clave para brindar las orientaciones necesarias, pero se requiere un seguimiento constante para que todos los involucrados comprendan plenamente los procesos.
6. Aunque la participación ciudadana ha sido baja hasta ahora, las plataformas como LEGALBOG y la página web han sido implementadas correctamente para facilitar la interacción del público.

6.1.11. Servicio al Ciudadano

Una vez realizado el análisis de la información remitida por el proceso y con base en la información obtenida en la mesa de trabajo realizada el día 05-11-2024 se describe lo verificado a continuación:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
<p>Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)</p>	<p><u>Asignación de autoridad y responsabilidad:</u> Acorde a lo definido en la Resolución interna 842 del 2021, el liderazgo de la política está a cargo del Subsecretario de Gestión Territorial Participación y Servicio a la ciudadanía y es ejecutada mediante las actividades adelantadas por la Dirección de Servicio a la ciudadanía inmersa en el Proceso de Gestión Social en Salud en pro del cumplimiento de la Política Pública Distrital de servicio a la Ciudadanía (Decreto 197 de 2014 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C) alineada con la Política de Servicio al Ciudadano definida en MIPG. Se visibiliza un líder de la política y un equipo de trabajo encargado de ejecutar las actividades, así como un gestor de calidad que interactúa de puente entre la dependencia y la Dirección de planeación institucional y calidad para establecer los aspectos relacionados con el aseguramiento y monitoreo de la política.</p> <p><u>Estructura organizacional:</u> Dado su carácter transversal, se interrelaciona directamente con otras políticas de racionalización de trámites y participación ciudadana e interactúa con las diferentes dependencias en el marco del Modelo de Relacionamiento con la Ciudadanía, cuya finalidad, es articular y organizar las políticas de cara al ciudadano (trámites, transparencia, servicio al cliente y participación ciudadana).</p>

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

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

<p>Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)</p>	<p>Para la ejecución de las actividades propias de la política se cuenta con las siguientes actividades que dan cumplimiento y controlan la operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Acción de Servicio a la Ciudadanía: En cumplimiento del Decreto Distrital 612 de 2018, forma parte integral del Plan de Acción de la SDS el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, ejecutando para la vigencia 2023 las metas y actividades del Proyecto de Inversión 7750 encaminados al enfoque diferencial y las debilidades en los procesos de servicio a la ciudadanía. Para el segundo semestre de 2024 se dispone del Plan de acción de la Política Pública de Servicio a la Ciudadanía y el Plan de Acción del Modelo de Relacionamiento con la Ciudadanía, los cuales se encuentran en fase de formulación y no han sido a la fecha publicados en la página web para la consulta ciudadana. • Carta de trato digno en atención a la política de servicio al ciudadano, actualizada el 21 de junio de 2021 y publicada en la Página web de la entidad, es el punto de partida para visibilizar los derechos y deberes ciudadanos, así como, los medios puestos a disposición para garantizarlos efectivamente. Se actualizó en 2021 por cambio en administración y enfoque de género, según refiere el proceso. • Procedimientos documentados: para la ejecución de las actividades propias de la Política de Servicio al Ciudadano el proceso cuenta con 3 procedimientos documentados que dan línea para la ejecución de las actividades: Asistencia Técnica de Servicio a la Ciudadanía, Gestión de Orientación e Información al Ciudadano en Salud y Gestión de Peticiones en la Secretaría Distrital de Salud. • Gestión de peticiones: tiene por objetivo gestionar las Peticiones en la Secretaría Distrital de Salud, contribuyendo con la emisión de respuestas de calidad a las solicitudes ciudadanas e identificando las problemáticas que se presentan en el sector salud en el Distrito Capital, para que los agentes institucionales del Sistema cumplan con el marco normativo y la función de la Entidad, implementen acciones según competencias y se mejore la prestación de servicios de salud en la ciudad. • Medición de la satisfacción del ciudadano: se realiza mediante encuestas aplicadas continuamente en puntos de atención y de forma presencial; por medio virtual en el link dispuesto en la página web de la entidad y por vía telefónica mediante el Contact Center. La encuesta incluye la medición realizada al módulo de la SDS, los Cades y Super Cades y Capital Salud. En general, las mediciones están soportadas en los proyectos de inversión 7750 para 2023 y 8120 para 2024. Evalúa 5 criterios fundamentales: atención general, facilidad, claridad, tiempo empleado y trato general recibido por la institución. • Informe de resultados gestión de orientación e información: elaborado trimestralmente, incluye los resultados de la operación de los canales de relacionamiento con la Ciudadanía, describiendo las acciones desarrolladas bajo el procedimiento de Gestión de Orientación e Información en Salud, para responder a las solicitudes presentadas por la comunidad. Está disponible para el ciudadano en la página web de la entidad, para 2024 se encuentran publicados los informes del I y II trimestre.
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que</p>	<p>El proceso cuenta con matriz de riesgos de gestión donde se establecen los riesgos y controles asociados, se encuentran identificados riesgos por deficiencia en el suministro de información a la ciudadanía por falta de talento humano calificado; riesgo por falta de oportunidad en las respuestas a las peticiones ciudadanas por falta de continuidad del talento humano o monitoreo deficiente, así como, un riesgo por desactualización de la información publicada</p>

*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>puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>en el portafolio de trámite y servicios. De otro lado, se contempla un riesgo reputacional por falta de apropiación en la implementación de la Política Pública Distrital de Servicio a la Ciudadanía por parte de las EPS, IPS y entidades, por debilidades en el proceso por parte de estas. En cuanto a la medición de la gestión institucional e implementación de la política se tienen como controles los espacios de concertación con lo local y al interior de la entidad el seguimiento a indicadores a través del DashBoard.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Desde la Dirección de Servicio a la ciudadanía se realiza el monitoreo de las actividades ejerciendo control a través de las siguientes herramientas:</p> <p>Primera línea de defensa:</p> <p>Gestión de peticiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Seguimientos preventivos:</u> se remite a todas las dependencias cada 8 días el consolidado de las peticiones que registren pendientes en términos y/o próximas a vencer en el sistema. • <u>Informe trimestral del Comportamiento de las Peticiones y Problemáticas en el Acceso a los Servicios de Salud:</u> publicado en la Página Web de la entidad. Se remite un reporte trimestral de los indicadores de producto a la Secretaría general de la alcaldía de Bogotá. • <u>Evaluación de la calidad de las respuestas y manejo del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas Bogotá te escucha:</u> realizada por la secretaria general de la Alcaldía Mayor de Bogotá de forma mensual, quien emite un informe que contiene la evaluación de las respuestas emitidas por las diferentes dependencias a las peticiones ciudadanas, así como la oportunidad de la gestión y la calidad de la respuesta de las mismas. La SDS presenta plan de mejoramiento, al cual, la alcaldía realiza el seguimiento. • Indicadores de producto remitidos a la Secretaría general de la alcaldía de Bogotá. <p>Medición de la satisfacción del ciudadano: Se realizan informes de medición de manera mensual, trimestral y semestral. Para el 2024 se encuentran publicados en la página web de la entidad un informe trimestral y uno del primer semestre, con resultados superiores al 92% de satisfacción. Igualmente, se realiza un estudio de percepción cada dos años, por un contratista externo, aplicado a las entidades que conforman el Sistema Distrital de Salud, en el marco de los proyectos de inversión. Para 2024 este estudio arrojó una alta calificación para la entidad con un porcentaje superior al 80% para los niveles de percepción de satisfacción, confianza y calidad; por el contrario, Capital Salud tiene el mayor porcentaje de usuarios que consideran que la calidad es baja o muy baja.</p> <p>Segunda línea de defensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reporte mensual a SEGPLAN: Para el monitoreo de las actividades propias de la política se cuenta con el plan de acción del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para promover el acceso a los servicios de salud, correspondiendo a la meta 1 del Proyecto de Inversión 8120 de 2024, así como, la META 2 de Implementación de los planes de acción de las políticas de Servicio a la Ciudadanía y Racionalización de Trámites. - POGD: se realiza la medición de la gestión a través del reporte de la actividad 1 de la meta 2 del POGD (Gestionar las acciones para el cumplimiento de la Política de Servicio a la Ciudadano) y meta 4 (Realizar acciones para el seguimiento a la oportunidad de respuesta a los derechos de petición dadas por las distintas dependencias de la SDS a la ciudadanía), con un porcentaje de cumplimiento acorde a lo programado hasta el segundo trimestre de 2024. Para el 2023, las actividades propias de la Dirección de Servicio al Ciudadano se

*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

	<p>adelantaron en el marco de la meta 2 “Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y Desempeño de la SDS”, y la meta 4 acorde a la definida en 2024. La meta 2 alcanzó un 99% de cumplimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - FURAG: con un Índice de Desempeño Institucional para el año 2023 del 92,1%, el proceso identificó las dificultades en accesibilidad y está trabajando en un plan de acción para el 2025; Sin embargo, la líder del proceso menciona que los ajustes razonables están en la Dirección de Bienes y servicios quienes tienen los recursos. - DASHBOARD: se han definido por parte del proceso 2 indicadores de cumplimiento, uno de avance en el diseño e la implementación del plan de acción y otro de percepción de la satisfacción ciudadana. Los resultados para los 3 trimestres reportados se encuentran dentro de la tolerancia permitida para el primer indicador y cercano al 100%. Para el segundo indicador se evidencia que el porcentaje del reporte semestral no alcanzo la meta definida del 96% aunque con el resultado obtenido de 93.6% se sitúa dentro de la tolerancia permitida. Las actividades adelantadas son reportadas a PlyC, para ser consolidadas y presentadas en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional donde se encuentra la defensora del ciudadano (directora Servicio a la Ciudadanía). El proceso indica que estos indicadores serán modificados para el 2025 dado el cambio del proyecto de inversión para esta vigencia. Verificado lo reportado para el año 2024.
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>El Proceso cuenta con 3 canales para gestionar la comunicación con el ciudadano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefónico: Línea telefónica de servicio a la ciudadanía de la SDS operado por Contact Center, es el de mayor demanda, se tramitan solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, denuncias y demás requerimientos ciudadanos, a través de Bogotá Te Escucha - Sistema Distrital de Gestión de Peticiones Ciudadanas. • Virtual: link dispuesto en la página web de la entidad: <p style="margin-left: 20px;">Email: contactenos@saludcapital.gov.co Sitio Web: http://www.saludcapital.gov.co. Enlace web al Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas.</p> • Presencial: en puntos de atención en Cades, Súper Cades, y Módulo SDS. <p>Según mesa de trabajo dentro de las acciones futuras se planea unificar e interoperar los diferentes canales.</p>

Una vez verificada la política se identifican los siguientes hallazgos, observaciones y recomendaciones:

Hallazgo 1	<p>Revisados los informes de las encuestas de satisfacción se encuentra que para el periodo auditado en promedio solo participa el 21% de los puntos de atención, siendo esta participación constante para 4 puntos específicos, desconociendo así la opinión de la ciudadanía que utiliza los servicios de los puntos restantes (15). Igualmente, no se especifica de forma discriminada el nivel de satisfacción por punto de atención, lo cual sería un resultado valioso para identificar oportunidades de mejora particulares y dar cumplimiento a lo definido en la política respecto a la percepción de los grupos de valor. De otro lado, no se informan las causales de la inconformidad reportada por los encuestados, dato que encaminaría las acciones a fortalecer. Es importante realizar la verificación de la información publicada con el fin de identificar errores de transcripción o falta de claridad en los informes: año de aplicación, periodo.</p>
-------------------	---

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

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

Hallazgo 2

Realizada la verificación de los informes de Evaluación de la calidad de las respuestas y manejo del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas Bogotá te escucha, emitido por la Secretaría General de la Alcaldía de Bogotá, se evidencia falla en la planificación de los tiempos de respuesta específicamente para el mes de agosto, teniendo en cuenta la afectación del índice de cumplimiento dado por la celebración del día de cumpleaños de Bogotá, día hábil no laborado por la entidad y contabilizado dentro de la oportunidad de respuesta. Es necesario para eventos futuros realizar una planeación que prevea este tipo de dificultades, y/o acate la directriz de la alcaldía para este caso en relación con el tiempo de respuesta según la circular 027/2019 donde se indica, que se dispondrá de un tiempo inferior al legalmente establecido con el fin de evitar circunstancias que conlleven al vencimiento de los términos legales y afectación de la entidad por incumplimiento y materialización de riesgos.

Hallazgo 3

Revisada la página web de la entidad, se identificó que finalizando el año 2024 aún no ha sido publicado el documento "Plan de Servicio al Ciudadano" correspondiente a la vigencia. Acorde con los soportes remitidos ya se encuentra formulado y definido el cronograma de actividades para la vigencia 2024 – 2027 y las metas y sus correspondientes actividades definidas y reportadas desde el segundo semestre de 2024 en el SEGPLAN acorde al nuevo Proyecto de inversión, sin embargo, el documento referido aún no ha sido publicado.



Evaluación de las funciones de Aseguramiento

Teniendo en cuenta la verificación realizada a la Política de Servicio al Ciudadano y en concordancia con las funciones de aseguramiento identificadas en la matriz de líneas de defensa por la Dirección de PlyC, se considera que la dependencia ejerce el rol de segunda línea en relación con el trámite general de respuesta a peticiones ciudadanas por lo cual, se realiza la evaluación de la función de segunda línea de aseguramiento acorde a la escala de calificación:

*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

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa	Auditor responsable de seguimiento
GESTIÓN SOCIAL EN SALUD	Verificar periódicamente el cumplimiento de oportunidad de las repuestas a peticiones en la Secretaría Distrital de Salud. Analizar, elaborar y comunicar periódicamente un informe a los competentes, identificando cumplimiento de criterios de calidad y del manejo adecuado del aplicativo, para que generen las acciones de mejora respectivas.	5	5	5	4	4	4,6	Nivel confianza alto	Teniendo en cuenta la verificación realizada a la Política de Servicio al Ciudadano y en concordancia con las funciones de aseguramiento identificadas en la matriz de líneas de defensa por la Dirección de PlyC, se considera que la dependencia ejerce el rol de segunda línea en relación con el trámite general de respuesta a peticiones ciudadanas por lo cual, se realiza la evaluación de la función de segunda línea de aseguramiento acorde a la escala de calificación. Se evidencia que la función de aseguramiento se encuentra documentada en el procedimiento Gestión de Peticiones en la Secretaría Distrital de Salud y su objetivo y alcances son coherentes desarrollándose de acuerdo con la metodología diseñada. El responsable de media gerencia desarrolla de manera continua y directa la función de aseguramiento a través de los seguimientos preventivos y del seguimiento y monitoreo mediante los informes de la Secretaría General de la Alcaldía, los cuales son remitidos a las dependencias correspondientes. No se evidencia que se complementen dichos informes, ni que se incluya en estos criterios del manejo adecuado del aplicativo.	MARISOL

Aspectos Positivos:

- Para la ejecución de la política se cuenta con roles y responsabilidades definidas, con talento humano que encamina sus esfuerzos al logro de una atención oportuna, adecuada y humanizada para los habitantes del Distrito.
- Se identifican, adicional a lo mencionado en el presente informe, frentes de trabajo como las asistencias técnicas y los procesos de capacitación del personal que se alinean con los requerimientos de la política de Servicio al Ciudadano.
- Se ofrece información amplia y oportuna en la página web de la entidad para la consulta y orientación del ciudadano acorde con los requerimientos de la política.

Conclusiones:

1. De acuerdo con el análisis de los soportes aportados, se identificó que en el punto de atención de la SDS no se cuenta con medición de tiempos de espera para ser atendido, tiempo de atención y cantidad de personas atendidas, datos que pueden aportar al análisis de la medición de la prestación del servicio. Acorde a lo referido por el proceso, el digiturno de la SDS para atención al usuario, está saliendo de operación por obsolescencia, dado que no suministra esta información, es importante que se realicen las gestiones necesarias para la contratación o puesta en marcha de dicha herramienta en pro de la prestación del servicio y su evaluación.
2. Revisados los informes de evaluación de la calidad de las respuestas y manejo del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas “Bogotá te escucha”, emitidos por la Secretaría General de la Alcaldía de Bogotá, se identificó que los tiempos de respuesta fueron no oportunos para el mes de agosto, como consecuencia de la celebración del día de cumpleaños de Bogotá afectando el índice de cumplimiento dado que este fue un día hábil no laborado por la entidad y contabilizado dentro de la oportunidad de respuesta. SE recomienda que para eventos futuros se realice una planeación que anticipe este tipo de dificultades, evitando incumplimientos y posibilidad de afectación de la imagen institucional.
3. Aunque el índice de cumplimiento de las respuestas a la peticiones ciudadanas en los informes de resultados de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá se encuentra en general alrededor del 95% en la muestra analizada, es importante frente al plan de mejoramiento de cada dependencia acatar las recomendaciones reiteradas de la Alcaldía en cuento a la solicitud de replantear y reforzar las acciones definidas en el plan de mejora y de esta forma mejorar el índice de cumplimiento para las dependencias, es el caso del índice de calidad que se reporta para algunos meses por debajo del 90%.
4. La ejecución de las actividades propias de la política se ve directamente afectada por la fallas en la prestación del servicio a la ciudadanía, tanto en la entidad como en los diferentes puntos de atención a

*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					

razón de los procesos contractuales, por lo cual, se recomienda a la alta dirección diseñar e implementar medidas de contingencia ante esta situación con el fin de evitar interrupciones en el servicio, incumplimientos normativos (ley 1755 de 2015), afectación de la imagen institucional y posibles sanciones para la entidad.

5. Como parte de las conclusiones del informe de percepción realizado por ente externo para 2024, está la mejora por parte de la entidad en la atención en PQRS para las mujeres, los jóvenes y los trabajadores activos. Esto podría aumentar la satisfacción, la confianza y la lealtad de este grupo poblacional, por lo cual, se insta al proceso a trabajar en este sentido para aumentar el nivel de satisfacción general en el Distrito.
6. En cuanto al monitoreo de la política mediante el DashBoard, se pudo identificar que, para el indicador de Porcentaje de avance en el diseño e implementación del plan de acción, la frecuencia de medición está establecida de forma mensual, sin embargo, el reporte está consolidado trimestralmente, por lo cual, es necesario que se definan y establezcan criterios claros y uniformes para la medición y se ajusten los reportes según lo definido. De otro lado, se encuentra que la tolerancia del indicador en relación con la meta es muy amplia, estableciendo un límite inferior del 70%, lo cual, puede redundar en una falta de ejecución de las actividades definidas sin que esto genere un incumplimiento identificado a través de esta herramienta.
7. Tomando como referencia la meta propuesta para 2024 en el indicador de percepción de la satisfacción ciudadana, se identifica que el resultado semestral está por debajo de la meta propuesta, sin embargo, dentro de las observaciones registradas en el Dash Board no se identifican las causas del no cumplimiento, ni las acciones implantadas, lo cual, es fundamental para focalizar las acciones en pro de la mejora.
8. La evaluación de las funciones de aseguramiento frente a las actividades de respuesta a peticiones ciudadanas da como resultado un nivel de confianza alto para la gestión en la entidad.

6.1.12. Política de Racionalización de trámites

Una vez realizado el análisis de la información obtenida como resultado de la mesa de trabajo y conforme a las 17 preguntas formuladas, obtuvimos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política: <ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizacional: La dirección de Servicio a la ciudadanía, ejerce el liderazgo de la política de racionalización de trámites y define las directrices, lineamiento y demás elementos, los responsables de la racionalización de trámites son las dependencias “dueñas de los trámites” razón por la cual, ni la Dirección de Planeación institucional, ni la de Servicio a la Ciudadanía asumen la responsabilidad de los trámites a racionalizar. Ahora bien, quienes ejercen la primera línea defensa, son los colaboradores, ya que se convierten en dueños de la información y responsables de los diferentes tramites racionalizados. Actualmente, existe un líder de la política y un profesional encargado de adelantar las actividades, en cumplimiento de la estrategia de racionalización de tramites año 2024, así mismo, se cuenta con un profesional que ejerce el rol de gestor de calidad y se convierte en el canal de comunicación hacia planeación institucional para la actualización de reporte

*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					

	<p>de indicadores y demás temas. Ahora bien, quien da la línea en materia de racionalización de trámites, es la Dirección de Servicio a la Ciudadanía y la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, opera la herramienta SUIT desde el rol de administrador de gestión de la SDS y registra los datos de operación de la entidad. La asesoría sobre la política está a cargo de la Dirección de Servicio a la Ciudadanía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de autoridad y responsabilidad: Mediante la resolución interna 842 del 2021, define y establece los líderes para cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG, y en el caso de la política de racionalización de tramites, el liderazgo y la autoridad son ejercidas por la dirección de servicio a la ciudadanía. A nivel de autoridad, se cuenta con el comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido por el modelo MIPG para dar conocer los avances de la política(s), dicho comité se reúne con unas fechas establecidas o por demanda. Por último, quien ejerce el gobierno y las directrices frente al modelo integrado de planeación y gestión - MIPG en la entidad, es la Dirección de planeación institucional y calidad, es por eso que el dueño de la política debe reportar los resultados de los indicadores en las fechas establecidas para posteriormente ser actualizados en el DASHBOARD o tablero general.
<p>Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contempló la verificación de procedimientos, estrategias (planes) y demás componentes utilizados, a fin de dar a conocer las actividades trazadas y los recursos utilizados de cara a la implementación, operativización y mantenimiento de la política. De acuerdo con lo anterior, se consultaron los siguientes elementos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento codificado: SDS-GSS-PR-004 PARA PUBLICACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS SDS 2. Plan codificado: SDS-GSS-PL-001 RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES 3. Documentación asociada, que hace parte del repositorio documental y que es administrado por la Dirección de Servicio a la Ciudadanía. • Se cuenta con el instrumento o tablero de control de indicadores para la medición de la política. • Se cuenta con el recurso humano especializado contratado en la modalidad de prestación de servicios, que adelanta el cumplimiento de las actividades trazadas en el plan suscrito año 2024 y proyecta las actividades de la política para el año 2025 a partir de las necesidades de la ciudadanía y otras fuentes de información. • Se cuenta con el plan o estrategia de racionalización de tramites año 2024 y el tablero de indicadores que permite medir la efectividad de la estrategia. Por último, el estado de avance del plan de acción a la fecha es del 90%. <p>Respecto al particular, se cuenta con el listado de preguntas realizadas en la mesa de trabajo, y en tal medida nos permitió constatar el estado actual de los aspectos evaluados.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>Desde la Dirección de Servicio a la Ciudadanía, se cuenta con la matriz de riesgos de proceso, dicha matriz contiene los riesgos identificados, valorados y además cuenta con su correspondiente plan de tratamiento y seguimiento respectivo. No obstante, frente a la política en cuestión, se identifica el riesgo ID:10 en la matriz, que apunta a la actualización de la información de los tramites en línea y no al cumplimiento de la estrategia o plan de racionalización de tramites, lo cual es un aspecto crucial frente a al cumplimiento de la política</p>

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

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

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

	<p>y mejora de la política. Cabe señalar que el responsable de verificar el cumplimiento de la estrategia es planeación institucional y el responsable de la actualización de la información de los trámites le corresponde el dueño de cada trámite. Por consiguiente, el riesgo frente al incumplimiento del plan o estrategia trazado para cada vigencia es el dueño de la política y este riesgo no se encuentra identificado y gestionado en la matriz.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora que permita fortalecer este aspecto.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Se llevó a cabo la verificación y el resultado fue el siguiente:</p> <p>Primera Línea (Autocontrol): La primera línea la conforman todos los colaboradores de la entidad, ya que se deben seguir las directrices y lineamientos que son emitidas por la Dirección de Servicio a la Ciudadanía, no obstante, la presente política en su actuar, esta conformada por los profesionales o facilitadores asignados en cada uno de los procesos, a fin de consolidar y reportar los resultados de cada una de las políticas a los referentes de planeación institucional. Y está conformada por los profesionales asignados a la fase de levantamiento de requerimientos, acompañamiento a las fases de desarrollo, pruebas del trámite previo a la puesta en producción y realizan el acompañamiento y sensibilización del trámite a los usuarios finales, entre otros.</p> <p>Segunda Línea (Autoevaluación): Es ejercida por la dirección de servicio a la ciudadanía, quien reporta los resultados de los indicadores, no obstante, la actualización de los indicadores en el DASHBOARD es realizada por la dirección de planeación institucional y calidad. El líder de la política de racionalización de tramites, define las directrices, lineamientos, planes-estrategias, indicadores, controles y herramientas dispuestas hacia la ciudadanía o el usuario final, De acuerdo con lo informado por el profesional auditado, recientemente se realizó el traslado de un profesional de la dirección de servicio a la ciudadanía, esto ha conllevado a que, algunas de las actividades de la política se estén realizado desde la dirección de planeación, como es el caso del plan de sensibilización interno, la definición de piezas comunicativas, aspecto que deben ser analizado para delimitar las fronteras y las responsabilidades, ya que va en contravía de lo que dicta la resolución interna 842 del 2021 y el manual de funciones. Respecto a las recomendaciones del FURAG, el líder de la política en conjunto con el profesional designado afirma que las brechas fueron identificadas y hacen parte del plan o estrategia de mejoramiento de la política año 2024 el cual se encuentra en ejecución.</p>

*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>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se verificaron registros y documentos asociados: 1. SDS-GSS-PR-004 PUBLICACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS SDS y SDS-GSS-PL-001 PLAN DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES. • Se consultaron los tramites implementados mediante la interfaz WEB: https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Tramitesyservicios.aspx • los tramites implementados a la fecha son 27 y han sido registrados y actualizados en la plataforma SUIT (Sistema Único de Identificación de Trámites). • Se cuenta con la guía de trámites y servicios. • Se han creado piezas comunicativas para dar a conocer los tramites al interior de la entidad y la ciudadanía. • Se cuenta con registros de actas de reuniones del comité institucional de gestión y desempeño, el cual es el escenario dispuesto para comunicar los resultados de las diferentes políticas.
---	---

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

Hallazgo	1																					
Resultado de la Evaluación																						
<p>De cara a la política, se cuenta con 2 indicadores establecidos y se encuentran publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en isolucion, se tiene definido un indicador de cumplimiento y otro de impacto, el indicador de cumplimiento permite conocer el Porcentaje % de avance en el cumplimiento del plan trazado año 2024 y el indicador de impacto definido, mide el porcentaje % de satisfacción de la ciudadanía frente a los tramites implementados. No obstante, al consultar los resultados del seguimiento, se constata un promedio de avance del 82% respecto al cumplimiento del plan o estrategia reformulada 2024, sin embargo, al verificar o constar en la herramienta o tablero, encontramos que dicho indicador se encuentra desactualizado como se evidencia en la siguiente grafica.</p>																						
 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Meta</th> <th>Valor real</th> <th>Valor Estimado</th> <th>Fecha medición</th> <th>% Cumplimiento</th> <th>Gráfica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porcentaje de avance en el cumplimiento de las acciones de racionalización de trámites para la vigencia</td> <td>100</td> <td>36,3636363636364</td> <td>36,3636363636364</td> <td>05/ago./2024</td> <td>36,3636363636364 %</td> <td>● ● ●</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de la percepción de la satisfacción de la ciudadanía con los tramites ofertados por la SDS</td> <td>90</td> <td>85,4337869543379</td> <td>85,4337869543379</td> <td>05/ago./2024</td> <td>108,037544393709 %</td> <td>● ● ●</td> </tr> </tbody> </table>		Indicador	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	% Cumplimiento	Gráfica	Porcentaje de avance en el cumplimiento de las acciones de racionalización de trámites para la vigencia	100	36,3636363636364	36,3636363636364	05/ago./2024	36,3636363636364 %	● ● ●	Porcentaje de la percepción de la satisfacción de la ciudadanía con los tramites ofertados por la SDS	90	85,4337869543379	85,4337869543379	05/ago./2024	108,037544393709 %	● ● ●
Indicador	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	% Cumplimiento	Gráfica																
Porcentaje de avance en el cumplimiento de las acciones de racionalización de trámites para la vigencia	100	36,3636363636364	36,3636363636364	05/ago./2024	36,3636363636364 %	● ● ●																
Porcentaje de la percepción de la satisfacción de la ciudadanía con los tramites ofertados por la SDS	90	85,4337869543379	85,4337869543379	05/ago./2024	108,037544393709 %	● ● ●																
<p>Como podemos observar, el primer indicador reporta un avance del 36% con fecha ultima de actualización 05/ago/2024, no obstante, los referentes participantes, aclaran que se generó un nuevo reporte de medición con un porcentaje de cumplimiento del 82% con corte al mes de noviembre y que, de acuerdo con lo informado por el referente, dicho reporte fue remitido a la dirección planeación institucional y a la fecha sigue sin actualizar.</p> <p>Respecto al segundo indicador, que mide el porcentaje % de satisfacción de la ciudadanía frente a los tramites, se reporta un 95% con fecha ultima de actualización 05/ago/2024, no obstante, el referente informa que la percepción de cliente se mide para los diferentes tramites, pero la medición especifica para los 3 tramites implementados en el año 2024, no se ha realizado, ya que la implementación y puesta en producción de los tramites es muy reciente.</p> <p>En conclusión, respecto al primer indicador, existe una debilidad respecto a la actualización oportuna de la información en la interfaz o tablero, ya que el líder de la política remitió los resultados el día 7 de noviembre y al día 24 de noviembre sigue sin actualizar, la OCI recomienda fijar o establecer fechas concretas para el envío de la información por parte de los dueños de la</p>																						

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

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

política y correspondientes publicación o actualización de los tableros, se busca mayor celeridad y oportunidad frente al reporte, ya que es planeación institucional el responsable de actualizar los tableros. Otra opción que se sugiere es que la actualización de los tableros sea realizada directamente por el dueño de la política y no planeación. De acuerdo con lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora que busca fortalecer este aspecto.

Hallazgo 2

Resultado de la Evaluación

Desde la dirección de servicio a la ciudadanía, se cuenta con la matriz de riesgos de proceso, dicha matriz contiene los riesgos identificados, valorados y además cuenta con el correspondiente plan de tratamiento. No obstante, frente a la política en cuestión, se identifica el riesgo con ID:10 en la matriz, que apunta a la actualización de la información de los tramites en línea implementados, sin embargo, desde la OCI se sugiere, incluir un riesgo que trate el incumplimiento de la estrategia o plan de racionalización de tramites, ya que una cosa es actualizar la información en cada uno de los trámites y otra muy diferente es el incumplimiento del plan de racionalización trazado y formulado para cada vigencia y el responsable directo es dueño de la política, lo cual es un aspecto crucial frente al cumplimiento de la política y mejora de la misma. Cabe señalar que el responsable del monitoreo y verificación del cumplimiento de la estrategia es planeación institucional, el responsable de generar el reporte de indicadores de cara a la racionalización de los trámites es el dueño de la política. En conclusión, el riesgo de incumplimiento del plan o estrategia trazado para cada vigencia no se encuentra identificado en la matriz lo cual deriva en una oportunidad de mejora.

Hallazgo 3

Resultado de la Evaluación

De acuerdo por lo informado por el profesional auditado, en la actual vigencia se realizó el traslado de un profesional de la dirección de servicio a la ciudadanía que estaba a cargo de la varias de las estrategia y actividades de cara a la implementación de la política de racionalización de tramites, no obstante, este cambio conllevó a que, algunas de las actividades de la política se trasladaran a la dirección de planeación institucional, como fue el caso del plan de sensibilización interno, la definición de piezas comunicativas, entre otras, situación que, va en contravía del alcance de los roles y responsabilidades del esquema de líneas defensa de MIPG y lo que dicta resolución interna 842 del 2021 frente al liderazgo de las políticas, Por tal razón, se debe tener en cuenta la situación expuesta lo que deriva en una oportunidad de mejora.

Aspectos positivos:

- Existe un líder de política en conjunto con un profesional especializado, que adelantan y coordinan la implementación de la estrategia reformulada año 2024 que contempla las recomendaciones del FURAG y ha permitido a la fecha la implementación y puesta en producción de los 3 tramites racionalizados a saber: 1. Reconocimiento de persona jurídica, 2. reforma de estatutos, y 3. credencial de expendedor de medicamentos, este último, orientado a la reducción de tiempo de repuesta.

 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					

Conclusiones:

- Desde la dirección de servicio a la ciudadanía se ha dispuesto de una ventanilla única de trámites conocida como AGILINEA, que contiene el inventario de diferentes tramites propios de la entidad y permiten hacer más ágil y efectiva la interacción con los ciudadanos, ya que permite realizar y gestionar los trámites racionalizados desde cualquier lugar, dispositivo y ahorrar tiempo y dinero en concordancia con la transformación digital del distrito y lograr una adecuada y mejor interacción con el ciudadano.
- La Política de racionalización de tramites, mediante la estrategia reformulada año 2024 reporta un avance del 84% y al finalizar el año permitirá el cumplimiento del plan en su totalidad.
- El líder de la política debe disponer de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan ejerciendo el rol de la segunda línea de defensa.
- Desde planeación institucional, se deben definir las directrices para el reporte y actualización de indicadores, que permita conocer los resultados con mayor celeridad y oportunidad.
- El escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados es el comité institucional de gestión y desempeño que se realiza de acuerdo con la periodicidad establecida o por solicitud extraordinaria.
- Por último, el liderazgo de la política es ejercido por la dirección de servicio a la ciudadanía, el cual define y dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos y responsables de los tramites racionalizados los adopten y cumplan, de acuerdo con lo anterior, las actividades descritas corresponden a las funciones que ejerce el rol de segunda línea de defensa y por lo tanto se siguieren incluir en el mapa de aseguramiento para ser evaluados en la próxima vigencia.

6.1.13. Participación Ciudadana

Una vez realizado el análisis de la información remitida por el proceso y con base en la información obtenida en la mesa de trabajo realizada el día 13-11-2024 y en los documentos del SGC ubicados en el aplicativo Isolución, se describe a continuación lo verificado:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>Asignación de autoridad y responsabilidad: Acorde a lo definido en la Resolución interna 842 del 2021, el liderazgo de la política está a cargo del Subsecretario de Gestión Territorial Participación y Servicio a la ciudadanía y es ejecutada mediante las actividades adelantadas por la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorial inmersa en el Proceso de Gestión Social en Salud. Se visibiliza un líder de la política y un equipo de trabajo encargado de adelantar y monitorear las actividades en cumplimiento de la normativa vigente en especial de la Resolución 2063 de 2017 por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. La Dirección de Planeación institucional y Calidad acompañan y asesora los aspectos relacionados con el aseguramiento y monitoreo de la política.</p> <p>Estructura organizacional: Dado su carácter transversal, se interrelaciona con otras políticas como la de racionalización de trámites y Servicio a la Ciudadanía. Se articula al interior de la entidad con las diferentes dependencias con el objetivo de mejorar procesos y trabajar conjuntamente estrategias de</p>

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

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

	<p>participación social en salud. Externamente, se articula con las Unidades de Servicios de Salud (USS), EAPB e IPS dando línea técnica para el acompañamiento a los espacios de participación Social en Salud y líderes del componente de participación social, así mismo, adelanta acciones de coordinación con entes nacionales y distritales para el fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud para avanzar en la garantía al derecho a la salud (SDS-GSS-LN-004).</p>
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<p>Desde la Dirección de Participación se adelantan diferentes actividades que redundan en el cumplimiento de lo definido en la Política de Participación ciudadana en la Gestión Pública:</p> <p>Plan de acción: se encuentra definido y contempla las actividades requeridas para la ejecución de la política mediante los recursos del proyecto de inversión 8127 y las metas 2 y 5 de gestión definidas en el POGD. Llama la atención la no ejecución de actividades programadas, con periodicidad de reporte mensual y ejecución en cero con corte al mes de septiembre según soporte remitido. Igualmente, se identifican actividades con baja ejecución para la fecha de corte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de diagnóstico participativo: se resalta en el 2024 por el proceso el desarrollo de jornadas de trabajo mesas para la construcción del modelo Mas Bienestar con participación de grupos de valor: COPACOS, Asociaciones de usuarios, juntas asesoras comunitarias, grupos poblacionales y veedurías ciudadanas, entre otros. • Acciones de Formulación participativa: Se construye con grupos de valor anualmente el plan de acción de la política. Se concertó con los grupos de valor el plan de trabajo de forma semestral. • Acciones de ejecución participativa (Colaboración abierta): Se ejecutan por medio de los mecanismos colaboración abiertas: asistencias técnicas, laboratorios sociales, talleres, eventos, control social, se desarrollan de forma permanente. Estas actividades se programan por subdirección en el plan de acción. Se cuenta con experiencias exitosas como los proyectos de Eco-creación y los laboratorios TIC. La participación social es incidente, concluyente, vinculante y consiente en relación a la participación inclusiva. Se cuenta con la Guía para la apropiación e implementación del enfoque poblacional, diferencia y de género. • Acciones de evaluación (rendición de cuentas y control social): se cuenta con los informes de rendición de cuentas publicados en la pág. Web de la entidad en el portal de transparencia. • Las acciones son operativizadas siguiendo lo documentado en el SGC (aplicativo Isolución) de la Dirección de participación Social: Gestión poblacional, diferencial y de género, Gestión institucional, Gestión de Proyectos de Inversión local, Control Social y Gestión territorial.
Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)	<p>El proceso cuenta con matriz de riesgos de gestión actualizada donde se establecen riesgos de tipo estratégico, de cumplimiento y de imagen o reputacional, con sus controles asociados. Igualmente se tiene identificado un riesgo de corrupción relacionado con abuso del cargo para fines políticos. Dentro de los riesgos del proceso Gestión Social en Salud se visibiliza un riesgo con posibilidad de afectación reputacional por información desactualizada en los aplicativos de trámites y sede electrónica de la SDS, con controles de monitoreo establecidos de forma trimestral, sin embargo, se evidencia en el portal de SALUDATA información de la política desactualizada desde el año 2021.</p>
Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento)	<p>Desde la Dirección de Participación Social, gestión Territorial y Transectorial de se realiza el monitoreo de las actividades a través de las siguientes herramientas:</p>

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

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

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

<p>oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Para el 2024 las actividades se desarrollan en el marco del Proyecto de inversión 8127 - Transformación de la Participación Social para el Bien-Estar – a través del cumplimiento de 3 metas monitoreadas por el SEGPLAN y alineadas con 2 metas del POGD. Para 2023 se ejecutaron las actividades en el marco del Proyecto de inversión 7750.</p> <p>- FURAG: con un Índice de Desempeño Institucional para el año 2023 del 95,3%, el proceso identificó 2 brechas relacionadas con la falta de información reportada en el informe de rendición de cuentas: Derechos humanos y de paz y estrategias de comunicación frente al uso de medios de comunicación en televisión y radio.</p> <p>- DASHBOARD: se han definido por parte del proceso 4 indicadores de cumplimiento, uno de avance en el levantamiento del diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad (2024), el segundo, el cumplimiento del plan de acción de la Dirección de participación, para el cual, está establecido un reporte trimestral, sin embargo, sólo se encuentran publicados 2 reportes uno en marzo y otro en noviembre. Para el indicador 3, la frecuencia de reporte es anual con fecha descrita en la meta para 2027, por lo cual no se encuentra aún registro de actividades a la fecha. Llama la atención que, la formula y la meta están enfocadas a la implementación de la Política de participación ciudadana y específicamente en el marco de MIPG. El cuarto indicador está definido como el porcentaje de percepción de la satisfacción de los grupos de valor frente a las acciones desarrolladas, con una frecuencia de medición cuatrimestral, sin embargo, se encuentran dos reportes que no corresponden a los periodos que se deberían reportar (agosto y noviembre). Las actividades adelantadas son reportadas a PlyC, para ser consolidadas y presentadas en el Comité de Gestión y Desempeño.</p> <p>POGD: se realiza reporte trimestral para el monitoreo de la gestión de la Dirección de Participación Social a través de 3 metas: M1: Realizar acciones para la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS; M4: Realizar acciones para fortalecer el sistema de control interno de la entidad en los componentes de competencia de la Dirección; M5: Mejorar el índice de desempeño institucional. Se cuenta con el reporte de ejecución conforme a lo programado hasta el III trimestre de 2024.</p> <p>Adicionalmente el proceso cuenta con el monitoreo de las acciones a través de:</p> <p>Diálogos ciudadanos de rendición de cuentas.</p> <p>Reporte de indicadores al Observatorio de Salud: se encuentran publicados 9 indicadores de resultado, que recopilan los datos consolidados de la gestión adelantada por vigencia anual, entre ellos están co-creacion de proyectos de iniciativa comunitaria, estrategias de rendición de cuentas, veedurías ciudadanas, entre otros.</p>
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>El Proceso cuenta con 2 canales para gestionar la comunicación con los grupos de valor:</p> <p>Presencial: a través de las asistencias técnicas, espacios de participación social (asociaciones de usuarios, COPACOS, Asociaciones de usuarios EAPB).</p> <p>Virtual: Página web de la entidad: Web: http://www.saludcapital.gov.co: se encuentra un espacio de Participación en el botón "Participa" en la página de inicio de la entidad; el observatorio de salud donde se reportan indicadores producto de participación ciudadana y un link de acceso para conocer el estado de avance de la Política de Participación Social en Salud, el cual se encuentra desactualizado.</p>

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

*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

Hallazgo 1

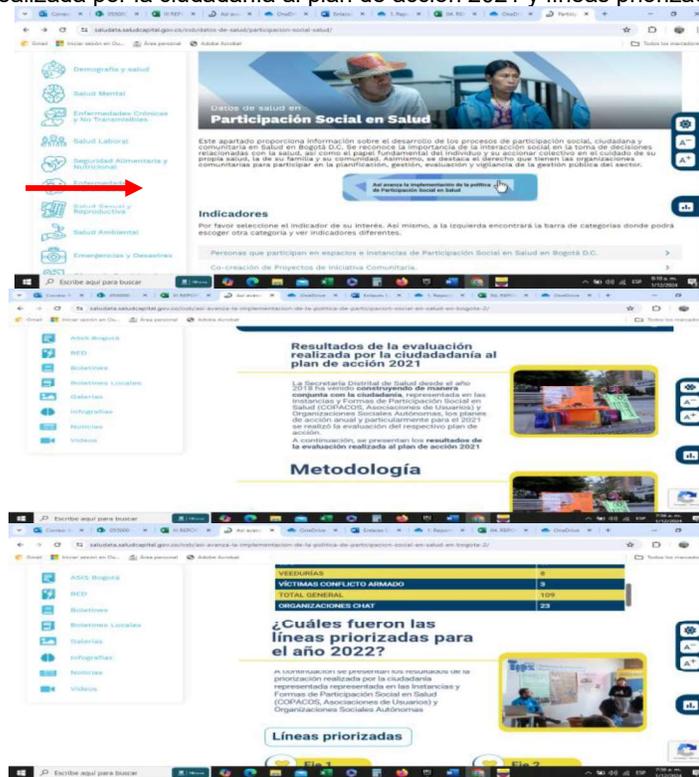
Resultado de evaluación

Frente al monitoreo de la Política, de los 4 indicadores definidos, a la fecha se cuenta con resultados acorde a lo establecido solo para el numero 1, el numero 3 indica frecuencia de monitoreo anual y presenta como meta “A 2027, obtener el 90% en la evaluación de resultados con respecto a la implementación de la Política de Participación Ciudadana. Teniendo en cuenta que, a la fecha todas las políticas de MIPG se encuentran implementadas en la entidad y se están en fase de ejecución y monitoreo, al igual que la Política de Participación Social en Salud emitida el 9 de junio de 2017 por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual, contaba con un año para implementación, se hace necesario revisar y replantear dicho indicador. Por otro lado, los reportes para los indicadores 2 y 4 no se encuentran ajustados a la frecuencia definida en las fichas técnicas.

Hallazgo 2

Resultado de evaluación

Una vez revisada la matriz de riesgos y controles del proceso Gestión Social en Salud se identifica que a pesar de existir un control específico para el riesgo por desactualización de la información en la sede electrónica de la SDS se encuentra publicada información sobre el avance de la implementación de la Política de Participación Social en Salud en SALUDATA, con resultados de la evaluación realizada por la ciudadanía al plan de acción 2021 y líneas priorizadas para el 2022



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

Hallazgo 3

Resultado de evaluación

Según plan de acción 2024 aportado por el proceso, con fecha de corte a septiembre, se no ejecución de actividades programadas en el POGD, con periodicidad de reporte mensual o trimestral y ejecución en cero, entre estas el reporte y análisis consolidado de las bases sociales de los espacios e instancias de Participación Social en Salud, el monitoreo y seguimiento a la implementación de planes de trabajo concertados con organizaciones de base comunitaria, la articulación distrital a través de la Comisión Intersectorial de Participación – CIP, entre otras, teniendo en cuenta que la ejecución reportada para el trimestre III del POGD está acorde a lo planeado, sin reprogramación. Por lo anterior, es importante armonizar las herramientas de monitoreo implementadas con el fin de emitir resultados acordes a la ejecución, verificables y que sean fuente confiable para la toma de decisiones.

Plan de acción:

M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28																				

 <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 Rendición de Cuentas en la ciudadanía y entidades, así como la evaluación y retroalimentación a la gestión institucional. Este componente busca la adopción de un proceso transversal permanente de interacción entre servidores públicos, entidades y ciudadanía interesada en la gestión de la Administración Pública. Así mismo, busca fortalecer la democracia, el buen gobierno, la eficiencia administrativa, la transparencia y la lucha contra la corrupción, por lo anterior, se considera que debe ejercer funciones de segunda línea de defensa, siendo controladas y monitoreadas, por lo cual, se recomienda ser incluida para la próxima vigencia en el mapa de aseguramiento.

6.1.14. Política de seguimiento y evaluación del desempeño

Una vez realizado el análisis de la información obtenida como resultado de la mesa de trabajo y conforme a las 18 preguntas formuladas, obtuvimos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
<p>Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)</p>	<p>Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizacional: La dirección de Planeación Institucional y calidad ejerce el liderazgo de la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional y en tal medida las directrices, lineamiento y demás elementos han sido definidos y emitidos por esta dependencia. En lo que refiere a la primera línea de defensa, la confirman todos los referentes o gestores de calidad en conjunto con otros colaboradores de las áreas que, consolidan y reportan los resultados del desempeño de forma trimestral hacia planeación institucional, existe un líder de la política y profesionales de cada área encargados de adelantar las actividades, en cumplimiento de la política. • Asignación de autoridad y responsabilidad: Mediante la resolución interna 842 del 2021, se define y establece los líderes para cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG, y en el caso de la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, el liderazgo y la autoridad son ejercidas por la dirección de planeación institucional. A nivel de autoridad, se cuenta con el comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido por el modelo MIPG para dar conocer los avances de la política(s), dicho comité se reúne de acuerdo a las fechas establecidas o por demanda. Por último, quien ejerce el gobierno y las directrices generales frente al modelo integrado de planeación y gestión - MIPG en la entidad, es la Dirección de planeación institucional y calidad, es por eso que el dueño de la política, debe reportar los resultados de los indicadores en las fechas establecidas para posteriormente ser actualizados en el DASHBOARD o tablero general.
<p>Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contempló la verificación de proceso, procedimientos, formatos, reportes y demás componentes utilizados, a fin de dar cumplimiento a la operativización y mantenimiento de la política. De acuerdo con lo anterior, se consultaron y verificaron los siguientes elementos: <p>15. Proceso SDS-PYC-CAR-001 16. Procedimientos: SDS-PYC-PR-017 PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL y el SDS-PYC-PR-018 PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA SDS.</p>

*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>apalancan el logro de los objetivos)</p>	<p>17. Documentación asociada, que hace parte del repositorio documental, soporta la medición y presenta el reporte del desempeño encontramos: 1. SDS-PYC-FT-019-FORMULACIÓN PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO, 2. SDS-PYC-LN-013-LINEAMIENTO PARA LA FORMULACIÓN Y REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO – POGD, 3. SDS-PYC-FT-023 - REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO (POGD), 4. Modelo-087 - INFORME PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO, 5. SDS-PYC-FT-029 - MAPA DE RIESGOS SDS, 6. SDS-PYC-FT-030 - AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES y 7. SDS-PYC-FT-032 - INFORME AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES PROCESO - CORRUPCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con el instrumento o tablero de control de indicadores DASHBORAD por medio del cual se reporta la medición de la política. • Se cuenta con el recurso humano especializado contratado en la modalidad de prestación de servicios, que adelanta el cumplimiento de las actividades trazadas del POGD y el lineamiento. • Se cuenta con acceso público al micrositio web: https://n9.cl/td6unk, que contiene el repositorio de seguimiento trimestral, sin embargo, presenta desactualización, ya que el reporte de riesgos del cuarto trimestre 2023 y tercer trimestre 2024 no se han publicado. De igual forma al consultar el repositorio documental suministrado por el referente, se logra comprobar la inexistencia de reportes como es el caso del proceso TIC, y las matrices de riesgos solo fue cargada la del proceso PSS. <p>Respecto al particular, se cuenta con el listado de preguntas realizadas en la mesa de trabajo, y en tal medida nos permitió constatar el estado actual de los aspectos evaluados.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>Desde la Dirección de Planeación Institucional, se cuenta con la matriz de riesgos de proceso, dicha matriz contiene los riesgos identificados, valorados y además cuenta con su correspondiente plan de tratamiento y seguimiento respectivo, frente a la política en cuestión, se tienen identificados 2 riesgos enmarcados en las acciones de mantenimiento y control del POGD, tablero de control y seguimiento trimestral, el incumplimiento de las metas se convierte en un riesgo y en lo que respecta al instrumento de autoevaluación, recientemente se emitió. En cuanto al riesgo identificado en la matriz con el id:99, es un riesgo operativo y cuenta con 5 controles enfocados al seguimiento del plan operativo que requiere informes de seguimiento trimestral, realiza monitoreo del plan de transparencia y realiza seguimiento de políticas de gestión y desempeño. De acuerdo con lo informado por el referente, se cuenta con diferentes matrices de seguimiento a los riesgos e informes de análisis y conclusiones. Se cuenta con acceso público al micrositio web: https://n9.cl/td6unk, que contiene el repositorio de seguimiento trimestral, sin embargo, las matrices de riesgos de seguimiento presentan desactualización, ya que al consultar los reportes de riesgos en el sitio web del cuarto trimestre 2023 y tercer trimestre 2024 no han sido publicados. De igual forma al consultar el repositorio documental suministrado por el referente, se logra comprobar la inexistencia de reportes como es el caso del proceso TIC, y las matrices de riesgos solo fue cargada la del proceso PSS. Los reportes POGD de acuerdo a la información suministrada, tampoco se encuentran incompletos.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora que permita fortalecer este aspecto.</p>

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

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

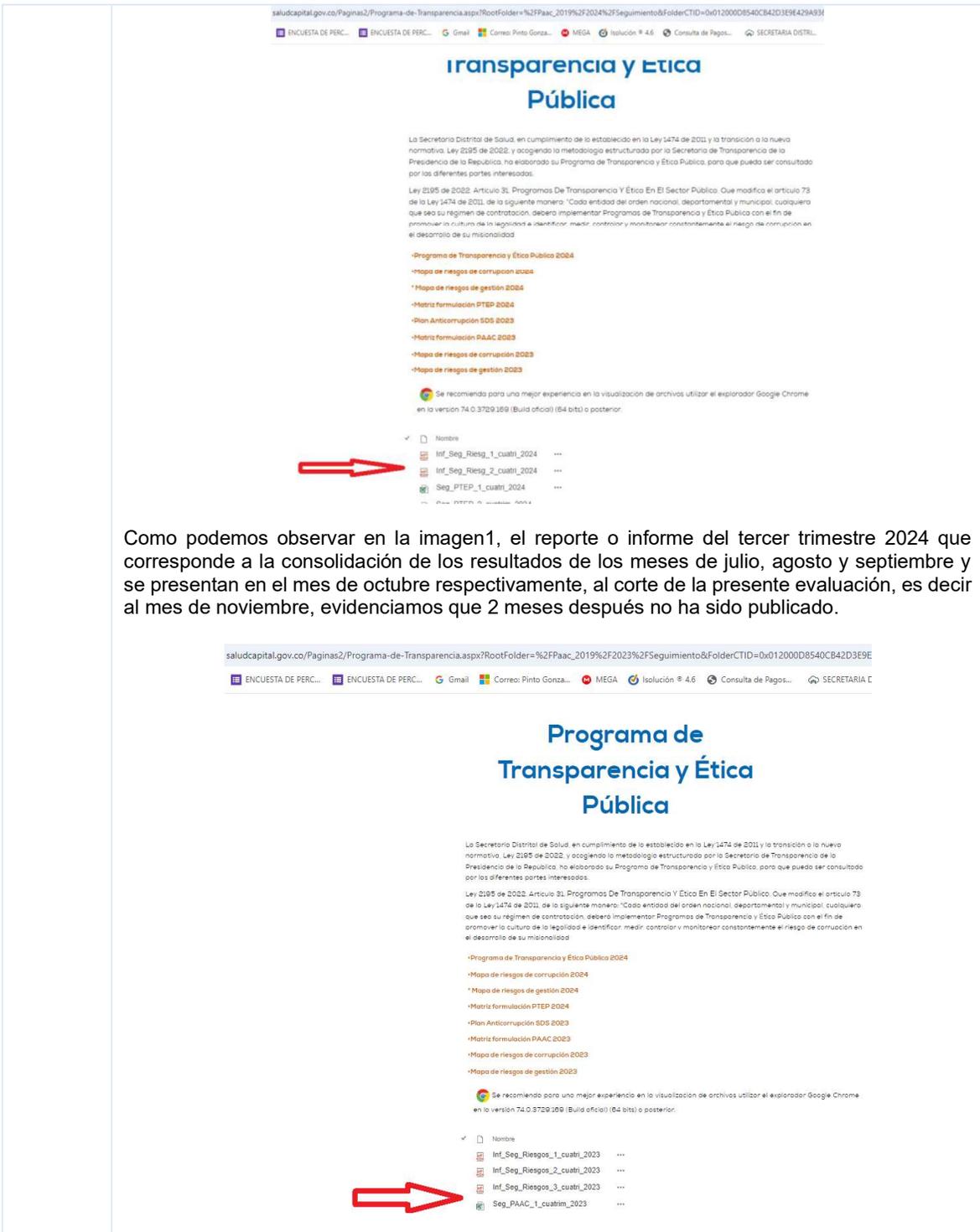
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Se llevó a cabo la verificación y el resultado fue el siguiente:</p> <p>Primera Línea (Autocontrol): La primera línea la conforman todos los colaboradores de la entidad, ya que debemos seguir directrices y lineamientos de planeación institucional, no obstante, la presente política en su actuar, esta conformada por los profesionales o facilitadores asignados en cada uno de los procesos, a fin de consolidar y reportar los resultados de cada una de las políticas a los referentes de planeación institucional. Los profesionales o facilitadores asignados en cada uno de los procesos, consolidan y reportan el instrumento PODG y la Gestión de Riesgos trimestral a los referentes de planeación institucional.</p> <p>Segunda Línea (Autoevaluación): El responsable de la política ejerce la función de monitorear y actualizar la información, participa y acompaña activamente en el operativización y mantenimiento de la política. Por último, cada referente de calidad asignado a los procesos reporta los resultados de desempeño mediante el instrumento POGD, matriz, autoevaluación e informe de RIESGOS a planeación institucional de manera trimestral y planeación realizar la correspondiente validación y publicación.</p> <p>El líder de la política de seguimiento y evaluación del desempeño define las directrices, lineamientos, formatos, indicadores e instrumentos para uso por parte de los líderes de proceso.</p>
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se consultaron los reportes publicados mediante el micrositio WEB: https://n9.cl/td6unk • Se cuenta con registro de correo masivos a los líderes y referentes para recordar el compromiso frente al reporte de desempeño trimestral. • Se cuenta con registros de actas de reuniones del comité institucional de gestión y desempeño, el cual es el escenario dispuesto para comunicar los resultados de las diferentes políticas.

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

Hallazgo	1
	<p style="text-align: center;">Resultado de la Evaluación</p> <p>En cuanto al riesgo de proceso identificado en la matriz con el id:99, que corresponde a un riesgo operativo y cuenta con 5 controles que apuntan al seguimiento del plan operativo mediante la generación de informes de seguimiento trimestral, realizan monitoreo del plan de transparencia y realizan seguimiento a las políticas de gestión y desempeño, de acuerdo con lo informado por el referente, se cuenta con diferentes matrices de seguimiento a los riesgos e informes de análisis, conclusiones y además se cuenta con acceso público a los micrositios web: https://n9.cl/td6unk, https://n9.cl/hs8gt que contiene el repositorio de seguimiento trimestral, no obstante, al consultar las matrices de riesgos de seguimiento no todas han sido publicadas, como se puede evidenciar en las siguientes imágenes, los reportes o matrices de riesgos del cuarto trimestre 2023 y tercer trimestre 2024 no han sido publicados.</p>

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

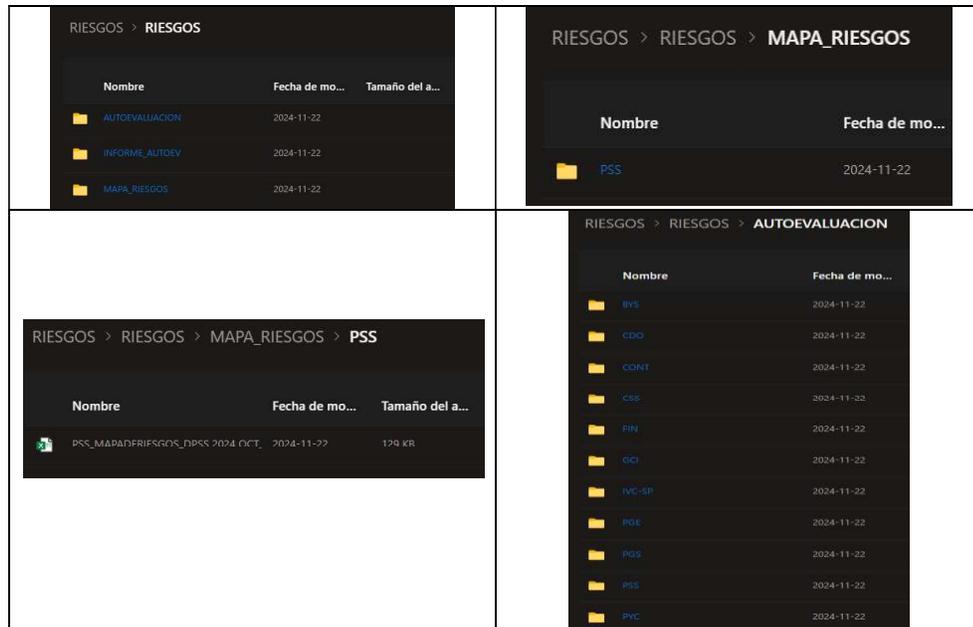


Como podemos observar en la imagen1, el reporte o informe del tercer trimestre 2024 que corresponde a la consolidación de los resultados de los meses de julio, agosto y septiembre y se presentan en el mes de octubre respectivamente, al corte de la presente evaluación, es decir al mes de noviembre, evidenciamos que 2 meses después no ha sido publicado.

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

De igual forma, como podemos observar en la imagen2, el reporte o informe del cuarto trimestre 2023 que corresponde a la consolidación de los resultados de los meses de septiembre, noviembre y diciembre y se presentan en el mes de enero del siguiente año, al corte de la presente evaluación, evidenciamos que 11 meses después no ha sido publicado.

De igual forma al consultar el repositorio documental suministrado por el referente, se logra comprobar la inexistencia de matrices de riesgos, solo se reporta una que corresponde al proceso PSS y en el caso de los informes de autoevaluación, los procesos de TIC, DUES, Comunicaciones, no han sido cargados, como se puede evidenciar con las siguientes.



De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora que busca fortalecer dicho aspecto garantizando la completitud de la información. En cuanto a los reportes POGD y de acuerdo a la información suministrada, también se presenta el mismo comportamiento ya que los reportes no se encuentran en su totalidad.

Hallazgo 2

Resultado de la Evaluación						
De cara a la política, se cuenta con 2 indicadores establecidos y publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en isolucion, como se puede visualizar mediante la siguiente imagen.						
Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional						88%
Indicador	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	% Cumplimiento	Gráfica
Cumplimiento con eficacia de los planes de mejora	100	100	100	30/sep/2024	100 %	●●●
Porcentaje de acciones de mejora cerradas con oportunidad (dentro de las fechas programadas)	100	72	72	30/sep/2024	72 %	● ●●
No obstante, dichos indicadores miden el cumplimiento de los planes de mejora para los procesos que presentan bajo desempeño y que tuvieron que formular o definir plan de mejora, a fin de corregir la desviación con respecto al plan inicial. Un segundo indicador establecido, permite medir la oportunidad de las acciones de mejora cerradas, sin embargo y de acuerdo a la recomendación de la OCI, es necesario definir indicadores que apunten						

*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

a medir el desempeño institucional de manera consolidada transversal o que permita medir el desempeño por cada uno de procesos acumulativo año a nivel de PODG y a nivel de Riesgos, dichas mediciones en el tablero no se encuentran implementadas y desde la óptica de OCI son necesarias para dar un mejor visibilidad de la política. Consideramos que, con solo evaluar planes de mejoramiento, no se está dando respuesta a la política en su totalidad. De acuerdo con lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora que busca fortalecer dicho aspecto.

Evaluación de las funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza
Realizar el monitoreo al seguimiento trimestral realizado por la 1ra línea (revisar si incluye medición y monitoreo del desempeño de los procesos de la SDS)						
Verificar la información remitida por los procesos	4	4	4	4	4	4
Evaluar el desempeño de los procesos						
Retroalimentar a los procesos buscando la mejora continua						

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa	Auditor responsable de seguimiento
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora				
Realizar el monitoreo al seguimiento trimestral realizado por la 1ra línea (revisar si incluye medición y monitoreo del desempeño de los procesos de la SDS)									
Verificar la información remitida por los procesos	5	4	4	4	5	4,4	Nivel de confianza alto		FRANCISCO PINTO
Evaluar el desempeño de los procesos									
Retroalimentar a los procesos buscando la mejora continua									

Acorde con lo anterior y al realizar la comparación de las matrices de un periodo al otro, observamos una mejoría de cara al nivel de confianza ya que pasa de 4 a 4,4 es decir, un 8% de mejoraría con respecto al periodo inmediatamente anterior.

Aspectos positivos:

- El reporte de brechas presentado por el DAFP, se considera un elemento estratégico y fundamental de cara al mantenimiento de la política de Gestión del desempeño institucional.
- Existe un líder de política en conjunto con un grupo profesionales especializados (gestores) que hacen parte de cada uno de los procesos, consolidan y reportan el desempeño institucional a nivel de PODG y RIESGOS al líder de la política.
- El líder de la política dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan ejerciendo el rol de la segunda línea de defensa que le corresponde.
- La evaluación de las funciones de aseguramiento permite demostrar una mejoría de cara al nivel de confianza establecido, ya que pasa 4 a 4,4 es decir, un incremento de 8% con respecto al periodo inmediatamente anterior.

*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					

Conclusiones:

- Desde la Dirección de planeación institución, se convoca a reuniones con cada uno de los gestores de calidad, a fin de presentar las recomendaciones sugeridas por el DAFP y con ello, definir planes de mejoramiento a acorto, mediano plazo que den respuesta al cumplimiento de la política. Es importante mencionar que la tolerancia mínima permitida es del 90%, por debajo de este porcentaje, los procesos tendrán que formular plan de mejoramiento y deberá ser presentado y sustentado en el comité institucional de gestión y desempeño para su correspondiente aprobación.
- El reporte desempeño trimestral, es consolidado por la dirección de planeación institucional y para ello se cuenta con un micrositio WEB y un repositorio en la nube que reúne cada uno de los reportes POGD y RIESGOS emitidos por los procesos. No obstante, se encuentra desactualizado, ya que no toda la información ha sido publicada o cargada.
- Desde planeación institucional, se definen las directrices para el reporte y actualización de desempeño institucional, que permita conocer los resultados con mayor celeridad y oportunidad.
- El escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados es el comité institucional de gestión y desempeño que se realiza de acuerdo con la periodicidad establecida o por solicitud extraordinaria.

6.1.15. Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción

Este informe se basa en la revisión de la política de transparencia y acceso a la información pública, abordando elementos relacionados a la lucha contra la corrupción y. Se tomaron como base dos sesiones de auditoría (19 de noviembre de 2024) cuyos aspectos claves se detallan a continuación.

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política de Transparencia y Acceso a la Información Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integridad y valores éticos: Los conceptos son impartidos a los colaboradores, mediante diferentes mecanismos: Piezas comunicativas, Correos Institucionales, Pantallas Digitales y mediante el manual de funciones, estudios previos y documentos anexos, se establecen los valores del servidor público. Adicionalmente, se debe atender a las consideraciones del código de ética profesional. • Estructura organizacional: La dirección de Planeación Institucional y calidad ejerce el liderazgo de la política de Transparencia y acceso a la información y en tal medida da las directrices, lineamientos y demás elementos han sido definidos y emitidos por esta dependencia. En lo que refiere a la primera línea defensa, la confirman todos los referentes o gestores de calidad en conjunto con otros colaboradores de las áreas que, consolidan y reportan los resultados del desempeño de forma trimestral hacia planeación institucional, existe un líder de la política y profesionales de cada área encargados de adelantar las actividades, en cumplimiento de la política. • Asignación de autoridad y responsabilidad: Mediante la resolución interna 842 del 2021, se define y establece los líderes para cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG, y en el caso de la política de transparencia, el liderazgo y la autoridad son ejercidas por la dirección de planeación institucional. • A nivel de autoridad, se cuenta con el comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido por el modelo MIPG para dar

*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

	<p>conocer los avances de la política(s), dicho comité se reúne de acuerdo a las fechas establecidas o extraordinariamente.</p>
<p>Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contempló la verificación de proceso, procedimientos, formatos, reportes y demás componentes utilizados, a fin de dar de dar cumplimiento a la operativización y mantenimiento de la política. De acuerdo con lo anterior, se consultaron y verificaron los siguientes elementos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso SDS-PYC-CAR-001 2. SDS-PYC-PR-019 FORMULACIÓN Y MONITOREO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP) DE LA SDS 3. Modelo-114 INFORME DE MONITOREO DE TRANSPARENCIA 4. SDS-PYC-FT-037 MONITOREO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP 5. SDS-PYC-PL-003 PLAN DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN 6. Modelo-133 PLANTILLA PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP 7. SDS-PYC-PL-001 PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP 8. SDS-PYC-LN-018 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DE LA SDS <p>Para adelantar las actividades relacionadas a esta política se cuenta con el recurso humano especializado de planta y contratado en la modalidad de prestación de servicios, quienes validan y brindan asistencia técnica para cumplimiento de las actividades planteadas en el Plan Anual de Transparencia y Acceso a la Información</p> <p>Para el cumplimiento de la política se verificaron los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se confirmación de que la misión, visión, objetivos y funciones están actualizados y disponibles en el portal institucional, no obstante, se debe actualizar conforme al nuevo plan de Desarrollo y con relación a la actualización de la plataforma estratégica. • Se verificó en la página Web de la SDS, la existencia de un portal con funcionalidades de transparencia activa, acceso a datos abiertos y se validaron accesos que permitan a la ciudadanía acceder y consultar información pública. • Estos aspectos fueron acompañados de observaciones específicas, como el monitoreo trimestral, la articulación con diferentes áreas y la necesidad de fortalecer procesos de transparencia activa mediante PQRS y resolución de brechas identificadas. • Por último, es importante indicar, que, una vez verificado con la DPIYC, se cumple con los 3 componentes establecidos en el Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública 2024; (1) Visibilidad, (2) Institucionalidad y (3) Control y Sanción.

*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	

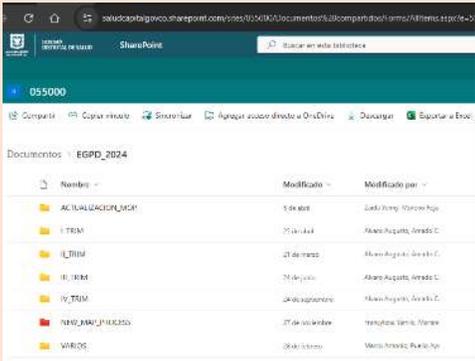
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>Para el cumplimiento de esta política desde la Dirección de Planeación Institucional, se cuenta con la matriz de riesgos de proceso, dicha matriz contiene los riesgos identificados, valorados y además cuenta con su correspondiente plan de tratamiento y seguimiento respectivo, frente a la política en cuestión, se tienen identificados 2 riesgos enmarcados en las acciones de mantenimiento y control del POGD en el cual se encuentra actividades relacionadas a transparencia,</p> <p>El riesgo identificado en la matriz con el id:99, es un riesgo operativo y cuenta con 5 controles enfocados al seguimiento del plan operativo, a los informes de seguimiento trimestral, al monitoreo del plan de transparencia y todo el seguimiento de políticas de gestión y desempeño.</p> <p>De acuerdo con lo informado, se cuenta con diferentes matrices de seguimiento a los riesgos e informes de análisis y conclusiones.</p> <p>Se cuenta con acceso público al micrositio web: https://n9.cl/td6unk, que contiene el repositorio de seguimiento trimestral, sin embargo, las matrices de riesgos presentan desactualización, ya que el reporte de riesgos del cuarto trimestre 2023 y tercer trimestre 2024 no se han publicado. (Oportunidad de mejora).</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Se llevó a cabo la verificación y el resultado fue el siguiente:</p> <p>Conformada por los profesionales o referentes de calidad asignados en cada uno de los procesos a fin de consolidar y reportar el PODG y la Gestión de Riesgos trimestral a los referentes de planeación institucional.</p> <p>El responsable de la política, ejerce la función de monitorear y actualizar la información, participa y acompaña activamente en el operativización y mantenimiento de la política. Por último, cada referente de calidad asignado a los procesos, reporta los resultados de desempeño mediante el instrumento POGD, matriz, autoevaluación e informe de riesgos a planeación institucional de manera trimestral y planeación realizar la correspondiente validación y publicación.</p> <p>El líder de la política de seguimiento y evaluación del desempeño, define las directrices, lineamientos, formatos, indicadores e instrumentos para uso por parte de los líderes de proceso.</p> <p>Realizada verificación de los documentos aportados se observan seguimientos periódicos y medición mediante indicadores de gestión para evaluar el cumplimiento de las metas en transparencia y acceso a la información.</p>
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con el micrositio en la página que cumple con los estándares definidos en la Ley 1712 de 2014, en el Decreto 103 de 2015, y en la Resolución de MinTIC 1519 de 2020, se ha creado esta sección con el fin de que los ciudadanos y ciudadanas puedan consultar, de manera libre y permanente y a través de este medio de comunicación, documentos que constituyen información pública de la entidad.

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



- Se cuenta con registros de actas de reuniones del comité institucional de gestión y desempeño, el cual es el escenario dispuesto para comunicar los resultados de las diferentes políticas.
- Por otra parte, el proceso cuenta con reposito de información para consulta de la gestión que se adelanta en varios frentes:



Con relación a los canales establecidos para atención a la ciudadanía, se disponen del microsítio de transparencia, Bogotá Te Escucha y ventanillas únicas para la recepción de derechos de petición y solicitudes de información.

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

Hallazgo 1	Resultado de la Evaluación																																													
	<p>Para la evaluación de la política de transparencia, se cuenta con 3 indicadores establecidos y se encuentran publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en Isolucion, como se observa a continuación:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8" style="text-align: left; font-size: small;">Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción</th> <th style="text-align: right; font-size: small;">98,8371256278514%</th> </tr> <tr> <th style="font-size: small;">Indicador</th> <th style="font-size: small;">Valor Real Acumulado</th> <th style="font-size: small;">Tendencia</th> <th style="font-size: small;">Meta</th> <th style="font-size: small;">Valor real</th> <th style="font-size: small;">Valor Estimado</th> <th style="font-size: small;">Fecha medición</th> <th style="font-size: small;">% Cumplimiento</th> <th style="font-size: small;">Gráfica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: x-small;">Número de riesgos de corrupción materializados en la SDS</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">30/sep/2024</td> <td style="text-align: center;">100 %</td> <td style="text-align: center;">●●●</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Porcentaje de oportunidad en el cumplimiento de acciones del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública (PTAIP)</td> <td style="text-align: center;">9593,478260869565293</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">4782608695652</td> <td style="text-align: center;">4782608695652</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">26/nov/2024</td> <td style="text-align: center;">98,3981691363844 %</td> <td style="text-align: center;">●●●</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Porcentaje global de cumplimiento de acciones del PTAIP</td> <td style="text-align: center;">10096,113207547169896</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">1132075471698</td> <td style="text-align: center;">1132075471698</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">27/nov/2024</td> <td style="text-align: center;">98,1132075471698 %</td> <td style="text-align: center;">●●●</td> </tr> </tbody> </table>	Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción								98,8371256278514%	Indicador	Valor Real Acumulado	Tendencia	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	% Cumplimiento	Gráfica	Número de riesgos de corrupción materializados en la SDS	0	↓	0	0	0	30/sep/2024	100 %	●●●	Porcentaje de oportunidad en el cumplimiento de acciones del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública (PTAIP)	9593,478260869565293	↑	4782608695652	4782608695652	-	26/nov/2024	98,3981691363844 %	●●●	Porcentaje global de cumplimiento de acciones del PTAIP	10096,113207547169896	↑	1132075471698	1132075471698	-	27/nov/2024	98,1132075471698 %	●●●
Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción								98,8371256278514%																																						
Indicador	Valor Real Acumulado	Tendencia	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	% Cumplimiento	Gráfica																																						
Número de riesgos de corrupción materializados en la SDS	0	↓	0	0	0	30/sep/2024	100 %	●●●																																						
Porcentaje de oportunidad en el cumplimiento de acciones del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública (PTAIP)	9593,478260869565293	↑	4782608695652	4782608695652	-	26/nov/2024	98,3981691363844 %	●●●																																						
Porcentaje global de cumplimiento de acciones del PTAIP	10096,113207547169896	↑	1132075471698	1132075471698	-	27/nov/2024	98,1132075471698 %	●●●																																						

*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					

- Con referencia al indicador denominado Número de riesgos de corrupción materializados en la SDS, se observa que no se materializaron riesgos de corrupción, por lo cual se consultó con las áreas pertinentes y se informó que ninguno de los procesos relacionados a presuntos actos de corrupción ha tenido una sentencia que lo ratifique, por lo anterior no se ha afectado el indicador.
- Para el indicador Porcentaje de oportunidad en el cumplimiento de acciones del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública (PTAIP), as siguientes acciones no se llevaron a cabo para la publicación en el micrositio de transparencia de la SDS (<https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/TransparenciayaccesoalainformacionPublica.aspx>): *Revisar y / o actualizar el procedimiento de elaboración o actualización, y seguimiento a la declaración de bienes y rentas. - Dirección de Gestión del Talento Humano *Realizar capacitación relacionada con Gobierno de la información, ofertándolos a todos los niveles (Directivos, Asesores, Profesionales, Técnicos, Asistencial Misional, Asistencial Apoyo. - Dirección de Gestión del Talento Humano *Actualizar la información de los costos de reproducción. No obstante, según las acciones establecidas el resultado de la ejecución de la meta se encuentra dentro de la tolerancia definida, por lo anterior se reitera a los procesos la entrega oportuna de la información según el plan definido.
- Con relación al tercer indicador Porcentaje global de cumplimiento de acciones del PTAIP, se identificó que las siguientes acciones no se llevaron a cabo para la publicación en el micrositio de transparencia de la SDS (<https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/TransparenciayaccesoalainformacionPublica.aspx>): *Actualizar la información de los costos de reproducción. No obstante, según las acciones establecidas el resultado de la ejecución de la meta se encuentra dentro de la tolerancia definida y se reitera a los procesos la entrega oportuna de la información según el plan definido.

*Es importante que con relación a este tipo de indicadores de analice el margen de tolerancia, ya que se encuentra muy alto y puede afectar el desarrollo de los objetivos establecido

Hallazgo 2

Resultado de la Evaluación

Es importante que se fortalezcan las medidas frente a los incumplimientos en temas de publicación en de información establecida desde el Plan Anual de Transparencia y Acceso a la Información Pública, dada la pasividad de incumplimientos normativos. AAR

Hallazgo 3

Resultado de la Evaluación

De acuerdo a la verificación en mesa de auditoria se observó que, la gestión de datos abiertos de la entidad enfrenta dificultades con referencia a la falta de visibilidad sobre el cumplimiento de parámetros establecidos para su reporte. Esto genera una percepción negativa de transparencia y limita el acceso oportuno por parte de los ciudadanos y grupos de valor. AAR

 <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

Evaluación de las Funciones de Aseguramiento

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
	Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora			
Realizar monitoreo al cumplimiento del plan de transparencia de los requisitos y acciones establecidas a cada uno de los procesos. Verificar los resultados del índice de transparencia y acceso a la información pública de la Entidad.	5	4	4	4	5	4,4	<p>En el seguimiento realizado por parte de la OCI, se observa oportunidad y veracidad de la información por parte de la segunda línea de defensa DPIYC.</p> <p>Se evidencia que los servicios de aseguramiento de los proveedores de 2ª línea de defensa aportan un nivel de confianza suficiente con base en los criterios definidos para su medición, por lo cual no sería necesario que la 3ª línea de defensa incluya el proceso o aspecto relacionado con dicho servicio en el plan anual de auditoría.</p> <p>Se realiza verificación del Plan Anual de Transparencia y Acceso a la Información Pública, evidenciando controles establecidos y monitoreo trimestral por parte de los referentes de la DPIYC, la calificación mejora con respecto al objetivo y alcance y con relación a Monitoreo a la mejora.</p>	

Con referencia a esta función de aseguramiento, no se compara con un periodo anterior dado a que es primera vez que se califica el seguimiento al Plan de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.

En el seguimiento realizado por parte de la OCI, se observa oportunidad y veracidad de la información por parte de la segunda línea de defensa DPIYC.

Se evidencia que los servicios de aseguramiento de los proveedores de 2ª línea de defensa aportan un nivel de confianza suficiente con base en los criterios definidos para su medición, por lo cual no sería necesario que la 3ª línea de defensa incluya el proceso o aspecto relacionado con dicho servicio en el plan anual de auditoría.

Se realiza verificación del Plan Anual de Transparencia y Acceso a la Información Pública, evidenciando controles establecidos y monitoreo trimestral por parte de los referentes de la DPIYC, la calificación mejora con respecto al objetivo y alcance y con relación a Monitoreo a la mejora.

Aspectos positivos:

- Mantener la información íntegra y confiable facilita el análisis y la toma de decisiones efectivas en la administración pública.
- La transparencia y el acceso abierto a la información fortalecen la confianza de la ciudadanía en las instituciones públicas.
- Según lo verificado se llevaron a cabo programas de capacitación dirigidos a funcionarios sobre ética, integridad y prevención de corrupción, promoviendo la cultura de transparencia.
- Desde la DIPYC se realizan jornadas de socialización del programa de transparencia, capacitaciones sobre el uso del micrositio y herramientas de consulta ciudadana.

Conclusiones:

1. La política de transparencia presenta un cumplimiento alto, con esfuerzos continuos en la actualización de la página Web de la SDS en el micrositio de transparencia <https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/TransparenciayaccesoalainformacionPublica.aspx>, adicionalmente se observó fortalecimiento de controles desde el monitoreo que se efectúa desde la DPIYC.
2. Se recomienda continuar avanzando en la automatización de procesos y reducir los márgenes de tolerancia en indicadores definidos en Dashboard críticos para asegurar mayor eficacia.
3. La mayoría de los procesos todavía dependen de controles físicos, y las iniciativas de automatización se desarrollan de manera fragmentada, sin una estrategia integral

*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					

4. La política dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociados a los diferentes procesos, para que sean adoptados y adicionalmente se garantice el ejerciendo de segunda línea de defensa por parte de DPIYC.
5. Desde DPIYC, se deben definir las directrices para el reporte y actualización de indicadores, que permita conocer los resultados con mayor celeridad y oportunidad,
6. Pese a los avances, la plataforma estratégica no ha sido completamente actualizada ni desplegada, lo que afecta la alineación con la política de transparencia y sus objetivos.

6.1.16. Gestión Documental

Una vez realizado el análisis de la información remitida por el proceso y con base en la información obtenida en la mesa de trabajo realizada el día 12-11-2024 se describe lo verificado:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
<u>Ambiente de control:</u> (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<u>Asignación de autoridad y responsabilidad:</u> Acorde a lo definido en la Resolución interna 842 del 2021, el liderazgo de la política está a cargo del Líder Subsecretario Corporativo y es ejecutada mediante las actividades adelantadas por la subdirección de bienes y Servicios de la Dirección Administrativa inmersa en el Proceso de Gestión de Bienes y Servicios. Se visibiliza un líder de la política y un equipo de trabajo encargado de ejecutar las actividades, así como un gestor de calidad que interactúa de puente entre la dependencia y la Dirección de planeación institucional y calidad para establecer los aspectos relacionados con el aseguramiento y monitoreo de la política. En el desarrollo de las actividades el proceso tiene establecidas sus directrices en la Política de gestión documental en atención a la normativa vigente (ley 594 y Decreto 1080 de 2015, la cual, estable para las entidades públicas la formulación de una política de gestión documental que permita la conservación del patrimonio documental de la entidad. Lo anterior, alineado con la Política de Gestión Documental definida en el manual de MIPG. Su implementación está bajo la responsabilidad de los Servidores Públicos y Contratistas de todos los niveles organizacionales de la entidad (SDS-BYS-POL-002). La instancia encargada de realizar el seguimiento del Sistema de Gestión y en este caso de la política de MIPG es el comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se cuenta con una Mesa Técnica de Gestión Documental la cual apoya al Comité Institucional de Gestión y Desempeño en el seguimiento y evaluación de los planes de gestión documental.
<u>Actividades de Control:</u> (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	Según lo reportado en la mesa de trabajo y lo definido en el SGC: Para la ejecución de las actividades propias de la política se han implementado los ocho pasos del programa de gestión documental PGD, que incluyen planeación, producción, gestión y trámite, organización, transferencia y disposición de documentos, preservación a largo plazo y valoración. Las directrices para el desarrollo de las actividades están documentadas en el SGC en la Política de gestión documental. Programa de Gestión Documental (PGD): comprende los procesos y actividades relacionadas con la gestión, organización y control documental, la aplicación de los instrumentos archivísticos, así como la normalización, la consulta y préstamo documental de los expedientes que se encuentran bajo la administración y custodia del Archivo de Gestión y Central de la Entidad, hasta la realización de las transferencias primarias y secundarias requeridas (SDS-

*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

	<p>BYS-PRG-004). Cuenta con 8 metas establecidas para el desarrollo de las actividades que involucran el tipo de medición para el cumplimiento y alcance. Como parte del marco de referencia se cuenta con el Modelo de Gestión de Documentos y archivos – MGDA, es un componente crucial del proceso de gestión documental, y se ha trabajado extensamente en su implementación, monitoreo y actualización a través del Programa de Gestión Documental (PGD); se han realizado capacitaciones periódicas para el personal. El PINAR es otro componente esencial del Programa de Gestión Documental y se actualiza anualmente para cumplir con las normativas. Su aprobación y carga son procesos críticos para asegurar la transparencia y el cumplimiento regulatorio. Además, el PINAR incluye elementos clave como la conservación y la preservación digital, que son vitales para una gestión documental eficiente. Según lo referido en mesa de trabajo, y de acuerdo con el nuevo mapa de procesos institucional, se separan los procesos de Bienes y Servicio y Gestión Documental, este último se convertirá en un proceso independiente bajo la dirección administrativa.</p> <p>Implementación del SGDA (Sistema de Gestión Documental Electrónica) y su integración con las políticas de seguridad de la información. Este sistema incluye mecanismos para controlar el acceso a los documentos, protegiendo la información sensible y garantizando la trazabilidad de todas las interacciones con los documentos. Se han realizado diferentes sesiones de capacitación para su apropiación.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>El proceso cuenta con matriz de riesgos de gestión donde se establece un riesgo de tipo operativo por - Posibilidad de afectación reputacional por investigaciones disciplinarias debido a la falta de gestión de las actividades del Programa de Gestión Documental - PGD y las actividades del Sistema Integrado de Conservación-SIC, identificándose controles débiles dado que no son de carácter preventivo sino informativo relacionados con la verificación de la ejecución de las actividades, comparando actividades programadas contra las realizadas, lo cual, genera riesgo por falta de monitoreo preventivo e incumplimiento de las mismas. Teniendo en cuenta el bajo porcentaje obtenido en el índice de desempeño institucional es importante revisar la pertinencia y efectividad de los controles.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Desde la Dirección de Bienes y Servicios se ha venido realizando el monitoreo de las actividades ejerciendo control de segunda línea través de las siguientes herramientas:</p> <p>El Programa de Gestión Documental (PGD) es la herramienta principal para hacer el seguimiento a la política. A través del PGD se verifica el cumplimiento de las actividades planificadas y se controlan los indicadores clave de desempeño.</p> <p>- POGD: Para 2024 se realiza la medición de la gestión a través del reporte de la meta 3: Gestionar las acciones para el cumplimiento de la política Gestión Documental a través de 8 actividades, sin cambio a las definidas en 2023, donde el porcentaje de la meta fue del 100%. Para el 2024, se incluye una nueva meta "Mejorar el resultado del índice de Desarrollo Institucional de la SDS" específicamente para la Política de Gestión Documental debido al bajo índice obtenido en la evaluación del FURAG de la vigencia 2023, en la nueva meta se programaron actividades a desarrollar en el IV trimestre. Para las demás metas con corte a tercer trimestre se registra cumplimiento de las actividades según lo programado.</p> <p>- FURAG: con un Índice de Desempeño Institucional para el año 2023 del 80.8%, el proceso refirió haber identificado varias brechas relacionadas principalmente con las tablas de control de acceso por roles y permisos de los funcionarios para acceso y deficiencias en capacitación. Para cerrarlas, según</p>

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

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

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

	<p>refiere el proceso, se diseñó un plan de mejora, se establecieron nuevas metas en el POGD, y se trabajó de forma colaborativa con la Dirección de Planeación y Calidad.</p> <p>- DASHBOARD: Se ha establecido un indicador de cumplimiento específico para evaluar el progreso de la política: Porcentaje de cumplimiento de las acciones de la Política Gestión Documental a través del PGD, con una frecuencia de medición trimestral se encuentra con 3 mediciones para el 2024. Se identifica que en el reporte del primer trimestre se presentó error en el registro de las observaciones de la medición, impidiendo la verificación de la causa del reporte inferior al 100 para el logro de la meta. En general los resultados se encuentran dentro de la tolerancia permitida.</p>
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>El proceso cuenta con diferentes instrumentos archivísticos para la operación de las actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Institucional de Archivos PINAR • Programa de Gestión Documental PGD • Modelo de Requisitos para Gestión de Documentos Electrónicos MOREQ • Banco Terminológico BANTER • Inventario Documental • Tablas de Retención Documental TRD • Cuadro de Caracterización Documental CCD • Tablas de Valoración Documental TVD • Sistema AGILSALUD • Archivo físico <p>Niveles de Acceso y Controles de Seguridad de la Información: Acorde a lo referido por el proceso se encuentran definidos los niveles de acceso para los usuarios de los sistemas de gestión documental, garantizando que solo el personal autorizado pueda acceder a documentos específicos. Aplica para documentos físicos y electrónicos. Sin embargo, esta es una de las brechas identificadas por FURAG.</p>

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones.

Hallazgo 1	<p>Revisada la matriz de riesgos y controles del proceso Gestión de Bienes y Servicios se identifica un riesgo relacionado con la gestión documental, que contiene 2 controles de carácter informativo, no preventivo, relacionados con la verificación de la ejecución de las actividades, teniendo en cuenta que esta situación ya fue identificada en una auditoría de la OCI en el año 2023 y no se evidencia la efectividad de las acciones correctivas ni de mejora, se solicita definir controles eficaces que permitan mitigar el riesgo.</p>
-------------------	---

Evaluación de las Funciones de Aseguramiento

Resultados de medición primer semestre 2024 se presentan en la siguiente tabla:

*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

Proceso	Función de aseguramiento	Entidad externa que hace seguimiento y verifica (Proveedor externo de aseguramiento)	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
			Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora			
Subdirección de Bienes y Servicios	Realizar el monitoreo y seguimiento a la implementación de la Gestión documental y archivo en la entidad.	Archivo General de la Nación Archivo Distrital de Bogotá	4	4	4	4	3	3,8	Nivel de confianza medio	En los seguimientos realizados por la OCI, se concluyo que se debe reforzar sus acciones de monitoreo frente a la eficacia de las acciones en la Gestión Documental y Archivo.

Resultados de la evaluación realizada en noviembre 2024, se presentan en la siguiente tabla:

Proceso	Función de aseguramiento	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de confianza	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa	Auditor responsable de seguimiento
		Objetivo y alcance	Metodología	Responsable	Comunicación de resultados	Monitoreo a la mejora				
Subdirección de Bienes y Servicios	Realizar el monitoreo y seguimiento a la implementación de la Gestión documental y archivo en la entidad.	4	4	4	4	3	3,8	Nivel de confianza medio	Teniendo en cuenta lo verificado en la presente auditoria es necesario que la segunda línea de defensa del proceso implemente nuevas, constantes y efectivas acciones de monitoreo frente a las acciones adelantadas con el fin de mejorar el Índice de Desempeño Institucional y evitar incumplimientos y materialización del riesgo. De igual forma, es necesario que se revise la pertinencia y eficacia de los controles diseñados, se implementen y documenten acciones de mejora o medidas correctivas que sean monitoreadas por el responsable de segunda línea de defensa, se complementen los informes de seguimiento y se comuniquen los resultados.	MARISOL

De acuerdo con lo anterior, al realizar el comparativo de los resultados de las matrices de un periodo al otro, observamos que se mantiene un nivel de confianza medio.

Aspectos Positivos:

- La creación de un nuevo proceso para la gestión documental es un avance significativo para la entidad que mejora la especialización, eficiencia y cumplimiento normativo. Al independizarse, este proceso tiene la oportunidad de evolucionar de manera más eficiente y efectiva, lo que se espera redunde en una gestión óptima y alineada con las necesidades del entorno institucional. La creación de un proceso independiente otorga a la gestión documental mayor autonomía, lo que facilita la toma de decisiones, el seguimiento de indicadores de desempeño y la implementación más efectiva de acciones correctivas o de mejora.

Conclusiones:

1. Dado el bajo porcentaje obtenido en el índice de Desempeño Institucional para el año 2023 por parte de la política de Gestión documental, se requirió al proceso por parte de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad un plan de mejoramiento, sin embargo, dentro de las acciones y oportunidades de mejora en el aplicativo Isolución no se encuentra registro, de igual forma, no se evidencia un documento denominado específicamente plan de mejoramiento, al respecto el proceso remite soportes de la nueva

*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					

meta incluida para el IV trimestre del 2024 que incluye actividades enfocadas al cierre de las brechas identificadas en el FURAG. Si bien, dichas actividades comprenden las acciones requeridas en un plan de mejoramiento, se recomienda documentar el plan de mejora y registrar las acciones en el aplicativo Isolución.

2. En concordancia con el bajo índice de Desempeño Institucional, frente a la política los resultados del FURAG han generado más de 20 recomendaciones que de no ser atendidas van a continuar generando baja calificación en la medición y pueden llevar a incumplimientos normativos y al detrimento de la imagen institucional.
3. Respecto a las brechas en la capacitación, se informa a los auditores que, aunque se han realizado esfuerzos de capacitación, la rotación del personal y el cambio constante de contratistas ha dificultado la continuidad en la transferencia de conocimiento, afectando la ejecución de la política.
4. En relación con los indicadores definidos para el monitoreo de la política se recomienda incluir indicadores que midan el impacto y reflejen el éxito de las acciones.
5. Una de las principales dificultades reportadas por el proceso ha sido la falta de adherencia de algunos directivos y personal en diversas dependencias frente a la importancia de la gestión documental. Aunque las direcciones clave han estado comprometidas, el compromiso de todos los niveles jerárquicos sigue siendo un desafío. La falta de comprensión plena del valor de la gestión documental a veces obstaculiza su correcta implementación y seguimiento.
6. De igual forma, indica el equipo auditado que la actualización de las tablas de retención ha sido un proceso lento, ya que depende de la aprobación del Archivo Distrital y el Archivo General de la Nación, lo que genera demoras. Este aspecto ha generado retrasos en el cumplimiento de los plazos establecidos para la gestión documental, afectando la eficiencia del sistema.
7. La implementación del expediente electrónico trae avances tecnológicos y genera seguridad de la información, sin embargo, reporta el proceso que la transición hacia un sistema sin papel, si bien es una mejora significativa, ha encontrado obstáculos en la resistencia al cambio y en la adaptación tecnológica de algunas áreas.
8. Teniendo en cuenta lo verificado en la presente auditoria es necesario que la segunda línea de defensa del proceso implemente nuevas, constantes y efectivas acciones de monitoreo frente a las acciones adelantadas con el fin de evitar incumplimientos y materialización de riesgos.
9. La conformación de un nuevo proceso es una transición que incluye la actualización de todos los documentos y un plan de implementación que, según el equipo auditado, se espera finalice con la resolución oficial en noviembre. Se planea también por parte de la dirección Administrativa, un ejercicio de verificación de adherencia para asegurar que todos los funcionarios comprendan y sigan el nuevo proceso.

6.1.17. Política de gestión de información estadística

Una vez realizado el análisis de la información obtenida como resultado de la mesa de trabajo realizada, encontramos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

*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

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
<u>Ambiente de control:</u> (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>Elementos que conforman el ambiente de control de cara a la política:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Estructura organizacional:</u> Desde la Dirección de Planeación Sectorial se ejerce el liderazgo de la política, directrices, lineamiento y demás elementos, pues son definidos y emitidos por esta dependencia, se cuenta con un grupo de profesionales especializados en la modalidad de prestación de servicios y profesionales de planta, que adelantan la implementación del plan trazado, hacen uso de mejores prácticas y estándares recomendados de la industria para la implementación de la política en la entidad. • <u>Asignación de autoridad y responsabilidad:</u> Mediante la resolución interna 842 del 2021, se define los líderes de cada una de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, y en caso de la política de gestión estadística, el liderazgo y la autoridad son ejercidas por la Dirección de Planeación Sectorial, en conjunto con el observatorio de salud de Bogotá. Así mismo, se define al comité institucional de gestión y desempeño como escenario establecido para dar a conocer los avances en la política.
<u>Actividades de Control:</u> (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> • Contempló la verificación de proceso, procedimientos, guías, manuales y demás herramientas empleadas para conocer las actividades trazadas y los recursos utilizados de cara a la implementación, operativización y mantenimiento de la política. De acuerdo con lo anterior, se consultaron los siguientes elementos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización SDS-PGS-CAR-002, 2. Lineamiento: SDS-PGS-LN-026 DOCUMENTACION DE OPERACIONES ESTADÍSTICAS EN LA SDS 3. Modelo-225, FICHA METODOLÓGICA OPERACIONES ESTADÍSTICAS 4. Modelo-224, MODELO OPERACIÓN ESTADÍSTICA Así como, instructivos y documentación asociada que hacen parte del repositorio documental para el presente alcance. • Se cuenta en la actualidad con el recurso humano especializado contratado en la modalidad de prestación de servicios y personal de planta que adelantan cada una de las actividades trazadas del plan suscrito. • Mediante el instrumento Dashboard o tablero de indicadores, se cuenta con algunos indicadores para la medición de la política. • Se cuenta con un plan suscrito y articulado con la Secretaría Distrital de Planeación para la implementación de la política y su mantenimiento año 2024. <p>Respecto al particular, se cuenta con el listado de preguntas realizadas en la mesa de trabajo, y que nos permitió constatar el estado actual de los aspectos evaluados.</p>
<u>Evaluación del Riesgo:</u> (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)	<p>El proceso de PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL, cuenta con las matrices de riesgos de corrupción y de proceso, dichas matrices contienen riesgos identificados, valorados y además cuenta con su plan de tratamiento y el seguimiento respectivo. Frente a la política en cuestión, el auditor pregunto a los auditados si la "no generación", procesamiento, reporte o difusión de información estadística, ha sido contemplada como un riesgo de operación, al particular, se informa que, la no generación de información no es un riesgo como tal, ya que no se podría identificar un riesgo sobre el uso</p>

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

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

	<p>incorrecto de la información, no obstante, existen riesgos que se pueden materializar en las diferentes fases del proceso de producción de información, lo que puede conllevar o afectar la calidad en la generación de información estadística, más no es el uso que se haga de ella por parte de los usuarios.</p> <p>Es clave mencionar que, en los documentos metodológicos del proceso estadístico, establece diagramas de flujo, periodicidad en la generación de estadísticas, responsables y usuarios de la información, además de los riesgos y controles. Por último, la operación estadística, contempla los riesgos en cada una de las fases o etapas, es por eso que se debe realizar un análisis con mayor profundidad y determinar las amenazas existentes que pudieran afectar la generación de información estadística.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora que permita fortalecer dicho aspecto.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Se llevó a cabo la verificación y el resultado fue el siguiente:</p> <p>Primera Línea (Autocontrol): La primera línea la conforman todos los colaboradores de la entidad, ya que debemos seguir directrices y lineamientos de planeación institucional, no obstante, la presente política en su actuar, esta conformada por los profesionales o facilitadores asignados en cada uno de los procesos, a fin de consolidar y reportar los resultados de cada una de las políticas a los referentes de planeación institucional; así mismo, la primera línea ejerce la labor de monitoreo y actualización de la información. Por último, el observatorio, realiza la correspondiente actualización de los indicadores en SALUDATA que permitirán la descarga de la información o data estadística al ciudadano.</p> <p>Segunda Línea (Autoevaluación): El líder de la política define las directrices o lineamientos frente a la gestión de la información estadística, hacia el usuario final, se debe informar a todos los colaboradores, los procedimientos establecidos, frente a cómo se debe presentar la información, bajo qué formato, cómo es la estandarización de los campos, entre otros. Respecto al particular, existen algunas debilidades que derivan en una oportunidad de mejora y que son sustentadas en los hallazgos presentados.</p> <p>Respecto a las recomendaciones del FURAG, el líder de la política en conjunto con sus especialistas afirma que éstas fueron identificadas y harán parte del plan de mejoramiento de la implementación de la política para el año 2025.</p>

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

<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se verificaron los registros y documentos asociados así: Caracterización SDS-PGS-CAR-002, Lineamiento SDS-PGS-LN-026 DOCUMENTACION DE OPERACIONES ESTADÍSTICAS EN LA SDS, Modelo-225 O FICHA METODOLÓGICA OPERACIONES ESTADÍSTICAS y el Modelo-224 o MODELO OPERACIÓN ESTADÍSTICA Se consulto en el aplicativo WEB SaluData, la publicación y actualización de información producida para la generación de información estadística en la SDS. Se cuenta con registros de actas de reuniones de revisión por la dirección mediante los comités, que son el escenario dispuesto para comunicar los diferentes temas a las partes interesadas. Al particular, no se cuenta con piezas comunicativas o las campañas de sensibilización frente a la política.
---	---

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones:

Hallazgo	1	Resultado de la Evaluación																																			
<p>Respecto a las actividades que se han ejecutado en pro del objetivo de la política, se informa que existe un plan trazado año 2024, que da respuesta al cumplimiento de la política; dicho plan es formulado en conjunto con la Secretaría Distrital de Planeación en cada vigencia. Así mismo, se informa que se realiza seguimiento periódico y a la fecha de la presente evaluación, se constata un promedio de avance del 82%. Se indica además que se cuenta con una persona asignada desde planeación distrital para realizar el acompañamiento a la SDS en la formulación e implementación de ésta. De cara a la política de gestión de información estadística, se cuenta con 3 indicadores definidos en conjunto con los líderes de la política y la Dirección de Planeación Institucional y se encuentran publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD en isolucion como se visualiza a continuación:</p>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th colspan="6">Política de Gestión de la Información Estadística</th> <th style="text-align: right;">100%</th> </tr> <tr> <th>Indicador</th> <th>Meta</th> <th>Valor real</th> <th>Valor Estimado</th> <th>Fecha medición</th> <th>% Cumplimiento</th> <th>Gráfica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Actualización de los Requerimientos de información caracterizados de la SDS</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>05/ago./2024</td> <td>100 %</td> <td><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div></td> </tr> <tr> <td>Actualización del inventario de oferta de operaciones estadísticas de la SDS</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>05/nov./2024</td> <td>100 %</td> <td><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div></td> </tr> <tr> <td>Actualización del inventario de Registros administrativos caracterizados de la SDS</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>05/nov./2024</td> <td>100 %</td> <td><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div></td> </tr> </tbody> </table>			Política de Gestión de la Información Estadística						100%	Indicador	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	% Cumplimiento	Gráfica	Actualización de los Requerimientos de información caracterizados de la SDS	100	100	100	05/ago./2024	100 %	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div>	Actualización del inventario de oferta de operaciones estadísticas de la SDS	100	100	100	05/nov./2024	100 %	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div>	Actualización del inventario de Registros administrativos caracterizados de la SDS	100	100	100	05/nov./2024	100 %	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div>
Política de Gestión de la Información Estadística						100%																															
Indicador	Meta	Valor real	Valor Estimado	Fecha medición	% Cumplimiento	Gráfica																															
Actualización de los Requerimientos de información caracterizados de la SDS	100	100	100	05/ago./2024	100 %	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div>																															
Actualización del inventario de oferta de operaciones estadísticas de la SDS	100	100	100	05/nov./2024	100 %	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div>																															
Actualización del inventario de Registros administrativos caracterizados de la SDS	100	100	100	05/nov./2024	100 %	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 20px;"><div style="width: 100%; height: 10px; background-color: green;"></div></div>																															
<p>Los resultados de los indicadores para esta política se reportan al 100% con fecha de actualización al 05/nov./2024, no obstante, los referentes participantes, aclaran que a la fecha existe un retraso, el cual se puede corroborar o constatar con el plan de trabajo consolidado en la mesa de trabajo y en lo que respecta al retraso, se afirma se debe a que no se contaba con el recurso humano y por tal medida, el tema de documentación no se ha podido cumplir en su totalidad y fue necesario la reprogramación de la actividad, dicha actividad se encuentra con un avance del 53% que a la fecha genero un impacto del plan trazado Es clave mencionar que, los indicadores formulados en conjunto con la Dirección de Planeación Institucional, están asociados a tres actividades que contiene el Plan definido con la Secretaría Distrital de Planeación, dichas actividades se completaron al 100%, por lo que la diferencia en el porcentaje de avance entre un plan y otro, está dado por la cantidad de actividades definidas, específicamente la relacionada con la documentación de operaciones estadísticas, que no se contempla en el plan interno de la Dirección de planeación institucional.</p> <p>Por tal medida, existen atrasos de cara al plan trazado y afecta el cumplimiento del indicador de la política, lo cual deriva en una oportunidad de mejora que busca fortalecer dicho aspecto.</p>																																					

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

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

Hallazgo 2

Resultado de la Evaluación
<p>Respecto a la utilización de estándares para la documentación de los metadatos de cara a la producción de información estadística, se informa que en la actualidad los lineamientos son impartidos por el DANE y permiten la estandarización de la documentación relacionada con las operaciones estadísticas, en lo referente al observatorio, se informa que las operaciones estadísticas se encuentran caracterizadas, no obstante, lo que tiene que ver con el estándar DDI y DUBLIN CORE, será un objeto de implementación a mediano plazo dentro del plan estadístico distrital año 2025. En la actualidad, se cuenta con la hoja de vida o ficha de los indicadores, en donde se establece la fuente del indicador, periodicidad, responsable, entre otros, en actualidad, se tienen 5 operaciones estadísticas y el estándar DDI se deberá aplicar sobre estas 5 operaciones inicialmente. Por último, en lo que respecta al FURAG año 2023, se reportó cumplimiento en la implementación del estándar DDI, lo cual no es cierto, dicha situación, deriva en una oportunidad de mejora, que permita definir y utilizar los estándares recomendados.</p>

Hallazgo 3

Resultado de la Evaluación
<p>Respecto a la documentación, publicación de la metodología y fichas de operaciones estadísticas, se informa que existe un documento metodológico definido, el cual se encuentra en proceso de revisión y aprobación para la publicación en Isolucion y posterior divulgación en la página de la SDS. Adicionalmente se informa que, en el mes de diciembre 2024, se tiene contemplada la publicación de la documentación metodológica de la operación estadística asociada a la información de bancos de sangre. De acuerdo a lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora dado que es un elemento esencial de cara la implementación de la política.</p>

Hallazgo 4

Resultado de la Evaluación
<p>Respecto a la documentación y publicación de los protocolos de transferencia de datos de operaciones estadísticas, se informa que en el momento la transferencia se realiza de forma libre por cada dependencia de acuerdo a su necesidad y utilizan diferentes mecanismos, por lo que se sugiere estandarizar la transferencia a nivel institucional. De acuerdo a lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora, dado que es un elemento esencial de cara la implementación de la política. Se informa que la secretaria de Distrital de Planeación emitió un documento, que establece el protocolo para los flujos de información estadística en el Distrito, sin embargo, el lineamiento fue emitido en el año 2020 y el protocolo define la planificación y los pasos previos al momento de realizar una transferencia, define el diseño, formatos, y el receptor de la información y la periodicidad de la misma.</p>

Aspectos positivos:

- Se cuenta con un líder de política y grupo de trabajo especializado, que coordina y centraliza el plan de implementación y gestiona la información estadística de los diferentes grupos de interés.
- La política se encuentra documentada y se realiza periódicamente seguimiento a través del comité institucional de gestión y desempeño, el cual es el escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados.

*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 SDS genera estadísticas relevantes las cuales son visibles mediante la plataforma SALUDATA y permiten la toma de decisiones en materia de salud en Bogotá

Conclusiones:

1. La Política de Gestión de la Información Estadística, cuenta con un plan de implementación trazado y consolidado en conjunto con la participación del referente de planeación distrital, dicho plan 2024 reporta un promedio de ejecución del 82% a la fecha y presenta algunos atrasos justificados.
2. Desde la Dirección de Planeación Sectorial surge como propuesta para la implementación de la política de gestión estadística año 2025, la participación de los representantes de la dirección TIC, a fin de tratar y gestionar los diferentes temas técnicos que conlleva la política.
3. De cara a las buenas prácticas, es recomendable hacer uso de los lineamientos dispuestas por el PGIE para la producción de la información estadística como son: planificación estadística, fortalecimiento de registros administrativos y calidad estadística.
4. De acuerdo con la evaluación, no se cuenta con un documento protocolo estandarizado, que permita identificar las estadísticas que produce y reposan en la entidad.
5. Se debe definir un protocolo estandarizado que establezca las reglas y procedimientos para la gestión eficiente y eficaz de la información estadística que produce y administra la SDS.
6. Actualmente existen 2 documentos definidos para hacer frente a las operaciones estadísticas de los bancos de sangre: 1. documento metodológico y 2. Ficha metodológica.
7. Recomendación: es indispensable dar cumplimiento a lo dispuesto por la Resolución 1418 de 2017, requisitos de calidad para la generación de estadísticas en cumplimiento del artículo 160 de la Ley 1753 de 2015, el artículo 2.2.3.2.5 del Decreto 1743 de 2016 y la ley 2335 de 2023, la cual da las directrices sobre las estadísticas oficiales del país.
8. Es clave mencionar que la información estadística y los registros administrativos, son los insumos que permiten diagnosticar las problemáticas de la sociedad y con ello dar solución a las necesidades de la población al particular existen algunos avances al respecto.
9. El líder de la política debe disponer de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan.
10. La calidad estadística, debe permitir contar con información relevante, accesible, precisa, oportuna y comparable; para la toma de decisiones basada en evidencia.
11. El escenario establecido para dar a conocer el estado de la política y sus resultados es el comité institucional de gestión y desempeño que se realiza de acuerdo con la periodicidad establecida o por solicitud extraordinaria.
12. El liderazgo de la política es ejercido por la Dirección de Planeación Sectorial, el cual define y dispone de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada para que los diferentes procesos adopten y cumplan la política de gestión estadística, de acuerdo con lo anterior, las actividades descritas corresponden a funciones que ejerce el rol de segunda línea de defensa y por lo tanto se sugiere incluir en el mapa de aseguramiento para ser evaluados en la próxima vigencia.
13. Por último, a pesar de que la política de gestión de información estadística, se basa en la guía o documento metodológico, se informa que, a la fecha de la presente evaluación, existe un documento borrador que no ha sido aprobado, y las 6 fichas de operaciones estadísticas existentes, no se han sido publicadas, no obstante, la responsabilidad de construir, normalizar los documentos y fichas técnicas de las operaciones estadísticas, para su posterior publicación, está en manos de las dependencias dueñas de cada operación estadística.

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

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

6.1.18. Gestión del Conocimiento

Una vez realizado el análisis de la información remitida por el proceso y con base en la información obtenida en la mesa de trabajo realizada el día 29-11-2024 y los documentos del SGC ubicados en el aplicativo Isolución se describe a continuación lo verificado:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	<p>Asignación de autoridad y responsabilidad: Acorde a lo definido en la Resolución interna 842 del 2021, el liderazgo de la política está a cargo del Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial y es ejecutada mediante las actividades adelantadas por la Dirección de Planeación Sectorial inmersas en el Proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación (GCI). Se visibiliza un Líder de la política y un equipo de trabajo encargado de adelantar y monitorear las actividades, así como un gestor de calidad que interactúa de puente entre la dependencia y la Dirección de planeación institucional y calidad para establecer los aspectos relacionados con el aseguramiento y monitoreo de la política.</p> <p>La Dirección de Planeación Sectorial en coordinación con la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, Dirección TIC y Oficina Asesora de Comunicaciones adelanta acciones en el marco de la Dimensión de Gestión del Conocimiento e Innovación establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Al interior de la Dirección de planeación se han consolidado equipos encargados de atender todas las actividades de gestión del conocimiento en pro del cumplimiento de la política:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de CDEIS (Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud) • Equipo de gestión del conocimiento. <p>Con el fin de identificar oportunidades de mejora el proceso realizó informe de percepción del cliente en 2024 al Mapa de Aseguramiento aplicada a los grupos de investigación de la SDS con resultados positivos en un 80%, estableciendo acciones de mejora en el aplicativo Isolución.</p> <p>Igualmente, dentro del ambiente de control se encuentra el Comité de ética con carácter asesor, resolutivo, de vigilancia y pedagogía y la Mesa Técnica de Gestión del Conocimiento que se reúne mensualmente para hacer seguimiento a las actividades que se presentan a nivel de la política de gestión del conocimiento.</p>
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	<p>Recientemente el desarrollo de las actividades estaba bajo las directrices de la Política Institucional de Gestión del Conocimiento e Innovación documentada en el SGC en el aplicativo Isolución y de la Política de MIPG, sin embargo, en respuesta a plan de mejoramiento de auditoría interna, el proceso decidió que no era necesario tener dos políticas que cubrieran los mismos aspectos, argumentando en mesa de trabajo que la Política Institucional de Gestión del Conocimiento se integra a la política de MIPG dado que esta última abarca todos los criterios y el contexto necesario.</p> <p>Actualmente el proceso no cuenta con un plan de acción específico para la política, las actividades se programan anualmente a través del POGD y se integran en las actividades del proceso.</p> <p>Acorde a lo reportado en mesa de trabajo, las actividades ejecutadas en pro del alcance del objetivo de la política son:</p>

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

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

CDEIS: Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud. Orientado a la creación y consolidación de una plataforma de formación, educación continua e investigación dirigida al fortalecimiento de los conocimientos y capacidades del talento humano del sector salud. Orienta sus acciones alrededor de los componentes: Educación: Presencial, Virtual, Blended; Relación Docencia Servicio: Red Integrada de Servicios de Salud; Investigación: Énfasis en seguimiento a Proyectos financiados a través del Sistema General de Regalías; Cooperación: Local, nacional e Internacional; Movilización y apropiación social del conocimiento.

Semillero de Innovación: Este espacio permite el fortalecimiento de capacidades en temas de innovación. Se realizan sesiones bimestrales con expertos en la materia y se promueve la participación de todas las dependencias en estos procesos. Los temas de innovación son seleccionados con base en encuestas realizadas a los empleados, asegurando que las áreas de mayor interés sean abordadas.

Laboratorio de Innovación en Salud para Todos (LISTO): es un espacio destinado a fortalecer la innovación dentro de la entidad. Incluye delegados de diferentes dependencias que trabajan en conjunto para desarrollar proyectos de innovación, y se les proporciona formación y acompañamiento en metodologías de innovación.

Fortalecimiento de Capacidades: Se organizan talleres y actividades para promover la innovación, como el apoyo a otros grupos dentro de la entidad que solicitan acompañamiento el tema.
Se cuenta a su vez con otras herramientas para el proceso de transferencia del conocimiento:

Plataforma Aprender Salud: Esta plataforma facilita la transferencia de conocimiento mediante la creación de recursos educativos para el personal en salud, así como para la comunidad interesada en temas de salud.

Revista de Investigación: Se utiliza como un medio de transferencia del conocimiento a través de la publicación de investigaciones relacionadas con la gestión del conocimiento e innovación.

Boletín de Investigaciones: También se utiliza para compartir avances y conocimientos en el campo de la investigación.

Biblioteca: presta su servicio desde la adquisición del material bibliográfico, hemerográfico y/o audiovisual mediante canje y/o donación.

Encuestas y Consultas: Se realizan encuestas para conocer los intereses y necesidades de los empleados en relación con la innovación. Estas encuestas permiten identificar áreas de interés y dar paso a la implementación de nuevas ideas dentro de la organización.

Reconocimiento de Ideas Innovadoras: Las ideas innovadoras son reconocidas y desarrolladas dentro de los espacios de la organización, asegurando que los empleados puedan ver que sus propuestas son valoradas y tienen la posibilidad de materializarse.

De otro lado, se cuentan con grupos aseguran que se realicen actividades relevantes para el fortalecimiento de la gestión del conocimiento y la innovación dentro de la organización como son:

Comité de ética: el Comité de Ética de la Investigación -CEI- de la Secretaría Distrital de Salud es un grupo formal deliberativo, multidisciplinario, con carácter asesor, resolutorio, de vigilancia y pedagogía del más alto nivel de decisión, que cumple funciones desde el punto de vista técnico científico y ético, otorgando el concepto ético correspondiente a los proyectos de investigación presentados en materia de Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud. Está compuesto por siete integrantes de diferentes perfiles, Incluyendo miembros de la academia, 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

	<p>secretaría, la comunidad. Se organiza bajo una Resolución (1317 de 2022). Ordinariamente, el comité se reúne una vez al mes evidenciado mediante actas.</p> <p>Mesa Técnica de Gestión del Conocimiento: Se reúne mensualmente para hacer seguimiento a las actividades que se presentan a nivel de la política de gestión del conocimiento. Este grupo organiza espacios de colaboración, como "Compartiendo experiencias", donde diferentes dependencias comparten sus avances en temas relacionados con la política. Participa la comunidad en convocatoria. Ordinariamente, el comité se reúne una vez al mes evidenciado mediante soportes remitidos por el proceso.</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>El proceso cuenta con matriz de riesgos de gestión actualizada donde se establecen 3 riesgos de gestión de impacto reputacional publicados en el mapa de riesgos con sus respectivos controles. Se evidencia la gestión para la actualización del mapa de riesgos donde se incluye un riesgo asociado al CDEIS en atención a lo reportado en auditoría de gestión realizada a la Política en el presente año.</p> <p>Dado que el proceso tiene identificadas oportunidades de mejora en relación con la caída total en el servidor de la SDS en el presente año, afectando la información del repositorio institucional es importante que se realice el seguimiento correspondiente y se dé respuesta oportuna a las actividades propuestas en el plan de mejora.</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>Desde la Dirección de Planeación Sectorial se realiza el monitoreo de las actividades a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SEGPLAN: Se cuenta actualmente con los recursos para dar cumplimiento a las actividades a través del Proyecto 8105, destinado a la contratación del talento humano necesario para la gestión del conocimiento y el proyecto 8119 relacionado con la inversión en los procesos de gestión del conocimiento a través del CDEIS. Para la generación y producción del conocimiento el grupo CDEIS gestiona la realización y seguimiento a las convocatorias de investigación orientados al sector salud realizadas en alianza con ATENEA, mediante convenios de cooperación. • FURAG: el proceso alcanzó un Índice de Desempeño Institucional para el año 2023 de 98,1%, para incrementar el porcentaje se han hecho mejoras y actualmente se trabaja en la inclusión del CDEIS en el sistema de gestión de calidad. • DASHBOARD: se han definido por parte del proceso 2 indicadores de cumplimiento: El fortalecimiento de una cultura de la innovación en la SDS y Plan de fortalecimiento del ecosistema de CTI, entendiendo el ecosistema como un entorno integral que conecta diversas herramientas, procesos y actores involucrados en la gestión del conocimiento dentro de la entidad. Incluye componentes como el semillero de innovación, el laboratorio de innovación en salud, y otros espacios para el fortalecimiento de capacidades. Las actividades adelantadas son reportadas a PlyC, para ser consolidadas y presentadas en el Comité de Gestión y Desempeño. • POGD: se realiza monitoreo del proceso de Gestión del conocimiento mediante reporte trimestral del POGD de la Dirección de planeación Sectorial a través de la meta 2 -Realizar acciones para la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, con un cumplimiento del 99.8%. Se observan reprogramaciones.
<p>Información y comunicación: (Es la base para conocer el estado de los controles)</p>	<p>Teniendo en cuenta la pérdida de información del proceso en 2024 y las medidas de control implementadas para mitigar el riesgo, según lo reportado por el proceso actualmente, debido a contingencias técnicas, la información se</p>

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

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

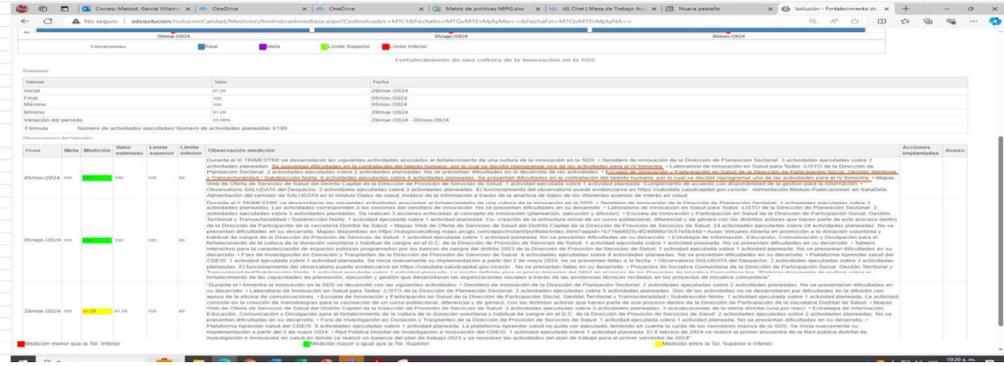
<p>y conocer el avance de la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>almacena manualmente en OneDrive, los niveles de acceso y seguridad de la información están actualmente definidos con restricciones:</p> <p>Acceso restringido: En el repositorio institucional, solo una persona tiene acceso para editar la información. Esta persona es la bibliotecóloga encargada del equipo de gestión del conocimiento.</p> <p>Consulta de información: El acceso para consultar la información está restringido a la bibliotecóloga, quien gestiona las solicitudes de consulta. Si alguien necesita acceder a un documento, debe hacerle la solicitud, quien se encarga de compartir la información correspondiente.</p> <p>Seguridad: Este sistema de restricciones tiene como objetivo evitar la manipulación indebida de la información y prevenir la pérdida de datos. Aunque la información puede ser consultada, el control de edición se mantiene restringido a una sola persona para garantizar la seguridad de los datos. El proceso de información y comunicación se estructura y se comparte por las siguientes herramientas:</p> <p>Botón CDEIS en página web principal del SDS, permite la consulta y acceso a la información relevante para el usuario del proceso de Gestión del Conocimiento.</p> <p>Mapa de Conocimiento: herramienta que recoge las investigaciones en Ciencia, Tecnología e Innovación que se adelantan en la Secretaría Distrital de Salud. Se encuentra publicado en la página web de la entidad en el espacio Ciencia, Tecnología e innovación.</p> <p>Plataformas Aprender Salud y boletines de investigaciones como herramientas clave para transferir conocimiento entre los empleados y hacia la comunidad externa.</p> <p>Correos Electrónicos y Comunicaciones Internas: Se usan para convocatorias, encuestas para definir temas de interés o actividades, y también para informar sobre las sesiones de espacios como el semillero de innovación o las mesas pedagógicas.</p> <p>Piezas Comunicativas: Se elaboran materiales visuales y textos que se envían a través de los canales de comunicación interna, como correos o plataformas específicas.</p> <p>En relación con la comunicación efectiva, el progreso y los resultados a todos los niveles de la organización el proceso informa que no se encuentra un informe de gestión establecido para el proceso diferente al POGD.</p>
---	---

A continuación, mediante tablas se listan y detallan los hallazgos identificados que derivan en oportunidades de mejora o recomendaciones:

Hallazgo 1	
	Resultado de evaluación
	<p>Para el primer indicador definido en el Dash Board se encuentra cargada la información correspondiente a los 3 trimestres corridos de 2024 con las observaciones correspondientes de medición y resultados, sin embargo, se registra un 100% de cumplimiento a pesar de que se informa que existen dificultades en la contratación del talento humano, por lo cual se reprograman actividades para el semillero de innovación y la escuela de innovación y participación en salud. La fórmula mide el total de actividades ejecutadas sobre las programadas. Dado lo anterior, se evidencia que no es coherente el porcentaje de medición con la observación registrada, por lo cual,</p>

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

el resultado registrado no da cuenta de las acciones ejecutadas y genera falsa percepción de la medición e interferencias en la toma de decisiones.



Fecha	Meta	Medición	Valor	Límite superior	Límite inferior	Observación resultado
05/Nov/2024	100	100	100	100	100	...
05/Nov/2024	100	100	100	100	100	...
28/Nov/2024	100	100	100	100	100	...

Hallazgo 2

Resultado de evaluación

Revisada la información publicada en la página web de la entidad, en el Botón del CDEIS se identifica que existe información desactualizada que puede generar confusión en usuario, afectando la comunicación efectiva al interior y exterior de la entidad y generar percepción negativa en la ciudadanía.



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



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

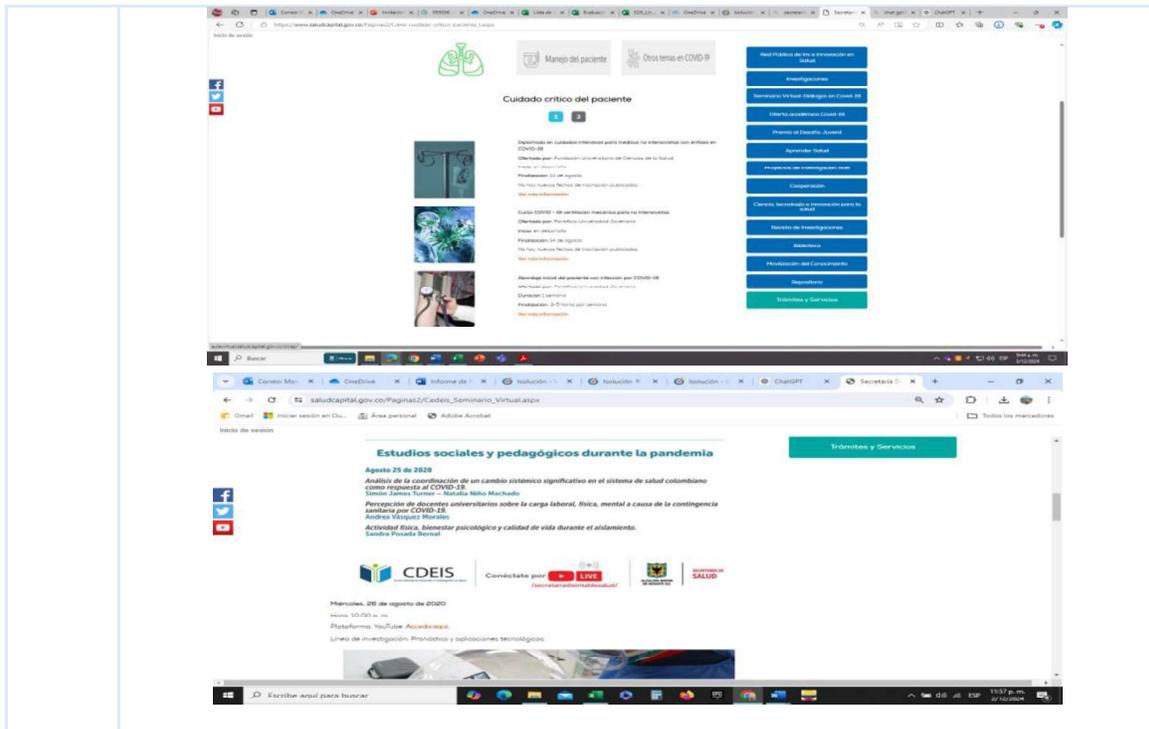
**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**

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



Aspectos Positivos:

- La Dirección de Planeación Sectorial Salud adelanta las actividades propias de la política de Gestión del Conocimiento y la Innovación Pública, la cual cuenta con las herramientas y recursos necesarios para su ejecución.
- Se cuenta con el rol de líder de la política, un gestor de calidad y un equipo de trabajo que desarrollan desde diferentes frentes las acciones en pro de la ejecución de la política, que a pesar de contar con un alto porcentaje de desempeño institucional continua en pro de la mejora continua identificado las brechas del FURAG para encaminar las acciones.
- Se resalta la buena disposición y cordialidad por parte del equipo y directivos que atendieron la mesa de trabajo, así como el compromiso para la entrega de los sopores requeridos.
- La existencia del Comité de Ética y la Mesa Técnica de Gestión del Conocimiento, proporciona una estructura organizativa clara y efectiva. Esto asegura que haya roles y responsabilidades bien definidos, facilitando la implementación y seguimiento de la política.
- El aseguramiento de recursos financieros y humanos a través de proyectos específicos demuestra un compromiso institucional con la política de gestión del conocimiento. Esto proporciona el soporte necesario para llevar a cabo las actividades planificadas y asegurar su continuidad.

Conclusiones

1. Teniendo en cuenta que se encuentra en desarrollo el plan de mejoramiento resultado de la auditoria de gestión con énfasis en riesgos a la Gestión del Conocimiento y la innovación, se recomienda continuar con la gestión y cargue de los soportes para alcanzar la eficacia de las acciones.

*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

2. Tras verificar el mapa de riesgos del proceso, se ha constatado su actualización, incluyendo la definición de un tercer riesgo de tipo reputacional para el grupo funcional CDEIS con sus respectivos controles. Esto evidencia la pronta gestión en relación con el plan de mejora derivado de la auditoría realizada en el mes de septiembre a la política.
3. Es importante que frente a las debilidades identificadas se tomen las medidas correctivas necesarias para evitar nuevamente la materialización del riesgo de pérdida de información, por lo cual, se deben tomar las acciones necesarias, entre estas el tratamiento efectivo a las oportunidades de mejora identificadas al respecto y registradas en el aplicativo Isolución.
4. Realizada la mesa de trabajo, verificados los documentos del SGC, así como los soportes remitidos, se puede evidenciar que el proceso de Gestión del Conocimiento e innovación desarrolla una amplia variedad de actividades que demuestran un enfoque integral y ambicioso para la adecuada ejecución de la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación.
5. De igual forma, como resultado de la presente auditoría y tras revisar las actividades transversales realizadas por el proceso en pro de la política dentro de la entidad, se considera que el proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación debe ejercer funciones de segunda línea de defensa. Estas funciones deben ser controladas y monitoreadas, por lo cual se recomienda su inclusión en el mapa de aseguramiento la próxima vigencia, garantizando así una supervisión efectiva y una mayor integración con los mecanismos o parámetros de control existentes.

6.1.19. Control Interno

Una vez realizado el análisis de la información obtenida, como resultado de la mesa de trabajo realizada, encontramos los siguientes resultados agrupados por componentes de control MECI:

TEMAS REVISADOS	ASPECTOS VERIFICADOS
Ambiente de control: (Conjunto de procesos y estructuras que proveen las bases para llevar a cabo el control interno a través de la organización y son las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno)	Estructura organizacional: La Política de Control Interno en el marco del Manual Operativo del MIPG se enfoca en garantizar la eficiencia, transparencia y mejora continua. Este modelo está liderado por la Alta Dirección, responsable de supervisar la integración del control interno con los procesos institucionales. La Oficina de Control Interno (OCI) evalúa la eficacia del sistema y emite recomendaciones, mientras que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno define lineamientos estratégicos. Basándose en el modelo de las tres líneas de defensa, las áreas operativas, de apoyo, y auditorías aseguran la efectividad y supervisión de los controles. Además, se articula con las dimensiones del MIPG, promoviendo una cultura de integridad y cumplimiento normativo en línea con la Ley 87 de 1993. Asignación de autoridad y responsabilidad Subsecretarios (as) y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Primera línea defensa: Líderes de Proceso, Segunda Línea de Defensa: jefes de Planeación Tercer Línea de Defensa: El (la) jefe de Control Interno
Actividades de Control: (incluye la revisión de políticas de operación procedimientos, normatividad interna y externa, Plan Operativo Anual. Acciones que apalancan el logro de los objetivos)	La Secretaría implementa un enfoque integral que se apoya en un Sistema Integrado de Gestión (SIG), que incluye la gestión del riesgo, la calidad, la comunicación y el monitoreo constante de las acciones establecidas. La Secretaría Distrital de Salud (SDS) aplica el modelo de tres líneas de defensa para garantizar una gestión eficiente y controlada. La primera línea está integrada por los servidores públicos que ejecutan los procesos institucionales y aplican controles operativos directamente en sus áreas de trabajo. La segunda línea está compuesta por los líderes de procesos 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

	<p>políticas, responsables de supervisar y garantizar el cumplimiento de las funciones de aseguramiento en procesos como Gestión Contractual, Talento Humano, Gestión Financiera, TIC, Planeación y Gestión Sectorial, este nivel se representa en el mapa de aseguramiento, que permite realizar un seguimiento efectivo de las funciones y la información generada por esta línea.</p> <p>Finalmente, la tercera línea está constituida por la Oficina de Control Interno, que se encarga de evaluar, monitorear y verificar la gestión de riesgos y la efectividad de los controles internos, promoviendo el fortalecimiento continuo del sistema de control y la mejora institucional. El enfoque de la SDS no solo cumple con los estándares nacionales como el MECI (Modelo Estándar de Control Interno) sino que también promueve la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua, lo que contribuye a un ambiente institucional fortalecido para la toma de decisiones informadas y a la optimización de los procesos operativos</p>
<p>Evaluación del Riesgo: (proceso dinámico que permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos)</p>	<p>La evaluación del riesgo en la política de control interno de la SDS se lleva a cabo mediante un enfoque estructurado que integra varios niveles de defensa y responsabilidades. Esta metodología se basa en la identificación, análisis y valoración de los riesgos, lo cual incluye tanto los riesgos operacionales como los asociados con el cumplimiento de normas y el fraude.</p> <p>La alta dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno son los encargados de establecer las políticas y guiar el seguimiento de los riesgos, mientras que las líneas de defensa inferiores, como los responsables de procesos y las unidades de auditoría, supervisan y gestionan los riesgos de manera continua.</p> <p>Además, la Secretaría implementa estrategias de sensibilización y capacitación para fomentar una cultura de autocontrol y prevención entre ellas se encuentra la estrategia de Infocontrol que paso a ser la estrategia Control en Línea entre otros.</p> <p>La evaluación se enfoca en la priorización de riesgos y la implementación de planes de acción para tratar aquellos que pueden generar un impacto significativo. Esta estrategia está alineada con la normativa nacional e internacional sobre gestión de riesgos, facilitando un esquema predictivo y de toma de decisiones rápido y eficiente</p>
<p>Actividades de monitoreo: (busca que haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles). El objetivo es la supervisión continua en el día a día de las actividades y las evaluaciones periódicas para detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.</p>	<p>FURAG: Frente a esta política se tuvieron observaciones sobre la supervisión de la ejecución de políticas de talento humano en áreas como la actualización del SIGEP, integridad pública, clima laboral, convivencia, bienestar e incentivos, según el plan estratégico. Asimismo, debe verificar el reporte de información en el marco del Decreto 830 de 2021 y la Ley 2013 de 2019. La entidad debe realizar auditorías (ISO 27001), intervenir el fondo documental acumulado con Tablas de Valoración, incluir cursos de integridad en procesos de inducción, y desarrollar actividades de integridad propuestas por Función Pública. También se recomienda evaluar conflictos de interés mediante capacitaciones y designar instancias responsables del monitoreo de riesgos, como el Oficial de Seguridad de la Información.</p> <p>La entidad aborda las observaciones de transparencia y cumplimiento normativo mediante auditorías internas para verificar la eficacia de los</p>

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

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

	<p>controles. También solicita anualmente a los funcionarios el reporte de información en el SIGEP, incluyendo la Declaración Juramentada de Bienes y Rentas, que refuerza la transparencia y ayuda a identificar conflictos de interés. Además, implementa un plan de capacitaciones sobre integridad y ética pública, fomentando la correcta aplicación de normativas y promoviendo la rendición de cuentas. Estas acciones aseguran un marco de control interno efectivo y alineado con la mejora continua y los estándares administrativos.</p> <p>DASHBOARD: La política de control interno incluye un indicador estratégico denominado "Variación en el nivel de confianza de la función de aseguramiento de la segunda línea de defensa", cuya finalidad es medir anualmente la efectividad y confiabilidad de las funciones de la segunda línea dentro del modelo de control interno, dicho indicador establece como meta superar en 0,5 puntos la calificación del nivel de confianza global con respecto a la línea base, promoviendo la mejora continua en la gestión. La fuente principal de información utilizada para esta medición es el esquema de líneas de defensa y el mapa de aseguramiento, documentos que detallan las responsabilidades y actividades de la segunda línea y permiten un monitoreo fundamentado en evidencias.</p>
<p><u>Información y comunicación:</u> (Es la base para conocer el estado de los controles y conocer el avance la gestión. El propósito es utilizar la información de manera adecuada, comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos)</p>	<p>La Secretaría Distrital de Salud (SDS) optimiza la comunicación interna mediante diversos mecanismos que garantizan un flujo continuo de información y transparencia. Los comités internos son espacios clave para analizar avances y realizar ajustes, mientras que boletines, reuniones estratégicas y correos electrónicos institucionales difunden mensajes importantes en toda la organización. Además, las pantallas ubicadas estratégicamente proporcionan información visual accesible. La intranet actúa como un portal centralizado para la divulgación de información y almacenamiento de documentos. Asimismo, la plataforma Isolucion facilita el acceso a normatividad, seguimiento de acciones, reportes y actualizaciones de políticas entre otros.</p> <p>Este sistema de comunicación está alineado con la política de control interno, promoviendo la transparencia y la rendición de cuentas. Asegura que los funcionarios cuenten con la información necesaria para tomar decisiones informadas y fortalecer los procesos institucionales. Este enfoque refuerza el control interno al garantizar que todos los niveles de la entidad estén alineados con los objetivos estratégicos, mejorando la eficiencia y efectividad en la gestión pública.</p>

Aspectos positivos

- La política de control interno de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) se apoya en un modelo robusto liderado por la Alta Dirección. Este enfoque asegura una supervisión efectiva del sistema de control, promoviendo su integración con los procesos institucionales. A través de la participación activa de la Oficina de Control Interno y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se fomenta una cultura organizacional de responsabilidad, transparencia y mejora continua, lo que refuerza la eficiencia y efectividad de la entidad.
- La implementación del modelo de las tres líneas de defensa, el cual permite una gestión integral y eficiente de los riesgos. Cada línea tiene un rol claramente definido en la supervisión y control de los procesos, lo que contribuye a una identificación, gestión y monitoreo adecuados de los riesgos. Este enfoque refuerza la efectividad del sistema de control y asegura una gestión proactiva, lo que permite a la SDS manejar eficazmente los desafíos operacionales y normativos que puedan surgir.

*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					

Conclusiones:

1. La Secretaría Distrital de Salud (SDS), ha establecido un sistema de control interno sólido, basado en una estructura organizacional clara y procesos efectivos de gestión de riesgos. El modelo de las tres líneas de defensa asegura una distribución de responsabilidades y un seguimiento constante de los controles operativos, lo que refuerza la eficiencia del sistema. Además, la evaluación continua de los riesgos y la implementación de planes de acción para mitigar los riesgos demuestra el compromiso con la mejora continua y la optimización de los procesos.
2. La Secretaría Distrital de Salud (SDS) ha avanzado significativamente en la implementación de su política de control interno, Es esencial continuar fortaleciendo la capacitación del personal y la supervisión de las políticas internas, así como mantener la actualización constante en las áreas de talento humano y auditorías. Así mismo, la comunicación interna debe seguir siendo una prioridad para garantizar que todos los niveles de la entidad estén alineados con los objetivos del control interno, dichas acciones asegurarán la mejora continua, la transparencia y el cumplimiento de los procesos institucionales.
3. Por último, el liderazgo de la política es ejercido por la oficina de control interno y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, no obstante, cada dependencia de manera autónoma debe ejercer su autocontrol, con el fin de detectar las desviaciones y tomar los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas.

7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2).

Dichos aspectos fueron presentados en cada una de las políticas.

8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).

Resultado de la evaluación, no se evidenciaron incumplimientos normativos, de ley o contractuales, entre otros, por consiguiente, no hubo no conformidades.

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

Gestión Estratégica del Talento Humano

- 9.1 Teniendo en cuenta que la calificación de la Política Estratégica del Talento Humano fue del 90.3% para vigencia 2023, por lo anterior el DAFP generó recomendaciones que deben ser atendidas con la finalidad de cierre de brechas y mejora del desempeño institucional. Responsable: **Dirección de Gestión del Talento Humano.**

Integridad

- 9.2 A pesar de que algunas de las brechas de la Política de Integridad ya fueron identificadas por parte de la DPIYC en conjunto la DGTH y harán parte del plan de mejoramiento de la implementación para la próxima vigencia, adicionalmente se observan temas que no fueron contemplados en su totalidad por lo cual es importante analizarlos e incluirlos para su respectivo ajuste y mejoramiento de este tipo de calificaciones.

Responsable: Dirección de Gestión del Talento Humano

*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					

9.3 Verificados los indicadores establecidos para esta política, no se observa la implementación de indicadores que evidencien la apropiación de los valores institucionales y su impacto en las actividades relacionadas con la política de Integridad.

Responsable: Dirección de Gestión del Talento Humano.

9.4 Una vez verificado el mapa de aseguramiento y tras revisar las actividades transversales realizadas por el proceso en pro del desarrollo de la Política de Integridad dentro de la entidad, se considera que el proceso de Gestión del Talento Humano debe asegurar funciones de segunda línea de defensa con relación a las actividades de integridad, por consiguiente dichas funciones deben ser controladas y monitoreadas, por lo cual se recomienda su inclusión en el esquema de líneas de defensa, garantizando la supervisión y el establecimiento de controles.

Responsable: Dirección de Gestión del Talento Humano

Planeación institucional

9.5 Una vez consultado el aplicativo DASHBOARD como herramienta dispuesta para visualizar los resultados de indicadores de las 19 políticas del modelo integrado de MIPG, se identificaron debilidades en torno a: 1. falta de claridad en la fecha de creación de los indicadores, 2. inconsistencias en la estandarización de las fechas de cargue, y 3. indicadores sin medición, situaciones que dificultan el seguimiento, la calidad de los datos y la actualización oportuna del dicho instrumento, afectando la toma de decisiones, por lo anterior; se hace necesario realizar los ajustes en la herramienta, que permita mejorar la oportunidad en la actualización de los diferentes indicadores y garantizar que la información sea precisa, facilitando así la toma de decisiones y el seguimiento adecuado al desempeño de los procesos.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad

Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público

9.6 La encuesta interna realizada a través de Forms reveló una falta de conocimiento integral sobre las políticas lideradas por el proceso de Gestión de Planeación Sectorial y un desconocimiento generalizado de las brechas identificadas en el FURAG 2023. Además, se observó que no todos conocen el mapa de aseguramiento ni su ubicación. Es fundamental fortalecer la comunicación y socialización de estos temas, así como reforzar el conocimiento sobre el propósito y uso del mapa, para asegurar su integración efectiva en los procesos institucionales.

Responsable: Planeación Sectorial

9.7 La encuesta interna realizada a través de Forms reveló una falta de conocimiento integral sobre las políticas lideradas por el proceso de Gestión de Financiera y un desconocimiento generalizado de las brechas identificadas en el FURAG 2023. Además, se observó que no todos conocen el mapa de aseguramiento ni su ubicación. Es fundamental fortalecer la comunicación y socialización de estos temas, así como reforzar el conocimiento sobre el propósito y uso del mapa, para asegurar su integración efectiva en los procesos institucionales.

Responsable: Dirección Financiera

9.8 En la plataforma Dashboard se revisaron los indicadores asociados a la política, y se identificó que no existen indicadores de impacto que permitan evaluar de manera clara y directa los resultados a largo plazo de la política. Además, se constató que solo hay un indicador con medición anual, lo que limita la capacidad de seguimiento a lo largo del tiempo. Por lo cual se hace necesario desarrollar e implementar indicadores adicionales que no solo midan la eficiencia y efectividad de las acciones, sino que también evalúen el impacto real de la política en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos y en la mejora continua de los resultados.

Responsable: Planeación Sectorial y Dirección Financiera

*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					

Compras y Contratación Pública

9.9 En la herramienta DASHBOARD se observan varios indicadores que se encuentran por debajo del límite inferior establecido, lo que indica un bajo desempeño, Sin embargo, no se evidencia la ejecución de un plan de mejora para abordar estas deficiencias, lo que conlleva a una falta de respuesta oportuna ante los problemas detectados. Es importante que se diseñen e implementen planes de mejora de manera inmediata cuando los indicadores caen por debajo de los umbrales establecidos, ya que esto permitirá tomar acciones correctivas eficaces.

Responsable: Subdirección de Contratación

Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos

9.10 Si bien es cierto, el DASHBOARD es una herramienta disponible por la entidad para la medición y seguimiento de las políticas MIPG, se evidencio que durante las diversas mesas de trabajo realizadas, algunos de los gestores de calidad consultados no tienen el conocimiento ni la capacitación adecuada para hacer uso de manera efectiva de la misma, es por esto la importancia de implementar una plan o estratégica de formación y capacitación, que permita asegurar que todos los gestores de calidad puedan aprovechar al máximo las funcionalidades de la herramienta, optimizando su uso para mejorar los procesos de seguimiento y control dentro de la entidad.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad

9.11 Tras la revisión de los indicadores a las políticas de MIPG mediante la plataforma Dashboard, se evidenció la ausencia de parámetros claros para la alimentación y gestión de los indicadores, esta falta de lineamientos genera incertidumbre y dificulta para el seguimiento adecuado de los indicadores, afectando tanto la calidad como la regularidad y oportunidad de la información reportada. Por lo cual, es necesario e importante documentar, mediante instructivos y/o lineamientos, que actúen como soporte técnico y guía práctica para las personas encargadas del seguimiento y actualización de los indicadores, dicha documentación debe definir estándares para la recolección, validación y carga de datos, así como criterios claros para garantizar la consistencia y precisión de la información, contribuyendo a fortalecer la gestión y el cumplimiento de los objetivos asociados a la política.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad

Gobierno Digital

9.12 Pese a que al líder de la política Gobierno Digital, cuenta con un plan estratégico para el año 2024, que da respuesta al mantenimiento y mejora de la política y además se cuenta con 3 indicadores trazadores los cuales se encuentran publicados mediante la herramienta de visualización DASHBOARD, en lo que respecta el segundo indicador se reporta un avance del 90% con fecha ultima de actualización 05/ago/2024, sin embargo se evidencia que, la ejecución del plan estratégico tiene un avance del 80%, ya que el desarrollo del plan ha presentado dificultades como consecuencia de las demoras en el proceso de contratación y se identifica un total de 22 actividades pendientes de las 46 trazadas a lo largo del año 2024, en consecuencia, existe una inconsistencia en el reporte del indicador, toda vez que fue reportado un 10% adicional de la ejecución reportada en el plan, por lo que se hace necesario definir e implementar las mejoras que haya lugar, garantizando la exactitud de la información en conformidad con la política.

Responsable: Dirección de Planeación y Dirección TIC

Defensa Jurídica

9.13 En el desarrollo de la presente auditoria, no se evidenció el plan de acción formalizado para la política de mejora normativa, lo cual puede generar desviaciones respecto al seguimiento y control de las actividades definidas para la política en defensa judicial.

Responsable: Oficina de Asuntos Jurídicos

*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					

9.14 Teniendo en cuenta que los casos de contrato realidad siguen siendo un riesgo importante debido a prácticas de supervisión y lenguaje ambiguo en documentos, es importante que se generen estrategias o campañas de socialización que permitan mitigar este tipo de riesgos.

Responsable: Oficina de Asuntos Jurídicos.

Mejora Normativa

9.15. Verificada la matriz de riesgos y controles no se identifica en este instrumento un riesgo específico para la política de Mejora Normativa, lo cual puede conllevar a incumplimientos normativos por falta de controles establecidos. Por lo cual, es necesario que se realice la revisión de los posibles riesgos y se establezcan los controles necesarios.

Responsable: Oficina de Asuntos Jurídicos

9.16. Verificado el tablero de control o DASHBOARD se evidencia que a pesar de estar definido un indicador del cumplimiento del plan de la política de mejora normativa, a la fecha no se encuentra reporte, aun cuando la frecuencia de medición está establecida de forma trimestral, por lo cual, es necesario que se establezcan roles y responsabilidades al respecto y se realice el monitoreo correspondiente ajustado a la periodicidad definida.

Responsable: Oficina de Asuntos Jurídicos

Servicio al Ciudadano

9.17. Revisados los informes de las encuestas de satisfacción, se evidencia que en los resultados emitidos no se involucra a la totalidad de los puntos de atención que prestan el servicio a la ciudadanía, no se especifica de forma discriminada el nivel de satisfacción por punto de atención, ni se informan las causales de la inconformidad reportada por los encuestados, de igual forma, los informes publicados en la página web de la entidad presentan errores de transcripción, por lo anterior, es necesario que el proceso realice los ajustes respectivos con el fin de brindar, a través de esta actividad, información clara, amplia y ajustada a la realidad en relación a la satisfacción del usuario para así tomar las acciones de mejora acorde a lo evidenciado.

Responsable: Dirección de servicio a la ciudadanía

9.18. Revisada la página web de la entidad, se identificó que finalizando el año 2024 aún no ha sido publicado el documento "Plan de Servicio al Ciudadano" correspondiente a la vigencia, teniendo en cuenta que el plan ya se encuentra formulado y definido para la vigencia 2024 – 2027, el cual contiene las metas y sus correspondientes actividades definidas y reportadas desde el segundo semestre de 2024 en el SEGPLAN acorde al nuevo Proyecto de inversión, sin embargo, el documento referido aún no ha sido publicado. De acuerdo con lo anterior, es importante realizar la publicación de manera oportuna con el fin de que la información sea visible al ciudadano.

Responsable: Dirección de servicio a la ciudadanía

Racionalización de Trámites

9.19. Pese a que la dirección de servicio a la ciudadanía, cuenta con una matriz de riesgos de proceso y se tiene identificado el riesgo de desactualización de la información de los tramites en línea implementados, con ID 10, valorado y además cuenta un plan de tratamiento, se evidencia que existe un riesgo latente por incumplimiento de la estrategia o plan de racionalización de trámites de cada vigencia, ya que una cosa es la actualización de la información en cada uno de los trámites y otra muy diferente es el incumplimiento del plan de racionalización formulado cada vigencia que responde a la política de racionalización, en consecuencia, dicho riesgo no se encuentra identificado y gestionado, por lo que se hace necesario definir e implementar las mejoras que haya lugar para dar cumplimiento con la política.

Responsable: Dirección de servicio a la ciudadanía

*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					

9.20. Si bien es cierto, la política de racionalización de trámites cuenta con un líder y unos profesionales en la misma dependencia que responden al desarrollo del plan trazado, de acuerdo con lo informado, en la actual vigencia se realizó el traslado de uno de los profesionales que estaba a cargo de las varias de las estrategia y actividades del plan, no obstante, este cambio conllevó a que, algunas de las actividades de la política fueran trasladadas a la dirección de planeación institucional, como fue el caso del plan de sensibilización interno, la definición de piezas comunicativas, entre otras, situación que, va en contravía de los roles y responsabilidades del esquema de líneas de defensa de MIPG y la resolución interna 842 del 2021, en consecuencia, existe una debilidad y se hace necesario definir e implementar las mejoras que haya lugar para dar cumplimiento con la política.

Responsable: Dirección de servicio a la ciudadanía y Planeación institucional

Participación Ciudadana

9.21. Frente al monitoreo de la Política, de los 4 indicadores definidos, a la fecha cuenta con resultados acorde a lo establecido solo para el número 1, el número 3 indica frecuencia de monitoreo anual y presenta como meta "A 2027, obtener el 90% en la evaluación de resultados con respecto a la implementación de la Política de Participación Ciudadana, teniendo en cuenta que a la fecha todas las políticas de MIPG se encuentran implementadas en la entidad y están en fase de ejecución y monitoreo, al igual que la Política de Participación Social en Salud emitida el 9 de junio de 2017 por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual, contaba con un año para implementación, se hace necesario revisar y replantear dicho indicador.

Responsable: Dirección de Participación Social, gestión Territorial y Transectorialidad

9.22. Revisada la matriz de riesgos y controles del proceso Gestión Social en Salud se identifica que a pesar de existir un control específico para el riesgo por desactualización de la información en la sede electrónica de la SDS se encuentra publicada información sobre el avance de la implementación de la Política de Participación Social en Salud en SALUDATA, con resultados de la evaluación realizada por la ciudadanía al plan de acción 2021 y líneas priorizadas para el 2022, reflejando falta de eficacia de los controles establecidos.

Responsable: Dirección de Participación Social, gestión Territorial y Transectorialidad

9.23. Según plan de acción 2024 aportado por el proceso, con fecha de corte a septiembre, no se registra la ejecución de algunas actividades programadas para el POGD, entre estas, el reporte y análisis consolidado de las bases sociales de los espacios e instancias de Participación Social en Salud, el monitoreo y seguimiento a la implementación de planes de trabajo concertados con organizaciones de base comunitaria, entre otras, lo anterior, en contraposición a lo reportado para el trimestre III del POGD, donde la ejecución es acorde a lo planeado, sin reprogramación. Por lo anterior, es importante armonizar las herramientas de monitoreo implementadas, con el fin de emitir resultados acordes a la ejecución, verificables y que sean fuente confiable para la toma de decisiones.

Responsable: Dirección de Participación Social, gestión Territorial y Transectorialidad

Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional

9.24. Pese a que al líder de la política de evaluación del desempeño, cuenta con una matriz de riesgos y el riesgo frente a la política, ha sido identificado, valorado, y define un plan de tratamiento que apunta al seguimiento del plan operativo mediante la generación de informes de seguimiento trimestrales, monitoreo del plan de transparencia y el seguimiento a las políticas de gestión y desempeño, evidenciamos a partir de los microsítios web: <https://n9.cl/td6unk>, <https://n9.cl/hs8gt>, las diferentes matrices de seguimiento a los riesgos, autoevaluaciones e informes de riesgos del cuarto trimestre 2023 y tercer trimestre 2024 no han sido publicados y esto mismo se constata en los repositorios de SharePoint, en consecuencia, existe una debilidad, por lo que se hace necesario realizar las mejoras que haya lugar, que permitan garantizar la completitud de la información para dar cumplimiento con la política.

*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					

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad

Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción

9.25.De acuerdo a la verificación en mesa de auditoria se observó que, la gestión de datos abiertos de la entidad enfrenta dificultades con referencia a la falta de visibilidad sobre el cumplimiento de parámetros establecidos para su reporte. Esto genera una percepción negativa de transparencia y limita el acceso oportuno por parte de los ciudadanos y grupos de valor.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad.

Gestión Documental

9.26.Revisada la matriz de riesgos y controles del proceso Gestión de Bienes y Servicios se identifica un riesgo relacionado con la gestión documental, que contiene 2 controles de carácter informativo, no preventivo, relacionados con la verificación de la ejecución de las actividades, teniendo en cuenta que esta situación ya fue identificada en una auditoria de la OCI en el año 2023 y no se evidencia la efectividad de las acciones correctivas ni de mejora, se solicita definir controles eficaces que permitan mitigar el riesgo.

Responsable: Dirección Administrativa

Gestión de información estadística

9.27. Pese a que la política de gestión de información estadística, se basa en los estándares y lineamientos impartidos por el DANE mediante la guía o documento metodológico, evidenciamos que, la utilización de estándares sugeridos como: DDI, Dublin Core y con ello la documentación de los metadatos para la producción de información estadística acorde con la presente evaluación, no se ha definido y puesto en práctica, no obstante, las 6 operaciones estadísticas reportadas, se encuentran caracterizadas, con sus respectivas fichas de indicadores, de acuerdo con lo anterior, existe una debilidad y se hace necesario definir e implementar las mejoras que haya lugar para dar cumplimiento con la política.

Responsable: Planeación Sectorial

9.28.Pese a que los procesos, realizan la transferencia de datos de operaciones estadísticas en base a sus necesidades o requerimientos, evidenciamos que a nivel institucional no existe un estándar de documentación y publicación de los protocolos de transferencia de datos y en consecuencia cada proceso lo realiza de forma libre utilizando diferentes mecanismos, De acuerdo con lo anterior, existe una debilidad y se hace necesario definir e implementar las mejoras que haya lugar para dar cumplimiento con la política.

Responsable: Dirección de Planeación Sectorial

Gestión del Conocimiento

9.29.Para el primer indicador definido en el Dash Board se encuentra cargada la información correspondiente a los 3 trimestres corridos de 2024 con las observaciones de medición, sin embargo, se registra un 100% de cumplimiento a pesar de que se informa que existen dificultades en la contratación del talento humano, por lo cual se reprograman actividades para el semillero de innovación y la escuela de innovación y participación en salud. La fórmula mide el total de actividades ejecutadas sobre las programadas. Dado lo anterior, se evidencia que no es coherente el porcentaje de medición con la observación registrada, por tanto, el indicador no daría cuenta de las acciones adelantadas, generando falsa percepción de la medición e interferencias en la toma de decisiones.

Responsable: Dirección de Planeación Sectorial

*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					

9.30. Revisada la información publicada en la página web de la entidad, en el Botón del CDEIS se identifica que existe información desactualizada que puede generar confusión en el usuario, afectación de la comunicación efectiva al interior y exterior de la entidad y generar percepción negativa en la ciudadanía, por lo anterior, se hace necesario implementar las acciones de mejora que haya lugar.

Responsable: Dirección de Planeación Sectorial

ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS TRANSVERSALES

9.31. En relación con los indicadores definidos para el monitoreo de las políticas mediante el tablero de medición - DASHBOARD, se evidenció que no existen indicadores de impacto que reflejen la contribución de los resultados generados a la solución de las necesidades existentes y al éxito de las acciones, por lo cual, es importante definir indicadores de impacto y revisar si los indicadores existentes son pertinentes para monitorear o en su defecto tomar las acciones que haya lugar.

Responsables: Todos los líderes de políticas MIPG

9.32. Una vez calificado el mapa de aseguramiento, se identificó que las actividades en general aseguradas mejoraron y aumentaron su nivel de confianza, toda vez que se demostró eficacia de los controles, no obstante, se evidenciaron funciones o actividades no aseguradas que son necesarias para el adecuado desempeño de la entidad; por lo anterior, se hace necesario que la dirección de planeación institucional y Calidad en conjunto con cada proceso transversal, identifique, analice y las incluya dentro del esquema de líneas de defensa, con el fin de definir las responsabilidades en relación con la gestión de riesgos y controles para asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas de la entidad.

Responsables: Dirección de planeación institucional y Calidad y los diferentes Procesos.

10. CONCLUSIONES GENERALES. (NIA 2410-A1).

- El presente informe sintetiza todo el ejercicio realizado y es importante resaltar que la auditoría implicó la revisión y evaluación de cada uno de los aspectos trazados en el cronograma establecido, a su vez, las evidencias y soportes suministrados fueron cotejados y correspondieron a las diferentes políticas del alcance.
- Respecto a la Gobernanza de MIPG y análisis de indicadores, se formuló una serie de preguntas, que permitieron conocer de manera integral el Modelo de Planeación y Gestión – MIPG, contemplando su liderazgo, planeación, ejecución, seguimiento, evaluación y control, por tal razón, se convocó a los profesionales encargados de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, para atender la evaluación y presentar las respuestas de manera clara y suficientes.
- Aun cuando varios de los auditados afirman conocer las políticas y el mapa de aseguramiento se evidenció en el desarrollo de la auditoría, desconocimiento de algunos líderes y equipos de trabajo sobre aspectos relacionados con las políticas, por lo anterior, se recomienda definir e implementar una campaña de comunicación y sensibilización a nivel institucional por parte de planeación institucional como líder del modelo en la entidad, que permita reforzar los conceptos y apalanque la implementación de políticas y el cumplimiento de las funciones de aseguramiento.
- El liderazgo de las políticas de: Defensa Jurídica, Mejora Normativa, Racionalización de trámites, Participación ciudadana en la Gestión Pública, Política de la información estadística, Gestión del Conocimiento y la innovación, es ejercido por los dueños de proceso, quienes a su vez definen y disponen de los instrumentos, lineamientos y documentación asociada, a fin de que los diferentes procesos adopten y cumplan cada una de las políticas, de acuerdo con lo anterior, está demostrado que ejercen el rol de segunda línea de defensa y por consiguiente se deben incluir las diferentes funciones en el mapa de aseguramiento para ser evaluados en la próxima vigencia.

*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					

- Es importante verificar en el DASHBOARD los porcentajes de tolerancia de los indicadores definidos para el monitoreo de las políticas de MIPG, dado que se identificó que el rango de los límites puede afectar la percepción del logro de la meta y el análisis posterior para la implementación de acciones de mejora y la toma de decisiones.

11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).

Como resultado de la auditoría, los procesos y dueños de políticas auditadas, deberán cumplir con el lineamiento establecido por la dirección de planeación institucional y calidad para la elaboración del plan de mejoramiento que haya lugar, con el fin de realizar el tratamiento adecuado y de ser necesario deberán realizar mesas de trabajo cuando las acciones de mejora involucren otras dependencias. Nota: Sera responsabilidad de los referentes elaborar el plan de mejoramiento adecuado que responda a las oportunidades de mejora identificadas.

12. ANEXOS.

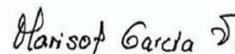
Corresponde a los papeles de trabajo utilizados en cada mesa de trabajo realizadas.

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



Firmado digitalmente por
Oscar Rojas Suarez

Oscar Hernando Rojas Suarez



Marisol García Villamarín



Firmado digitalmente por
Doris Pilar Ojeda

Doris Pilar Ojeda Pérez



Francisco Javier Pinto González

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.



Firmado digitalmente por
OLGA LUCIA VARGAS COBOS

Olga Lucia Vargas Cobos