

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410				
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

PROCESO EVALUADO:

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
GESTIÓN DOCUMENTAL
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
GESTIÓN FINANCIERA
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y SECTORIAL
RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN EVALUADA:

DIRECCIÓN FINANCIERA
DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIAL
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL
SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL LÍDER DEL PROCESO/DEPENDENCIA EVALUADA:

SANDRA MILENA MONROY RAMIREZ
ALEJANDRO CEPEDA PEREZ
JOSE ELIAS GUEVARA FRAGOZO
LUZ ANGELA MANQUILLO ERAZO
LUZ MARINA GALINDO CARO
DIANA MARCELA ACOSTA RUBIO

NOMBRE DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA A APLICAR:

Seguimiento a la función de aseguramiento de la segunda línea de defensa establecida para el Mapa de Aseguramiento.

PERIODO EVALUADO: DEL 01/11/2024 AL 30/09/2025

FECHA DE INICIO DE LA EVALUACIÓN: 01/10/2025

FECHA DE TERMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN: 30/11/2025

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR ASIGNADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

LADY DAHIANA TIBADUIZA CHAPARRO,
ÁNGELA GONZÁLEZ PALACIO,
JOSE GREGORIO BUENO HERNÁNDEZ.

TIPO DE PRUEBA: (Marque X) **SELECTIVA** ____ **VERIFICACIÓN** ____ **SEGUIMIENTO** X

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

1. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA:

El presente informe tiene como propósito realizar el seguimiento a la función de aseguramiento ejercida por la segunda línea de defensa, en el marco del Mapa de Aseguramiento institucional, con relación a los procesos misionales, estratégicos y de apoyo incluidos en el esquema de líneas de defensa.

El seguimiento se orienta a verificar la forma en que las direcciones y dependencias evaluadas desarrollan las funciones definidas en el esquema de líneas de defensa, la gestión de los productos asociados, la articulación con la primera línea y la oportunidad, calidad y suficiencia de la información reportada para la toma de decisiones.

Se busca identificar fortalezas, brechas y oportunidades de mejora, permitiendo a la entidad fortalecer sus sistemas de control, el ejercicio de verificación interna y la capacidad institucional para anticipar riesgos y mejorar el desempeño de los procesos evaluados.

2. CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN:

Para el desarrollo de la presente prueba de seguimiento se utilizaron los siguientes criterios:

- Modelo Estándar de Control Interno – MECI, especialmente lo referente a control estratégico, control de gestión y evaluación independiente.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, incluyendo las políticas de gestión del talento humano, control interno, gestión documental, planeación, gestión financiera, desarrollo organizacional, servicio al ciudadano y transparencia.
- Mapa de Aseguramiento institucional, que define las funciones de aseguramiento de la segunda línea y los productos asociados.
- Lineamientos internos de la Secretaría Distrital de Salud, aplicables a los procesos evaluados.
- Normatividad sectorial específica, según cada proceso (p. ej.: SG-SST, Gestión Documental, Riesgo, POGD, Transparencia, etc.).
- Revisión de lineamientos, informes, evidencias y comunicaciones suministradas por las dependencias evaluadas.
- Esquema de Líneas de defensa de la SDS.

Estos criterios permitieron orientar el análisis de la información, la revisión de evidencias y la verificación de las funciones asignadas a la segunda línea en cada tema abordado.

3. FUENTES DE INFORMACIÓN Y DATOS ANALIZADOS:

Para el desarrollo de la prueba se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- Mesas de trabajo realizadas con las dependencias responsables de las funciones de aseguramiento incluidas en el esquema de líneas de defensa.
- Archivos, matrices, reportes y documentos suministrados por las diferentes direcciones evaluadas.
- Planificación institucional, lineamientos técnicos y procedimientos asociados a cada producto evaluado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

- Informes de gestión, reportes trimestrales, actas de comité, tableros de control, informes de seguimiento y demás soportes entregados por la segunda línea.
- Información adicional remitida por cada dependencia durante la validación técnica y consolidación del informe.

La información obtenida fue contrastada con los criterios establecidos, permitió identificar aspectos de cumplimiento, oportunidades de mejora y coherencia entre lo reportado y lo evidenciado durante las mesas de trabajo.

4. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA REPRESENTATIVA (Para pruebas selectivas):

La presente evaluación corresponde a una prueba de seguimiento, por lo cual se revisaron la totalidad de los temas, productos y funciones de aseguramiento definidos en el Mapa de Aseguramiento para el periodo evaluado.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, DATOS Y EVIDENCIAS:

El presente informe consolida los resultados del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno (OCI) a la función de aseguramiento ejercida por la segunda línea de defensa en el marco del Mapa de Aseguramiento institucional correspondiente al periodo 1 de noviembre de 2024 al 30 de septiembre de 2025. Este seguimiento tiene como finalidad verificar el grado de cumplimiento, calidad, oportunidad y consistencia de los productos que cada proceso declara en el Mapa de Aseguramiento, así como analizar la efectividad de los mecanismos implementados para anticipar riesgos, fortalecer los controles internos y contribuir a la toma de decisiones de la alta dirección.

El ejercicio se desarrolló mediante la revisión de documentación, verificación de trazabilidad, análisis de productos entregados y la realización de mesas de trabajo con cada una de las dependencias que integran la segunda línea de defensa.

Estas mesas permitieron contrastar la información, aclarar divergencias, identificar brechas y valorar la madurez de los procesos evaluados frente a los criterios establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y los lineamientos internos de la Secretaría Distrital de Salud.

Durante el proceso de seguimiento se analizaron temas estratégicos y de apoyo tales como Seguridad y Salud en el Trabajo, Integridad, Horas Extra, Gestión Documental, Bienes y Servicios, Talento Humano, Planeación y otros asuntos vinculados a los productos declarados en el Mapa de Aseguramiento. Cada uno de estos componentes fue desarrollado de manera narrativa, incorporando hallazgos de gestión, observaciones técnicas, controversias surgidas durante las mesas y los compromisos adquiridos por las dependencias responsables.

El presente documento recoge los principales resultados del ejercicio, los análisis derivados, las recomendaciones orientadas a fortalecer el control interno institucional y los compromisos asumidos por la segunda línea para el mejoramiento continuo del sistema.

El informe se constituye así en un insumo estratégico para la alta dirección, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) y las dependencias responsables de los procesos evaluados, en su propósito de consolidar un modelo de aseguramiento más robusto, preventivo y articulado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

A continuación, se presentan los resultados del seguimiento organizado por cada uno de los procesos revisados, exponiendo de manera narrativa el análisis realizado, la descripción de la función de aseguramiento, los principales hallazgos de gestión, las controversias identificadas durante las mesas de trabajo, las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno y los compromisos adquiridos por las dependencias responsables. Cada sección desarrolla los aspectos evaluados conforme a los criterios establecidos y constituye un elemento fundamental para la consolidación del Mapa de Aseguramiento institucional.

5.1. GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Para el desarrollo de la función de aseguramiento relacionada con la recepción y registro de bienes y la adquisición de bienes de consumo por gastos de funcionamiento, se verificaron los documentos vigentes definidos por el proceso de Gestión de Bienes y Servicios, los cuales establecen los lineamientos técnicos, operativos y normativos que regulan la administración de inventarios y la planeación anual de adquisiciones. Estos documentos constituyen la base metodológica para evaluar el nivel de cumplimiento, la consistencia del producto reportado a OCI y la calidad de los controles implementados por la segunda línea.

En primer lugar, se revisó el lineamiento “Administración y Control de los Bienes del Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS”, código SDS-BYS-LN-002 Versión 5, el cual desarrolla de manera detallada el marco normativo, los conceptos técnicos y los procedimientos asociados al ingreso, registro, almacenamiento, permanencia, salida y baja de los bienes institucionales. Este documento permite establecer los criterios de control que rigen el manejo de los inventarios del FFDS y constituye la referencia principal para comprender la trazabilidad y responsabilidades asociadas al ciclo de vida de los bienes.

Asimismo, se revisó el procedimiento SDS-BYS-PR-004 Versión 11 “Gestión de bienes muebles e inmuebles de propiedad del FFDS”, el cual define las actividades operativas necesarias para asegurar que el proceso de recepción, registro, almacenamiento, distribución y control de bienes se realice de conformidad con las políticas contables, los lineamientos del Decreto Distrital 507 de 2013 y las normas expedidas por la Contaduría General de la Nación. Este procedimiento describe paso a paso las etapas del manejo de bienes y constituye la guía operativa que debe ejecutar la segunda línea al desarrollar sus funciones.

Finalmente, se revisó el instructivo SDS-BYS-INS-054 “Levantamiento de la toma física de bienes en el almacén”, que establece el procedimiento para la realización de la toma física anual y aleatoria de inventarios, los registros obligatorios, los responsables, las condiciones de verificación, la conciliación de diferencias y el proceso de aprobación ante la Mesa Técnica de Bienes y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Este documento resulta fundamental para el aseguramiento del inventario institucional, dado que permite evaluar la consistencia entre la información registrada en el sistema y la existencia real de los bienes en el almacén.

En conjunto, estos tres documentos constituyen el soporte normativo y procedimental para el aseguramiento de los dos temas evaluados:

- Recepción, registro, custodia y distribución de bienes, cuyo producto de aseguramiento corresponde al Informe del inventario cuantificado y valorizado, y
- Consolidación y depuración de necesidades de consumo para el PAA, cuyo producto corresponde al Plan Anual de Adquisiciones valorizado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

La revisión de estos instrumentos permitió verificar la coherencia entre las actividades ejecutadas por la segunda línea, los productos reportados para el Mapa de Aseguramiento y las responsabilidades institucionales definidas para el proceso de Bienes y Servicios.

Recepción y registro de bienes

Durante el seguimiento a la función de aseguramiento asociada a la Recepción y Registro de Bienes, se revisaron las actividades realizadas por la segunda línea —Subdirección de Bienes y Servicios— en relación con el levantamiento de inventarios, verificación de existencias, actualización de registros en el sistema SAINV/SAPPE y el control físico de los bienes custodiados en el Almacén General.

La evidencia aportada por la dependencia muestra que el proceso adelantó varias tomas físicas de inventario, en donde se tres ejercicios formales de toma física de inventarios durante el año 2025 (marzo, junio y septiembre), cada uno sustentado con actas, hojas de trabajo, fotografías, análisis de diferencias y compromisos definidos por los responsables del proceso.

Estas actividades permiten evaluar no solo el cumplimiento operativo del proceso, sino también la pertinencia, consistencia y confiabilidad del producto reportado al Mapa de Aseguramiento, que corresponde al Informe del inventario cuantificado y valorizado.

Ejecución de tomas físicas de inventarios – análisis comparativo

Marzo de 2025 – Toma física con hallazgo de diferencias

Según el acta de marzo de 2025, se realizó levantamiento en múltiples bodegas, cubriendo bienes nuevos, usados, inservibles, EPP y bodegas del Laboratorio de Salud Pública. En esta jornada se identificaron diferencias entre la cantidad física y la registrada en el sistema SAINV, especialmente en insumos del Laboratorio como simplate, platos para recuentos, asas desechables y bolsas para autoclave.

Estas diferencias se originaron en:

- Errores en el registro de lotes,
- Fechas de vencimiento incorrectas,
- Unidades de medida inconsistentes entre presentación física y sistema,
- Entregas mal registradas.

Esto se evidencia en la matriz de diferencias adjunta al acta, la cual incluye fotografías y justificaciones para cada ajuste requerido.

Acta de reunión toma física

El proceso estableció compromisos para corregir la información en SAINV, ajustar unidades de medida y actualizar ubicación física de los bienes.

Junio de 2025 – Continuidad del ejercicio y consolidación de ajustes

La toma física de junio refuerza y da continuidad a los compromisos derivados de marzo, observándose que la Subdirección realiza seguimiento periódico a las bodegas. La revisión se centró en elementos con riesgo de deterioro, caducidad o inconsistencias previas.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Aunque el documento es más sintético, muestra la continuidad del control interno y del acompañamiento de contabilidad, lo cual evidencia madurez del proceso.

Septiembre de 2025 – Toma física sin diferencias

El acta de septiembre reporta un levantamiento de inventario en bodegas de consumo, inventarios, bienes nuevos, usados, CHSJD, transitoria e inservibles. En esta toma física:

- no se encontraron diferencias entre inventario físico y registros del sistema,
- se verificaron más de 2 millones de elementos,
- se documentó el estado físico de los bienes,
- se realizó conteo aleatorio supervisado por contabilidad,
- se consolidó la información en la matriz consolidada de inventarios.

Acta de reunión toma física septiembre 2025

El proceso evidencia que los ajustes realizados en marzo fueron efectivos, logrando una trazabilidad adecuada y coherencia con la información reportada en SI_CAPITAL.

Consistencia y calidad del aseguramiento

El aseguramiento realizado por la segunda línea se evidencia a través de:

- Trazabilidad documental

El proceso aporta actas formales, listados, hojas de trabajo, fotografías, justificaciones y consolidación —en coherencia con el instructivo SDS-BYS-INS-054.

Existe alineación entre las tomas físicas y los procedimientos establecidos.

- Actualización y corrección de inconsistencias

El análisis de marzo permitió detectar errores y corregirlos oportunamente, demostrando que el mecanismo de control opera de forma efectiva.

- Confiabilidad del inventario
 - ✓ La ausencia de diferencias en septiembre demuestra que:
 - ✓ las medidas implementadas para el registro,
 - ✓ la estandarización de unidades de medida,
 - ✓ la corrección de fechas de vencimiento,
 - ✓ y la actualización de lotes,
 - ✓ han fortalecido la calidad de la información en SAINV/SAPPE.
- Acompañamiento financiero

En todas las jornadas se evidencia la presencia del Grupo de Contabilidad, lo cual garantiza independencia en la verificación y credibilidad del proceso.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Identificación de riesgos asociados

Del análisis de las tres tomas físicas se identifican riesgos que deben mantenerse monitoreados por la segunda línea:

- ✓ Riesgo de errores de digitación en fases de ingreso.
- ✓ Riesgo por falta de estandarización en unidades de medida, que ya fue mitigado.
- ✓ Riesgo de deterioro de bienes con baja rotación, listado ampliamente en el acta de septiembre.
- ✓ Riesgo de vencimiento y obsolescencia, especialmente en insumos biomédicos.
- ✓ Riesgo por ubicación física no actualizada, mencionado como compromiso recurrente en marzo.

Relevancia para el Mapa de Aseguramiento

El nivel de detalle del proceso, la periodicidad de las tomas físicas y la evidencia aportada demuestran que la segunda línea:

- ✓ ejecuta de manera completa su función,
- ✓ produce información validada y verificable,
- ✓ responde a compromisos y corrige desviaciones,
- ✓ y genera productos trazables que dan soporte al aseguramiento institucional.

El producto de aseguramiento —informe de inventario cuantificado y valorizado— se considera coherente, consistente y soportado, con documentos que permiten verificar las afirmaciones del proceso.

5.2. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

En el marco del Mapa de Aseguramiento institucional, la segunda línea de defensa —a cargo del equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) adscrito a la Dirección de Gestión del Talento Humano— tiene la responsabilidad de orientar, consolidar, coordinar, hacer seguimiento y reportar el avance del Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), así como de garantizar el desarrollo de los Programas de Vigilancia Epidemiológica, que incluyen:

- Programa de Riesgo Musculoesquelético,
- Programa de Riesgo Psicosocial,
- Programa de Riesgo Biológico.

La ejecución de estas funciones constituye un elemento fundamental del aseguramiento institucional, dado que permite anticipar riesgos en la salud laboral, mitigar afectaciones, fortalecer entornos seguros y garantizar el cumplimiento de la normatividad nacional en Seguridad y Salud en el Trabajo.

La presente sección del informe recoge los resultados del análisis realizado por la Oficina de Control Interno en el marco de la prueba de seguimiento, la cual se desarrolló a partir de la información suministrada en las mesas de trabajo, documentos oficiales, informes de gestión y evidencias presentadas por la segunda línea.

Plan Anual del SG-SST

Durante la mesa de trabajo se evidenció que el Plan Anual del SG-SST correspondiente a la vigencia 2024 presentó un nivel de ejecución del 98 %, lo cual refleja un adecuado cumplimiento de las actividades programadas en las

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

líneas de medicina preventiva, higiene, seguridad industrial, promoción de la salud, vigilancia epidemiológica y preparación ante emergencias.

La segunda línea demostró:

- Una planeación coherente, articulada con los estándares mínimos de la Resolución 0312 de 2019.
- Un seguimiento sistemático a cada actividad programada.
- Evidencia documental suficiente para soportar la ejecución.
- Un adecuado reporte a los espacios estratégicos, incluyendo el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD).

Pese al alto nivel de cumplimiento, la mesa de trabajo permitió identificar que dos actividades no se ejecutaron en la vigencia:

1. Un taller del Comité de Convivencia Laboral, y
2. Una actividad del Programa de Desórdenes Musculoesqueléticos.

Ambas situaciones contaron con justificación y no tuvieron impacto significativo en la eficacia general del sistema.

Valoración OCI: La ejecución del Plan Anual presenta consistencia, trazabilidad y un nivel de cumplimiento superior a los estándares esperados, lo cual constituye un indicador de madurez técnica del SG-SST en la entidad.

Programa de Vigilancia Epidemiológica para Riesgo Musculoesquelético

Este programa representa uno de los componentes más críticos del SG-SST, en razón a que el 94,5 % de las enfermedades laborales activas corresponden a diagnósticos osteomusculares, principalmente asociados al trabajo administrativo y al uso prolongado de pantallas de visualización de datos (PVD).

La segunda línea reportó:

- Actividades permanentes de pausa activa, sensibilización, ergonomía y acompañamiento laboral.
- Análisis de casos identificados y seguimiento a restricciones médicas.
- Capacitaciones y talleres sobre postura, pausas y autocuidado.

Sin embargo, a pesar de las acciones ejecutadas:

- La tendencia de prevalencia de casos osteomusculares continúa siendo alta y sostenida.
- Aún no se consolida un modelo de análisis predictivo con alertas tempranas que integre:
 - Ausentismo por lesión,
 - Accidentabilidad por caídas o sobreesfuerzos,
 - Perfil ocupacional del cargo,
 - Factores ergonómicos del puesto de trabajo.

- Persiste la necesidad de articular el programa con estrategias institucionales de teletrabajo y trabajo híbrido.

Valoración OCI: La segunda línea desarrolla el programa con continuidad y suficiencia técnica, pero el riesgo osteomuscular permanece como un factor de impacto institucional que amerita controles reforzados y un enfoque más preventivo y analítico.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Programa de Vigilancia Epidemiológica para Riesgo Psicosocial

En cuanto al componente psicosocial, la entidad ejecutó actividades de bienestar emocional, prevención del estrés laboral, talleres psicoeducativos y acciones del Comité de Convivencia Laboral. Se reconoce el esfuerzo institucional para generar espacios de acompañamiento y apoyo.

No obstante, durante la mesa de trabajo se identificó que:

- La Evaluación de Riesgo Psicosocial, en cumplimiento de la Resolución 2646 de 2008, no se realizó en el periodo evaluado.
- La no realización de esta medición limita:
 - El diagnóstico profundo de factores intralaborales, extralaborales e individuales,
 - La clasificación del riesgo,
 - La formulación de intervenciones específicas basadas en evidencia,
 - Y el cumplimiento integral del estándar normativo.

La segunda línea informó que la evaluación está programada en la vigencia 2025, lo cual constituye una acción pendiente prioritaria.

Valoración OCI: Aunque existe gestión psicoeducativa permanente, la ausencia de la medición psicosocial en las vigencias evaluadas constituye una brecha relevante dentro de la función de aseguramiento, y su realización debe ser prioritaria para cumplir con la norma y orientar acciones preventivas basadas en un diagnóstico actualizado.

Programa de Vigilancia Epidemiológica para Riesgo Biológico

El programa de riesgo biológico mostró una adecuada ejecución de actividades dirigidas a los grupos poblacionales con mayor exposición (Laboratorio de Salud Pública, zoonosis, entornos de atención). Durante el seguimiento se evidenció:

- Capacitaciones continuas en bioseguridad.
- Refuerzo de protocolos de manejo de residuos, derrames y accidentes cortopunzantes.
- Actividades de actualización en el uso de EPP y protocolos institucionales.
- Coordinación permanente con Medicina Preventiva.

La evidencia presentada muestra que el programa cumple su propósito preventivo y de control.

Valoración OCI: La ejecución del programa es consistente y técnicamente adecuada, con especial énfasis en los servicios y áreas de mayor exposición. Se evidencia un manejo apropiado del riesgo y un nivel de control satisfactorio.

PLAN DE INTEGRIDAD

(Función de Aseguramiento – Segunda Línea)

La función de aseguramiento asociada al Plan de Integridad tiene como propósito verificar las acciones y mecanismos implementados para garantizar que los servidores públicos y colaboradores actúen conforme a los valores, principios y estándares éticos establecidos en la Política de Integridad de la entidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Asimismo, comprende la priorización de situaciones presentadas en la entidad, así como la revisión de las PQRS que puedan involucrar posibles actos de corrupción o afectaciones a los valores institucionales, en concordancia con el Manual Operativo de Función Pública.

Durante la mesa de trabajo desarrollada con la segunda línea, se revisó el estado de avance del Plan de Gestión de Integridad correspondiente a las vigencias 2024 y 2025, así como los productos derivados de la función de aseguramiento. A partir de la información suministrada y los documentos aportados, se presenta el siguiente análisis narrativo.

Ejecución del Plan de Integridad

La segunda línea evidenció que el Plan de Integridad se encuentra en ejecución continua y con respaldo documental.

Se mostraron actividades realizadas a lo largo del año, tales como:

- Acciones de sensibilización y apropiación de los valores institucionales.
- Reuniones mensuales del Equipo de Gestores de Integridad, con actas, listados de asistencia y compromisos derivados.
- Estrategias de divulgación en diferentes espacios institucionales (ferias, jornadas de bienestar, capacitaciones, eventos del servidor público).
- Publicación de piezas comunicativas, cápsulas y mensajes orientados al fortalecimiento ético.
- Ejecución de la encuesta de adherencia a valores, cuyos resultados fueron analizados con enfoque preventivo.

Estas actividades evidencian un proceso activo y transversal, que contribuye a la implementación de la Política de Integridad dentro de la cultura organizacional.

Valoración OCI: La ejecución del plan es adecuada, continua y con suficiencia documental. Existe un equipo comprometido y mecanismos sostenidos de divulgación.

Nueva función de aseguramiento: análisis semestral de PQRS

La mesa de trabajo permitió identificar que, a partir del segundo semestre de 2025, la segunda línea asumió una nueva obligación derivada del Manual Operativo de Integridad que exige:

- Realizar informes semestrales de análisis de PQRS que puedan involucrar:
 - posibles actos de corrupción, o
 - afectación de valores institucionales.
- Priorizar estas situaciones con base en criterios definidos en el marco del modelo de integridad.
- Remitir el informe al CIGD, como instancia de decisión en materia de integridad.

La segunda línea informó que este proceso ya se encuentra en consolidación, aunque aún está en fase de desarrollo metodológico. El primer corte semestral se está estructurando con los insumos enviados por la Oficina de Control Interno Disciplinario, que incluyen:

- PQRS clasificadas preliminarmente,
- información sobre posibles faltas disciplinarias, y
- situaciones que podrían afectar valores como justicia, respeto o responsabilidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Valoración OCI: La función de aseguramiento está en ejecución, pero requiere madurez metodológica para garantizar análisis homogéneos, consistentes y verificables.

Necesidad de ajustar el esquema de líneas de defensa

Durante la mesa se discutió que el producto de la función de aseguramiento registrado actualmente en la matriz no corresponde exactamente al producto real exigido por la normatividad.

La segunda línea reconoció que es necesario:

- Ajustar el producto para alinearlo con el informe semestral requerido por Función Pública.
- Definir claramente el contenido mínimo del producto.
- Establecer la periodicidad formal (julio – diciembre).
- Aclarar el destinatario real del informe, que es el CIGD, y no el Comité Coordinador de Control Interno, como había quedado inicialmente.

Valoración OCI: La actualización de la matriz permitirá mayor claridad sobre responsabilidades, productos y trazabilidad.

Aspectos por fortalecer

Del diálogo técnico se identificaron aspectos que requieren fortalecimiento:

- Estructurar un instrumento de clasificación de valores vulnerados que permita analizar las PQRS con criterios homogéneos.
- Evitar que la información disciplinaria –que puede ser reservada– distorsione el propósito del análisis preventivo.
- Identificar con mayor claridad qué situaciones pueden representar una posible afectación a valores y cuáles corresponden a quejas ordinarias.
- Robustecer la trazabilidad del proceso mediante actas, informes y matrices estandarizadas.
- Integrar los resultados del análisis de valores al Plan de Integridad para fortalecer acciones preventivas.

HORAS EXTRA

(Función de Aseguramiento – Segunda Línea)

La función de aseguramiento relacionada con horas extra corresponde a la verificación, revisión y control de los procesos asociados al trabajo suplementario autorizado para servidores públicos del nivel técnico y asistencial, en cumplimiento de la normatividad laboral y de los lineamientos de austeridad del gasto.

Esta función comprende tres acciones principales:

1. Revisión de solicitudes de autorización de trabajo suplementario, garantizando que cuenten con la aprobación de la dependencia responsable y que el funcionario se encuentre dentro de los niveles ocupacionales permitidos.
2. Validación de planillas vs autorizaciones, verificando que la ejecución coincida con lo autorizado.
3. Revisión y liquidación de horas extra reportadas, asegurando consistencia en valores, tiempos y novedades antes de integrarlas al proceso de nómina.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Durante la mesa de trabajo realizada con la segunda línea, se revisó la ejecución de esta función, sus mecanismos de control y la forma en que se realiza la articulación con el proceso de nómina y con el seguimiento a la austeridad del gasto.

Ejecución de la función de aseguramiento

La segunda línea explicó que el control sobre horas extra se ejerce de manera continua y sistemática. El proceso inicia siempre con la revisión de la autorización de trabajo suplementario, donde se valida:

- Dependencia solicitante
- Nombres y cargos
- Nivel ocupacional (solo técnico/ asistencial)
- Fecha, jornada y motivo de la solicitud
- Firma o aprobación del superior inmediato

Posteriormente, al cierre del mes, la segunda línea realiza la validación de planillas vs autorizaciones, verificando que:

- Las horas reportadas coincidan con las horas previamente autorizadas
- No se incluyan funcionarios no autorizados
- Se respeten los topes establecidos
- Se hayan registrado novedades (encargos, vacaciones, cambios en vinculación)
- La información sea consistente con los tiempos efectivamente laborados

Finalmente, las horas validadas pasan al proceso de liquidación en nómina, donde se revisan tablas salariales, factor de recargo y valores por hora, asegurando que:

- No existan duplicidades
- No se liquiden horas no reconocidas por falta de autorización válida
- Los valores coincidan con el salario del periodo

Valoración OCI: La segunda línea mantiene un control operativo adecuado, con revisiones sistemáticas que permiten prevenir inconsistencias en la liquidación de trabajo suplementario.

Análisis del producto de aseguramiento

En la mesa se evidenció que la segunda línea entrega informes periódicos relacionados con horas extra:

- Informes trimestrales a la Oficina de Control Interno, en el marco del seguimiento a austeridad del gasto.
- Informes cuatrimestrales a las dependencias generadoras de horas extra.
- Informes internos para la dirección y el subsecretario, con análisis del comportamiento del gasto.

Estos informes permiten observar tendencias, comportamiento del gasto y variaciones por dependencia.

Sin embargo, del análisis se desprendió que:

- El control de horas extra tiene naturaleza operativa, no estratégica.
- La actividad se parece más a un control propio de primera línea (nómina – proceso operativo) que a un producto de aseguramiento transversal.
- No genera un análisis institucional profundo, sino un control rutinario sobre valores y planillas.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

- El seguimiento a la austeridad del gasto ya cubre gran parte del análisis requerido.

Valoración OCI: La función se cumple, pero su inclusión como producto de segunda línea dentro del esquema, debe ser revisada para evitar duplicidad y para mantener coherencia entre controles operativos y productos reales de aseguramiento.

Aspectos identificados en el seguimiento

Durante la mesa se identificaron los siguientes elementos:

- La segunda línea demostró claridad en el procedimiento, posee soportes documentales y aplica controles preventivos antes de liquidar horas.
- Se observó que algunas dependencias presentan mayor volumen de horas extra (ej.: CRUE, Laboratorio, IBC), debido a condiciones operativas específicas.
- Se estableció que, cuando se presenten aumentos inusuales, estos deben contar con justificación documentada, especialmente en el contexto del seguimiento a austeridad del gasto.
- La ejecución actual del control corresponde a lo esperado para procesos de nómina; sin embargo, el análisis estratégico es reducido, por lo que se sugirió revisar la pertinencia de mantenerlo como producto de segunda línea.

Aspectos por fortalecer

Se identifican oportunidades de mejora en:

- Establecer un formato estándar de reporte para homogenizar la información trimestral.
- Documentar de manera más sistemática las razones operativas que justifican incrementos por dependencia.
- Consolidar un protocolo para casos en los que las horas reportadas difieran de las autorizadas.
- Revisar, en conjunto con la Oficina de Control Interno, si la función debe permanecer en el Mapa de Aseguramiento como producto de segunda línea o si es más coherente integrarla como un control del proceso de nómina.

5.3. GESTIÓN DOCUMENTAL

La función de aseguramiento asociada al componente de **Gestión Documental** tiene como objetivo verificar que los instrumentos, controles y procedimientos implementados por la segunda línea garanticen la adecuada administración del ciclo de vida de los documentos institucionales, el cumplimiento de la normatividad archivística y la existencia de mecanismos de seguimiento que permitan anticipar riesgos, mantener la trazabilidad y asegurar la disponibilidad de la información pública.

Durante la mesa de trabajo realizada con la dependencia responsable, se llevó a cabo un intercambio técnico en el que se revisaron los avances alcanzados, los productos declarados en el Mapa de Aseguramiento, los instrumentos archivísticos vigentes, y las acciones ejecutadas en la vigencia. Adicionalmente, emergió una **controversia significativa**, relacionada con la comprensión del alcance del producto de aseguramiento, la cual evidenció diferencias interpretativas y permitió profundizar en la claridad institucional de esta función.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Contexto general de la gestión documental y enfoque de aseguramiento

La segunda línea expuso un panorama detallado de las actividades desarrolladas durante la vigencia, entre las cuales se destacan:

- La actualización del **Programa de Gestión Documental (PGD)** como instrumento rector del sistema archivístico.
- Procesos de revisión y armonización del Programa de Conservación de Documentos (PCD) y de las Tablas de Retención Documental (TRD), especialmente luego de cambios estructurales recientes en la entidad.
- Actividades de acompañamiento a las dependencias para la correcta implementación del ciclo documental: producción, trámite, transferencia, disposición y conservación.
- Capacitaciones impartidas al personal, dirigidas a fortalecer la cultura organizacional en el manejo adecuado de documentos.
- Revisión de inventarios documentales y validación de series y subseries existentes.
- Seguimiento a los requerimientos establecidos por el Archivo General de la Nación.

El equipo evidenció un conocimiento técnico profundo de los lineamientos archivísticos, herramientas normativas, y metodologías del AGN. Las explicaciones fueron precisas, consistentes y sustentadas en evidencia documental.

Valoración OCI: En términos técnicos-operativos, la segunda línea mantiene un sistema de gestión documental en funcionamiento, con avances concretos y una base sólida de trabajo institucional.

La controversia surgida en la mesa: naturaleza del producto de aseguramiento

Durante el espacio de revisión, se presentó una controversia relevante relacionada con el entendimiento del producto de aseguramiento establecido en el Mapa de Aseguramiento institucional. Esta controversia se convirtió en el eje del análisis y arrojó elementos valiosos para el fortalecimiento del sistema.

Postura de la segunda línea

La segunda línea manifestó que su visión del producto estaba enfocada en:

- El cumplimiento técnico de los instrumentos archivísticos.
- La actualización de los documentos rectores (PGD, TRD, PCD).
- El acompañamiento a los archivos de gestión.
- El cumplimiento de requerimientos del AGN.

Bajo esta perspectiva, la segunda línea consideraba que su responsabilidad principal consistía en informar el estado de avance técnico-operativo, y que no estaba concebido elaborar un documento adicional de aseguramiento que incluyera análisis de riesgos, brechas, impacto institucional o evaluación del ciclo archivístico desde una mirada transversal.

Postura de la OCI

La Oficina de Control Interno aclaró que, dentro del Mapa de Aseguramiento, la función de aseguramiento implica un enfoque más amplio que el simple cumplimiento de actividades, Incluye:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

- Un análisis técnico del estado de los instrumentos.
- La identificación de brechas o inconsistencias.
- La evaluación del impacto institucional del cumplimiento archivístico.
- La priorización de riesgos documentales (por ejemplo, pérdida de información, incompatibilidad de series, errores en disposición documental).
- La entrega de un producto formal que sirva para la toma de decisiones estratégicas, no solo operativas.
- La coherencia entre TRD, PGD, estructura organizacional y sistemas de información.

En la visión de OCI, el producto de aseguramiento no puede limitarse a un listado de actividades o a una presentación del estado del PGD. Debe ser un informe técnico-analítico, construido por la segunda línea, que permita un seguimiento robusto y transversal.

Resolución de la controversia

A partir del intercambio, se concluyó que existía un vacío de comunicación y orientación previa respecto al alcance del producto, lo cual ocasionó que la segunda línea presentara un informe operativo que no correspondía al propósito del Mapa de Aseguramiento.

La mesa culminó con una ruta clara:

- La segunda línea ajustará el producto de aseguramiento siguiendo los lineamientos aclarados.
- OCI acompañará el proceso de clarificación para que exista uniformidad en los criterios.
- Se actualizará el Mapa de Aseguramiento para reflejar con precisión el producto real.
- El próximo informe deberá incluir análisis de riesgos, brechas, impactos y acciones de mejora.

Valor institucional: Esta controversia no fue negativa; al contrario, permitió definir con claridad el alcance del aseguramiento y fortalecer la relación técnica entre OCI y la dependencia responsable.

Coherencia técnica de los instrumentos archivísticos

Los instrumentos que conforman el sistema documental (PGD, TRD, PCRC) se encuentran actualizados o en proceso de armonización.

Este trabajo refleja un manejo técnico adecuado y sostenido.
No obstante, persisten retos derivados de:

- Cambios en la estructura organizacional que requieren ajustes puntuales en series documentales.
- La necesidad de consolidar inventarios actualizados y compatibles entre unidades.
- La integración entre archivo de gestión, archivo central y sistemas digitales.

Falta de alineación entre lo técnico-operativo y el aseguramiento

El informe presentado inicialmente por la segunda línea se centró exclusivamente en la descripción de actividades, sin incluir:

- análisis de riesgos documentales,
- evaluación de cumplimiento,
- brechas entre práctica y lineamientos del AGN,

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

- ni análisis institucional.

Eso dejó en evidencia un vacío en la comprensión del enfoque de aseguramiento.

Riesgos asociados al sistema documental

En la mesa se identificó que algunos riesgos requieren análisis más profundo, entre ellos:

- Falta de sincronización entre áreas (riesgo de pérdida o duplicidad de información).
- Demoras en la actualización o aplicación homogénea de TRD.
- Dependencias con prácticas disímiles en archivo de gestión.
- Compromiso insuficiente de algunas áreas para adoptar prácticas archivísticas.
- Riesgo asociado a sistemas electrónicos y gestión híbrida de documentos.

Potencial de mejora institucional

La dependencia mostró disposición para fortalecer el producto y mejorar la comprensión del aseguramiento.

Se identificó la oportunidad de consolidar un protocolo de seguimiento, con estructura clara, periodicidad y contenido mínimo estandarizado para toda la entidad.

Compromisos adquiridos por la segunda línea

En la mesa de trabajo, la dependencia responsable asumió los siguientes compromisos:

- Entregar una versión ajustada del producto de aseguramiento, conforme a los lineamientos de OCI.
- Alinear dicho producto con el Mapa de Aseguramiento institucional.
- Enviar inventarios actualizados y soportes de actualización de TRD.
- Integrar un componente de análisis de riesgos dentro del informe de aseguramiento.
- Socializar con OCI los avances del ajuste y recibir retroalimentación técnica.

5.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

Generación y actualización de indicadores de salud.

Función de aseguramiento: Recolectar, analizar datos del sector salud como único observatorio a cargo de la Secretaría Distrital de Salud.

De acuerdo con lo revisado en la mesa de seguimiento, para el desarrollo de la función de aseguramiento se cuenta con el procedimiento “Gestión, análisis y difusión de información en salud a través del Observatorio de Salud de Bogotá SDS-ICI-PR-001” y el lineamiento “Análisis epidemiológico del Observatorio de Salud de Bogotá D.C. SDS-ICI-LN-001”, que incluyen lo relacionado con la generación y actualización de indicadores.

La metodología aplicada inicia con la identificación y priorización de indicadores, seguida de la solicitud de información a los referentes temáticos y su recepción por canales como el aplicativo ValiData y correo electrónico. Posteriormente, se realiza una validación conjunta con los referentes temáticos antes de la publicación. El análisis

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

de datos es principalmente descriptivo, orientado a caracterizar el comportamiento de los eventos, aunque en algunos casos incorpora análisis predictivos y alertas. Estas alertas se generan cuando se detectan variaciones significativas en los indicadores y se comunican a la primera línea para retroalimentación y ajustes, formando parte del proceso de validación previo a la divulgación en SaluData. Los resultados se presentan en tableros interactivos publicados en la página del Observatorio, con análisis accesibles para la ciudadanía.

La periodicidad de actualización varía según el indicador, con frecuencias diaria, semanal, mensual, trimestral, semestral, anual, trienal y quinquenal, concentrándose en los cortes trimestrales y semestrales.

En el mapa de riesgos se identificó el riesgo “Posibilidad de afectación reputacional por información desactualizada publicada en la plataforma SaluData debido a entrega tardía de la información”, que impacta la consolidación, validación y publicación de datos. Para mitigarlo, se establecieron cuatro controles: validación y envío oportuno de información por los referentes temáticos; revisión técnica por los componentes de análisis epidemiológico y analítica de datos; inclusión de notas aclaratorias en SaluData para orientar la interpretación adecuada; y seguimiento al cumplimiento de tiempos mediante tablero de control con semaforización, con escalamiento al directivo responsable en caso de retrasos.

Respecto a la presentación de resultados, el esquema de líneas de defensa indica que se realiza en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Sin embargo, en mesa de trabajo se confirmó que la socialización ocurre en el Comité Directivo, donde participa el asesor del despacho, quien ejerce la segunda línea y supervisa la operación del observatorio; en esta instancia se toman decisiones frente a indicadores que presentan desviaciones en el resultado esperado. Además, el equipo técnico del Observatorio realiza comités operativos internos una o dos veces al mes para seguimiento de actividades y mantiene articulación con las subsecretarías misionales y otros sectores.

De otra parte, en mesa de seguimiento se identificó la Red de Observatorios Distritales como entidad externa que hace seguimiento semestral, por lo cual se hace necesario incluir esta información en el esquema de líneas de defensa.

5.5. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL

Sistema de Gestión de la Calidad Funciones de aseguramiento

1. Evaluar el desempeño de los procesos institucionales en relación con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, para garantizar su cumplimiento, eficacia y contribución al mejoramiento continuo.

Se realiza anualmente, de acuerdo a lo establecido en el Manual del Sistema de Gestión de Calidad Código: SDS-DFO-MN-001, a través de un espacio en el Comité Directivo o el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, allí se presentan los resultados frente al Sistema de Gestión de la Calidad como lo son Riesgos, Desempeño de los procesos, Indicadores de los procesos, resultados de percepción del cliente, resultados de auditoría, salidas no conformes, análisis de contexto, y demás elementos que se encuentran enmarcados en la norma ISO 9001:2015, lo anterior sirve para la toma de decisiones pertinentes frente al Sistema de Gestión de Calidad, por parte de la alta dirección.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

La actividad se programa para julio o agosto, previo a la visita del ente certificador. En la vigencia actual, se efectuó en el Comité Directivo del mes de agosto.

- Realizar el monitoreo periódico (trimestral) de las acciones definidas en el marco del Sistema de Gestión de Calidad, y formular los planes de mejora requeridos con base en los resultados obtenidos, para cerrar brechas y fortalecer la gestión institucional.

Esta actividad de aseguramiento corresponde a las acciones proyectadas para la vigencia y se realiza seguimiento y monitoreo trimestralmente en la meta transversal del POGD “Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS” según tablero de control, la cual tiene como objetivo dar cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y que para la visita del ente certificador el SGC se encuentre al día, adicionalmente, de acuerdo a los resultados del periodo si está por debajo de los criterios de cumplimiento (90%) el proceso debe formular un plan de mejoramiento.

Hay un indicador de mantenimiento que se presenta en el Comité de Gestión y Desempeño donde se relacionan las dependencias más rezagadas, las recurrencias que mayor se presentan son la actualización de la gestión documental y acciones de mejoramiento

Se revisó la calificación de los tableros de control de los tres (3) trimestres de la vigencia, sin embargo, la calificación del mismo no está por debajo del 90% para los procesos.

- Presentar ante la Alta Dirección los avances y resultados del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de facilitar la toma de decisiones informadas y orientar acciones de mejora del SGC.

Esta actividad corresponde a presentación por parte del proceso de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del análisis de indicadores establecidos en el marco del mantenimiento del SGC para la toma de decisiones de cada uno de los procesos de la Entidad. El objetivo de esta función es que los gerentes públicos se comprometan con el mejoramiento del SGC y realizar las acciones necesarias para el cumplimiento de indicadores.

El equipo auditor procedió a verificar las acciones establecidos por los procesos producto del incumplimiento de los indicadores observando lo siguiente:

- Indicador: Cumplimiento en la planeación de la contratación en el PAA

El proceso de GTS estableció Plan de mejoramiento en el mes de noviembre de acuerdo

El proceso Gestión de TIC cuenta con Plan de mejoramiento desde el mes de agosto sin avances del mismo.

- Indicador: Porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de compras y contratación programados en el PAA

El proceso de GTS – Infraestructura estableció Plan de Mejoramiento en el mes de noviembre, provisión de Servicios de Salud estableció Plan de Mejoramiento en agosto y noviembre

El proceso de Gestión Contractual publicó Plan de Mejoramiento en el mes de noviembre

- Cumplimiento del programa anual mensualizado de caja – PAC (recursos de reservas del aporte ordinario)

No se evidenció Planes de mejoramiento asociados a este incumplimiento

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

De acuerdo con lo anterior Es necesario que la segunda línea establezca medidas para garantizar la implementación de planes de mejoramiento por parte de los procesos, contribuyendo así a la mejora continua de la Entidad.

Se concluye, que los productos derivados de las funciones de aseguramiento del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentran de acuerdo con lo previsto por el proceso.

Implementación de las políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Funciones de aseguramiento:

1. Realizar el monitoreo a la implementación y aplicación de las políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la entidad, con el fin de verificar su cumplimiento, identificar oportunidades de mejora y facilitar el análisis de resultados y apoyar la toma de decisiones.

Se verificó que la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, en su rol de segunda línea, apoya la operación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño como Secretaría Técnica, conforme al artículo 8 de la Resolución 1569 de 2024. Esta dirección coordina la solicitud de información a las dependencias, consolida los resultados por política, elabora las actas y presenta los tableros de control en las sesiones del comité.

La información es reportada por las dependencias mediante fichas técnicas de indicadores, que son agrupadas por política y consolidadas en el tablero de control en el aplicativo Isolucion, por parte del profesional especializado de la Dirección. Estos resultados se presentan en el comité ordinario de forma trimestral, de conformidad con el artículo 23 de la Resolución 1569 de 2024, donde se identifican los indicadores que no cumplen con el umbral establecido (90%). En estos casos, se genera una alerta y se solicita al líder de política la formulación de acciones de mejora, a las cuales se realiza seguimiento en el siguiente comité. El proceso aportó evidencia de la gestión realizada para la definición y actualización de los indicadores de la vigencia 2025. No obstante, en mesa de trabajo se identificó que los indicadores utilizados no siempre cubren todos los aspectos de cada política, lo cual representa una oportunidad de mejora en la definición del alcance.

Respecto a las acciones de mejora, se indicó que algunas han sido definidas para indicadores críticos, como los relacionados con servicio al ciudadano y racionalización de trámites. Se mencionó que estas acciones se documentan en las presentaciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, donde se realiza seguimiento, pero no todas están registradas formalmente en Isolucion. Al respecto, es importante mencionar que en el apartado “Desarrollo de planes de mejoramiento” del Lineamiento para la formulación, construcción, medición y seguimiento de indicadores SDS-PES-LN-007 se establece que “Para garantizar una gestión eficiente y un seguimiento oportuno, los Planes de Mejoramiento deberán ser cargados en la plataforma Isolucion, donde se centralizará su monitoreo y control”.

De otra parte, al contrastar las actas de reunión y presentaciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se evidenció la formulación de acciones de mejora en la presentación del 4 de marzo de 2025. No obstante, no se evidenció seguimiento de la ejecución de dichas acciones en el siguiente comité. En el comité del 30 de mayo se menciona que, para las políticas con resultados inferiores al 90 % en su medición trimestral, se deben formular acciones de mejora por parte de los responsables de dichas políticas; asimismo, se mencionan las acciones que se están llevando a cabo por parte de la DPIYC para el indicador relacionado con el porcentaje de acciones de mejora con cierre oportuno.

Durante la reunión se evidenció que en algunos casos la información de los indicadores es entregada por las dependencias con poco tiempo antes de la sesión del comité, lo que limita la revisión técnica previa por parte de la

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Aunque se realiza una verificación antes de cargar los datos en Isolucion, no existe un protocolo formal para validar la suficiencia ni la calidad de los indicadores reportados.

La Dirección de Planeación Institucional y Calidad realiza seguimiento al cumplimiento del indicador denominado “Porcentaje de cumplimiento de las acciones definidas en el POGD”. Este indicador tiene periodicidad trimestral y mide el nivel de ejecución de todas las acciones programadas por las dependencias en el Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD), sin desagregación por política del MIPG. El indicador se calcula con base en los reportes consolidados del POGD y refleja el cumplimiento general institucional. No discrimina acciones específicas asociadas a las políticas del MIPG, sino que incluye todas las actividades de gestión reportadas por las direcciones y oficinas de la entidad. Este indicador sirve como insumo complementario para el análisis institucional, pero no permite evaluar directamente el avance de las políticas del MIPG, ni vincularlo a los indicadores específicos definidos para cada política.

2. Consolidar, analizar, evaluar y reportar la información correspondiente al Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG).

Se verificó que la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, como segunda línea, realiza esta función de aseguramiento en conformidad con los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

La medición del FURAG se realiza una vez al año. Para ello, la Dirección de Planeación consolida la información a reportar en el formulario, mediante reuniones con las dependencias responsables y solicitudes formales de información. Una vez Función Pública publica los resultados, la Dirección realiza un análisis comparativo por política frente a la vigencia anterior y presenta los resultados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Esta presentación incluye el comportamiento por política, los puntajes obtenidos y las variaciones frente al año anterior.

En mesa de trabajo se manifestó que la presentación de resultados y del plan de brechas se realiza ante la alta dirección en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, una vez se cuenta con los resultados oficiales del FURAG. No existe una fecha fija para esta presentación, ya que depende del calendario de publicación de resultados por parte de Función Pública. Al respecto, se evidenció el acta de reunión del 4 de julio de 2025, en la cual se socializan los resultados correspondientes a la vigencia 2024, destacando las políticas con mayor y menor puntuación. Asimismo, se menciona que se derivaron 45 recomendaciones por parte del DAFP, aunque no se especifican las recomendaciones ni las brechas identificadas.

En mesa de trabajo también se manifestó que la Dirección de Planeación Institucional coordina mesas de trabajo con los gestores de las áreas responsables, formula acciones de mejora y realiza seguimiento a su incorporación en el Plan Operativo de Gestión y Desempeño.

Durante la reunión se evidenció que, como resultado de un hallazgo formulado por la Oficina de Control Interno, se identificó la necesidad de fortalecer el análisis de brechas derivadas del FURAG. En respuesta a esta observación, se definió una nueva metodología que incluye el análisis detallado de las preguntas del formulario, especialmente aquellas de selección múltiple que no fueron marcadas o que recibieron respuestas negativas. A partir de este análisis, se proyecta la construcción de un Plan Estratégico de Cierre de Brechas para la vigencia 2026, el cual incluirá tanto las brechas reportadas por Función Pública como las adicionales identificadas internamente.

Se aclaró que en años anteriores el análisis de brechas se realizaba de forma más general, sin desagregación por tipo de pregunta ni revisión técnica detallada de las opciones no seleccionadas. La nueva metodología busca mejorar la precisión del diagnóstico y la formulación de acciones de mejora.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

La comunicación con la primera línea se realiza mediante convocatorias formales a mesas de trabajo, memorandos y correos electrónicos; mientras que a la alta dirección se realiza a través de las presentaciones en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Gestión del riesgo (identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de riesgos.)

Función de aseguramiento: Coordinar las acciones necesarias para la identificación, valoración y el monitoreo sistemático de los riesgos institucionales y la verificación de la implementación y efectividad de los controles establecidos, con el fin de contribuir a la gestión oportuna y asegurar el cumplimiento de los objetivos organizacionales y de los procesos de la Entidad.

La revisión evidenció que la segunda línea de defensa desarrolla la función de aseguramiento con base en el Lineamiento Gestión del Riesgo Secretaría Distrital de Salud SDS-DFO-LN-011 y la Resolución 200 del 4 de marzo de 2025, " Por la cual se actualiza la Política de Administración de Riesgos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.". Estos instrumentos definen los criterios para la identificación, valoración y monitoreo de riesgos institucionales. Se constató que cada proceso formula su mapa de riesgos al inicio de la vigencia, incluyendo riesgos de gestión y corrupción, y que dichos mapas pueden actualizarse en cualquier momento ante auditorías, cambios normativos o situaciones emergentes. Esta información se carga en SharePoint administrado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, en las rutas asignadas por proceso.

Se confirmó que el monitoreo por parte de la segunda línea a través de la Matriz de Monitoreo de Riesgos SDS-DFO-FT-033, la cual es diligenciada por los procesos y cargada en SharePoint con periodicidad cuatrimestral. En esta matriz se reporta el riesgo, el control, la evidencia o ruta de verificación, la materialización (Sí/No) y el ID de la acción en Isolucion cuando aplica. En mesa de trabajo se manifestó que este formato reemplazó el esquema anterior de autoevaluación e informe, simplificando la recolección de los datos; asimismo la periodicidad del monitoreo fue ajustada de trimestral a cuatrimestral, alineándose con el seguimiento que realiza la Oficina de Control Interno a riesgos de corrupción.

Se evidenció que la segunda línea consolida la información en un archivo Excel (documento no codificado), donde se registran el número total de riesgos, las materializaciones y datos complementarios como el promedio de controles por riesgo. Este consolidado sirve de base para los reportes periódicos sobre el avance en la implementación de la Política de Gestión del Riesgo. Dichos reportes se presentan en el Comité Coordinador de Control Interno al menos una vez al año (con evidencia de sesiones en enero 31 y julio 31 de 2025) y en la Revisión por la Dirección, donde se incluyen comparativos anuales y análisis estadísticos.

Respecto a los indicadores, se observó que la segunda línea presenta en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) el indicador de riesgos materializados, en el marco de la Política de Riesgos y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Este indicador permite evidenciar cuántos riesgos se han materializado en la vigencia de acuerdo con la información reportada por los procesos (no permite medir la efectividad de los controles). No obstante, en el reporte realizado en el mes de mayo se evidenció que, si bien no se encontraron riesgos materializados para el periodo, no se había recibido el reporte de autoevaluación e informe de riesgos por parte de los procesos de Gestión de Bienes y Servicios, Gestión Documental y Aseguramiento en Salud. Al respecto, la segunda línea gestionó la entrega de la información por parte de los responsables y verificó el resultado del indicador, de lo cual aportó como evidencia los correos electrónicos recibidos.

Se constató la participación del líder de la segunda línea de defensa en la aprobación de lineamientos, formatos y en la presentación de resultados ante los comités institucionales. También se confirmó la existencia de capacitaciones para socializar cambios metodológicos, como la transición al monitoreo cuatrimestral y la implementación del nuevo formato único.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

En cuanto al alcance real de la función, se evidenció que la segunda línea no realiza validación sobre la información de los reportes de “no materialización” ni pruebas sobre la efectividad operativa de los controles. Su labor se limita a consolidar la información reportada y dar seguimiento documental a las acciones correctivas registradas en Isolucion. Este seguimiento incluye no solo las acciones derivadas de riesgos materializados, sino también las provenientes de auditorías y se realiza por parte del referente de planeación que apoya cada proceso. Sin embargo, no se verificó que exista un contraste sistemático entre las acciones y los soportes que evidencian la materialización del riesgo, ni entre los hallazgos de auditoría y la matriz de riesgos del proceso, lo que constituye una brecha frente a la expectativa de “verificación de efectividad”.

Finalmente, se constató que la comunicación de resultados y alertas se efectúa mediante presentaciones en comités, informes institucionales y acompañamientos puntuales a los procesos, garantizando que tanto la primera línea como la alta dirección estén informadas sobre el estado de la gestión de riesgos.

Formulación y monitoreo del Plan Operativo de Gestión y Desempeño-POGD.

Función de aseguramiento: Formular, monitorear y retroalimentar el desempeño de los procesos mediante el Plan Operativo de Gestión y Desempeño, con respecto a las metas institucionales y acompañamiento técnico oportuno, con el propósito de identificar oportunidades de mejora, fortalecer la gestión institucional y promover una cultura de mejoramiento continuo.

Se verificó que para el desarrollo de la función de aseguramiento se cuenta con el Lineamiento Planeación Institucional SDS-PES-LN-005, en el cual se establecen las directrices para la formulación del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD). Asimismo, se realizan jornadas de alistamiento previas al inicio de la vigencia, donde se orienta a las dependencias sobre metas transversales, criterios de evaluación y fechas de reporte. Dichos lineamientos son revisados y aprobados por la dirección antes de su envío, garantizando coherencia con la política de planeación institucional.

En relación con la medición y monitoreo, se constató que los reportes del POGD se realizan trimestralmente, y la Dirección de Planeación Institucional y Calidad consolida en una matriz de seguimiento en Excel (Documento no codificado) denominada “*Informe_Seguimiento_POGD_Indicadores*” el avance de las metas por dependencia para determinar el indicador global de cumplimiento del POGD, el cual se presenta trimestralmente en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. El tablero de control, que califica el cumplimiento de metas transversales, también se actualiza trimestralmente. Adicionalmente, con base en la información de los reportes trimestrales del POGD y de los informes semestrales entregados por las Dependencias, la segunda línea consolida la información para el informe de revisión por la dirección y el Informe de Gestión y Resultados CBN 1090 que se entrega a la Contraloría, los cuales tienen periodicidad anual. El seguimiento a las acciones de mejora se realiza mensualmente, consolidando avances en informes semestrales.

Se evidenció que toda la información generada para la función de aseguramiento se concentra en un repositorio institucional a cargo de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, el cual contiene los reportes e informes del POGD, así como las evidencias estratégicas que soportan el nivel de avance reportado por las dependencias, lo que facilita la trazabilidad y la consulta por parte de las líneas de defensa. Se aclaró que no se cargan todas las evidencias, sino únicamente las más relevantes y representativas que permiten verificar el cumplimiento de las metas, evitando duplicidad y garantizando trazabilidad.

En la reunión se indicó que cuando se detectan incumplimientos, se formulan acciones de mejora y se realiza seguimiento mensual a su ejecución a través del informe de monitoreo a la gestión de acciones. Al respecto, se recomienda incluir un apartado en el informe del POGD para reportar el avance de dichas acciones.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

La comunicación de resultados se realiza mediante memorandos, correos electrónicos y reuniones con la alta dirección, además de la publicación en la página web institucional. Cuando se detectan incumplimientos, se formulan planes de mejoramiento y se efectúa seguimiento mensual a las acciones correctivas, consolidando avances en informes semestrales.

Durante la validación de los reportes, se identificó que en el segundo trimestre se presentó un error en la calificación del POGD de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, debido a una fórmula incorrecta en el cálculo de proporciones, afectando el reporte y la publicación. Asimismo, se identificó que para el segundo trimestre también se presentó un error de cálculo del indicador global de cumplimiento del POGD, ya que no se tuvieron en cuenta todas las metas de la Dirección Administrativa- Subdirección de Bienes y Servicios, reflejando la dependencia de validaciones manuales y la necesidad de fortalecer los controles sobre la calidad de los datos.

Adicionalmente, se observó que los niveles reportados en el indicador global de cumplimiento del POGD son generalmente altos (alrededor del 99%), lo que puede generar una percepción de desempeño óptimo sin reflejar las brechas existentes en metas específicas. Este comportamiento implica un riesgo de sobreestimación del cumplimiento, ya que metas críticas con bajo avance pueden quedar ocultas en el promedio global, afectando la toma de decisiones estratégicas. Por lo anterior, se recomienda incluir en los informes y en las presentaciones al Comité Institucional un apartado que detalle las metas con menor avance, explicando causas y acciones correctivas, para garantizar decisiones oportunas y evitar que el promedio global o la calificación agregada oculten riesgos relevantes.

5.6.RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Plan de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (PTAIP).

Funciones de aseguramiento:

1. Efectuar la gestión integral del Plan de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (PTAIP), comprendiendo las etapas de actualización, ejecución, monitoreo y evaluación, con el fin de verificar la implementación de las acciones asignadas a cada proceso o dependencia, identificar los avances alcanzados y alertar desviaciones.

La construcción del Plan de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (PTAIP) inicia con una jornada de alistamiento en la que se revisan los lineamientos normativos vigentes, principalmente la Resolución 1519 y otras disposiciones relacionadas con transparencia y acceso a la información. En esta etapa se definen las responsabilidades de cada dependencia, las actividades específicas, la frecuencia y las fechas de publicación, así como los componentes adicionales que se incorporan por recomendaciones externas (por ejemplo, capacitaciones o acciones de visibilidad que no son exigidas por la norma, pero fortalecen la transparencia). El documento del plan se consolida en un formato institucional que incluye la programación anual y se aprueba internamente, sin pasar por comité, salvo cuando se trata del Programa de Transparencia y Ética Pública. Las solicitudes de modificación se gestionan durante la ejecución, pero no se ajusta la formulación hacia atrás, lo que garantiza trazabilidad en los cambios.

En la formulación, el líder de la segunda línea (Dirección de Planeación Institucional y Calidad) coordina la jornada, socializa los cambios normativos y valida la versión final del plan. Los líderes de proceso (primera línea) participan aportando información sobre sus actividades y compromisos, y reciben instrucciones sobre los ajustes y responsabilidades asignadas. La comunicación con la primera línea se realiza mediante reuniones técnicas y correos institucionales, mientras que con la línea estratégica ocurre en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410				
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Durante la ejecución y monitoreo, la segunda línea elabora un informe de monitoreo trimestral que contiene dos componentes: la valoración del estado actual frente al cumplimiento del plan y un capítulo de alertas preventivas que indica las actividades que deben cumplirse en el siguiente periodo. Paralelamente, se actualiza una matriz de seguimiento en Excel (documento no codificado) que califica el nivel de cumplimiento por actividad y dependencia, y se calcula un indicador global que refleja el avance del plan. Este indicador denominado “Porcentaje de oportunidad en el cumplimiento de acciones del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública (PTAIP)”, se obtiene consolidando los datos del seguimiento trimestral y se presenta en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Al respecto, si bien en el esquema de líneas de defensa se estableció que en dicho comité se presentan “Resultados de los avances, dificultades para el cumplimiento del plan de transparencia y acceso a la información pública para la toma de decisiones”, se evidenció que esta información corresponde netamente al resultado del indicador, del cual solo se realiza un análisis para toma de decisiones en caso de obtener un resultado no satisfactorio. La comunicación con la primera línea en esta fase se realiza a través del correo institucional, donde se envían alertas y recordatorios sobre actividades pendientes; en caso de requerirse reprogramaciones en el plan, estas deben ser solicitadas por el proceso con su debida justificación y son autorizadas por el líder de la segunda línea. Toda la información se documenta en carpetas organizadas por trimestre en el repositorio de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.

2. Verificar los resultados del índice de transparencia y acceso a la información pública de la Entidad.

Esta función se desarrolla con una metodología distinta porque depende de evaluaciones externas realizadas por la Procuraduría (ITA) y la Corporación Transparencia por Colombia (ITB). Cuando se recibe la notificación de medición del índice, la segunda línea convoca reuniones con los líderes de proceso (gestores de transparencia) para explicar la estructura del instrumento y coordinar la carga de información en los aplicativos correspondientes. En estas reuniones se detallan los criterios, se revisan los capítulos del formulario y se asignan responsabilidades para aportar los soportes requeridos. Cada dependencia diligencia la información y la segunda línea consolida todo en una matriz descargada del sistema, verificando que los soportes cumplan con los requisitos normativos y técnicos. Este proceso incluye la revisión de evidencias, la organización de carpetas y la preparación de respuestas para eventuales réplicas. La comunicación con la primera línea se realiza mediante reuniones técnicas y correos electrónicos, mientras que la línea estratégica es informada sobre el inicio del ejercicio y los plazos establecidos. El líder de la segunda línea supervisa todo el proceso, valida la información antes del envío y asegura que se cumplan los tiempos definidos por los entes externos.

Una vez se reciben los resultados preliminares, la segunda línea analiza las calificaciones, identifica los criterios con observaciones y gestiona réplicas cuando considera que la valoración no refleja la evidencia aportada. Este proceso implica revisar nuevamente los soportes y enviar justificaciones a los evaluadores. Posteriormente, cuando se emiten los resultados oficiales, la segunda línea presenta la información en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, donde se socializan los hallazgos y se definen acciones para incorporar las recomendaciones en el próximo plan de transparencia. En la reunión se mencionó que esta socialización se ha realizado en comités anteriores, por ejemplo, en el ejercicio de 2023, cuando se discutieron los resultados y se incluyeron ajustes en la programación del plan 2024. La comunicación con la primera línea en esta fase se mantiene a través de correos y reuniones para aclarar observaciones y coordinar la implementación de mejoras, mientras que con la línea estratégica se efectúa en el comité, donde se toman decisiones sobre la priorización de acciones.

La periodicidad de esta función no es fija, ya que las mediciones ocurren cada dos o tres años (últimas en 2022 y 2023). En 2025 se atendió la medición del Índice de Transparencia de Bogotá (ITB) y del Índice de Transparencia de la Procuraduría (ITA). La segunda línea lideró la recolección y carga de información en los aplicativos, consolidó los soportes en matrices descargadas y para ITB realizó la réplica frente a 106 criterios calificados en cero, logrando sustentar 99 de ellos. Esta gestión incluyó reuniones con los gestores, revisión detallada de documentos y envío de soportes a las entidades evaluadoras. Actualmente se espera la publicación de los resultados oficiales, que servirán como insumo para la jornada de alistamiento del Plan de Transparencia 2026, donde se incorporarán las

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

recomendaciones derivadas de estas evaluaciones. Esta actuación evidencia que, aunque la función no tiene periodicidad fija, se ejecuta de manera exhaustiva cuando se activa el proceso de evaluación externa.

No obstante, se recomienda establecer un protocolo interno para realizar seguimiento entre mediciones externas del índice de transparencia y acceso a la información pública, con registro formal de las acciones derivadas. Este protocolo puede contemplar revisiones internas anuales del índice, tomando como referencia la versión más reciente de los criterios publicados por los organismos evaluadores (Procuraduría y Corporación Transparencia por Colombia). El objetivo es mantener acciones preventivas, anticipar riesgos y preparar ajustes oportunos para la siguiente evaluación, evitando que las decisiones dependan únicamente de mediciones esporádicas.

De otra parte, es importante aclarar que en el esquema de líneas de defensa no se describe la información que genera la segunda línea ni la que se presenta en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño con relación a esta función de aseguramiento, por lo que es necesario incorporar esta información para dar mayor claridad sobre los productos y la comunicación de resultados.

5.7. GESTIÓN FINANCIERA

1. Producto: Cuentas por pagar, órdenes 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).

Para este producto asegurado el proceso de Gestión Financiera relacionó tres funciones de aseguramiento:

1.1. Verificar el cumplimiento de la gestión de cuentas por pagar, órdenes 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).

Se establecieron parámetros que deben aplicarse desde la primera línea para la radicación de cuentas y la ejecución del pago, según el tipo de cuenta por pagar. Sin embargo, tras la revisión documental, se evidenció que el procedimiento "Trámite de Órdenes de Pago" (Código SDS-FIN-PR-008, Versión 1) no es coherente con la operación actual, según lo discutido en la mesa de trabajo del 20 de octubre de 2025. Se identificaron diferencias en actividades, tiempos de ejecución, documentación y alineación con la normatividad vigente.

1.2. Revisar los pagos realizados, correspondientes a la vigencia actual y la reserva presupuestal constituida, validando los soportes.

De acuerdo con la mesa de trabajo del 20 de octubre de 2025, el proceso verifica los soportes conforme al numeral 5.6 del Lineamiento Operativo Gestión Financiera (Código SDS-FIN-LN-006).

1.3. Verificar que los terceros beneficiarios del pago corresponden a las personas naturales o jurídicas con las que se contrajeron las respectivas obligaciones.

Esta actividad se realiza cada vez que se radica una cuenta o factura.

Resultado de aseguramiento

No se evidenció un informe consolidado de seguimiento a cuentas por pagar, órdenes de pago, ordenación del gasto y planillas de giro del FFDS y la SDS. Actualmente, esta labor se realiza de manera individual por grupos de trabajo de la Dirección Financiera.

Los soportes remitidos por la segunda línea no corresponden a lo descrito en el mapa de aseguramiento.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410				
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Se recomienda que la información generada por la segunda línea de defensa esté relacionada con el producto asegurado. Toda vez que, el proceso no genera un informe de cartera del FFDS y respecto a las órdenes de pago, solo se emite un reporte de pagos girados, que sirve como insumo para el seguimiento del PAC.

Las devoluciones se registran en Agilsalud y se consolidan en una matriz en OneDrive.

El proceso elabora un informe cuatrimestral para la Dirección Financiera, que incluye: tipo de ingreso, número de radicaciones, devoluciones y valor de solicitudes de reconocimiento

Se recomienda documentar este control y formalizar el informe, dado que al momento de la auditoría no se había realizado el segundo informe cuatrimestral.

2. Producto: Informe mensual del Plan Anual de Caja.

Para este producto asegurado el proceso de Gestión Financiera relacionó dos funciones de aseguramiento:

2.1. 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, 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).

Los gerentes de los proyectos remiten las necesidades de los proyectos en un formato ya establecido "PROGRAMACIÓN INICIAL PAC VIGENCIA - APOORTE ORDINARIO Código SDS-FIN-FT-070", de acuerdo con lo establecido en el instructivo "PAC Programación Inicial Aporte Ordinario Código SDS-FIN-INS-034", por otra parte, se realiza seguimiento a la reprogramación del PAC, de acuerdo con lo establecido en el instructivo "REPROGRAMACIÓN PROGRAMA ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA – PAC código SDS-FIN-INS-057"

2.2. Realizar informe mensual de la ejecución del PAC por cada subsecretaria dando a conocer el comportamiento y si hay necesidad reprogramar los recursos de acuerdo con las solicitudes de la primera línea de defensa, de acuerdo con las necesidades de los proyectos (primera línea).

El proceso genera informes mensuales que se remiten a los gerentes de proyecto para la toma de decisiones. Sin embargo, la Dirección Financiera actúa como apoyo y no ejecuta el PAC, por lo que se recomienda adoptar medidas frente a la baja ejecución detectada.

El equipo auditor revisó los informes de junio y septiembre, que incluyen ejecución trimestral, acumulada y ranking por subsecretaría, destacando la menor ejecución en la Subsecretaría de Salud Pública.

Se recomienda que el ejercicio de planeación del PAC debe ser liderado por el proceso de Planeación Estratégica y Sectorial, en coordinación con la Dirección Financiera (Presupuesto y Tesorería), la Subdirección de Contratación y la Dirección de Planeación Sectorial, dado que el PAC es un instrumento de planeación que define el monto máximo mensual de recursos y pagos para cumplir los compromisos institucionales

3. Producto: Ejecuciones presupuestales

- Para este producto asegurado el proceso de Gestión Financiera relacionó dos funciones de aseguramiento:

3.1. Validar en SISCO (Solicitudes) en concordancia con el PAA.

- Registro mediante el sistema PREDIS
- Registro y Legalización BOGDATA.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

3.2. Verificar en el SECOP para expedición del CRP

- Registro mediante el sistema PREDIS
- Registro y Legalización BOGDATA.

Durante la mesa de trabajo del 20 de octubre, se informó que, respecto a la ejecución presupuestal, se elabora mensualmente un informe que consolida la gestión de contratación y pagos realizada por cada proceso de la entidad. Este informe permite verificar el presupuesto asignado, los compromisos presupuestales y los pagos efectuados, las novedades y saldos por ejecutar de cada proyecto de inversión. Posteriormente, se remite a los gerentes de proyecto y se presenta en el Comité de Gestión y Desempeño, cumpliendo así con el aseguramiento de la información presupuestal institucional.

Se sugiere actualizar la gestión documental asociada a la planeación, seguimiento y registro de novedades en la ejecución presupuestal, garantizando su alineación con la normatividad vigente y las prácticas operativas actuales.

5.8. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y SECTORIAL

Producto: Plan Anual de Adquisiciones- PAA

Para el Plan Anual de Adquisiciones el proceso estableció la función de aseguramiento:

Brindar acompañamiento técnico y metodológico a las dependencias, con el fin de apoyar la identificación, estructuración y priorización de necesidades institucionales para la adecuada formulación, seguimiento, y modificación del Plan Anual de Adquisiciones, conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos de la Dirección.

Este aseguramiento se garantiza mediante:

- Capacitación y asistencia técnica a los referentes de proyectos sobre el PAA, sus herramientas y documentación para la formulación.
- Acompañamiento en la priorización de necesidades según el presupuesto aprobado, siguiendo el lineamiento "Formulación Plan Anual de Adquisiciones Código: SDS-PES-LN-013" y el procedimiento "Formulación Plan Anual de Adquisiciones (PAA) Código: SDS-PES-PR-006".

Cabe resaltar que la asistencia brindada por Planeación Estratégica y Sectorial es de carácter orientativo frente a las necesidades y priorización de cada proceso.

Para la formulación del PAA, se cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por la Dirección Financiera y la Subdirección de Contratación, quienes apoyan la revisión y aprobación del plan.

El proceso realiza acompañamiento permanente frente a las solicitudes de modificación presentadas por los gerentes de proyectos, capacitando a los referentes sobre el procedimiento, viabilidad y requisitos de aprobación por parte de la Dirección Financiera, evitando reprocesos o devoluciones.

Para este seguimiento, se utiliza una herramienta en Excel que consolida la información del PAA y la ejecución presupuestal, actualizada semanalmente, lo que permite analizar la viabilidad de las modificaciones y garantizar la disponibilidad de recursos. Este acompañamiento se desarrolla conforme al procedimiento "Modificación, Seguimiento y Actualización del PAA Código: SDS-PES-PR-009".

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Actualmente, la Dirección Financiera, la Subdirección de Contratación y la Dirección de Planeación Sectorial trabajan de manera articulada, considerando la contribución de cada dependencia en la planeación y seguimiento del PAA y del presupuesto institucional.

Adicionalmente, la Subdirección de Contratación genera alertas a los gerentes de proyectos para iniciar los procesos contractuales según lo programado en el PAA, garantizando el cumplimiento de los tiempos establecidos.

El proceso cuenta con la Resolución 2995 de 2023, que define roles y responsabilidades en la gestión de proyectos, aspecto relevante dado que se han identificado proyectos con baja ejecución, como se evidenció en la presentación al Comité Directivo del 25 de junio de 2025.

Dentro de los productos generados, para garantizar las funciones de aseguramiento se encuentran:

- Directrices y lineamientos para la formulación del PAA.
- Plan Anual de Adquisiciones.
- Reporte consolidado del estado del PAA de la Entidad.
- Ejecución del PAA frente al presupuesto.

Se sugiere implementar estrategias dirigidas a gerentes, gestores y referentes de proyectos para mejorar la planeación, formulación y ejecución del PAA en cada vigencia. Asimismo, se recomienda establecer indicadores de eficiencia en la contratación, tomando como línea base el PAA inicial, con el fin de garantizar la correcta ejecución de los recursos asignados.

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA:

6.1 Aunque se documentan en las presentaciones del comité de gestión y desempeño, no todas las acciones de mejora están registradas en Isolucion, a pesar de que el lineamiento SDS-PES-LN-007 establece que deben cargarse en dicha plataforma para su seguimiento. Además, no se evidenció que todas las acciones presentadas en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 4 marzo de 2025 fueran objeto de seguimiento en la siguiente sesión, lo que afecta la trazabilidad de la gestión correctiva (Implementación de las políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión).

7. RECOMENDACIONES:

Seguridad y Salud en el Trabajo

1. Realizar en la vigencia 2025 la Evaluación de Riesgo Psicosocial con enfoque integral, garantizando cumplimiento normativo y facilitando la formulación de intervenciones con base en datos.
2. Fortalecer el análisis predictivo del riesgo osteomuscular, incorporando variables de ausentismo, edad, puesto de trabajo, PVD y condiciones ergonómicas.
3. Incrementar el número de brigadistas y fortalecer la periodicidad de simulacros por dependencia.
4. Unificar los formatos y reportes trimestrales del SG-SST, con criterios de suficiencia, calidad y oportunidad.
5. Actualizar y aplicar sistemáticamente la TRD del SG-SST y formalizar el registro de cambios del procedimiento.
6. Consolidar un informe analítico trimestral, integrando programas, indicadores y factores de riesgo.

Plan de integridad

1. Ajustar la matriz de líneas de defensa, definiendo el producto real de la función de aseguramiento y su periodicidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

- Consolidar una metodología de clasificación que permita evaluar de manera objetiva la posible afectación a valores institucionales, con criterios replicables.
- Formalizar un informe semestral con estructura estándar, destinatario definido y análisis de tendencias.
- Evitar duplicidades entre información disciplinaria y la función de integridad, garantizando el respeto por la reserva cuando corresponda.
- Incorporar los resultados del análisis semestral a las acciones del plan de trabajo del Equipo de Gestores de Integridad.

Horas Extras

- Revisar la pertinencia de mantener la función como producto de aseguramiento, considerando su naturaleza operativa y la existencia de controles ya establecidos por austeridad del gasto.
- Estandarizar los reportes trimestrales, incorporando estructura, indicadores mínimos y tendencia trimestral comparada.
- Formalizar la obligación de remitir justificaciones documentales cuando existan incrementos inusuales.
- Continuar fortaleciendo la coherencia entre la autorización, la planilla y la liquidación final, evitando diferencias y reprocesos.

Gestión Documental

A partir del análisis técnico y la controversia abordada, OCI recomienda:

- Ajustar el producto de aseguramiento o informe técnico, incorporando análisis, riesgos y acciones de mejora.
- Construir una metodología interna que permita evaluar el estado de cumplimiento archivístico desde una perspectiva transversal.
- Integrar al producto un análisis de coherencia entre PGD, TRD y la estructura orgánica vigente.
- Fortalecer el seguimiento a archivo de gestión mediante matrices de verificación formalmente establecidas.
- Estandarizar reportes, formas de seguimiento y criterios de priorización de riesgos documentales.
- Consolidar una ruta institucional de aseguramiento archivístico, articulada con el Mapa de Aseguramiento y con los lineamientos AGN.

Generación y actualización de indicadores de salud

- Actualizar el esquema de líneas de defensa para reflejar la práctica real incluyendo a la Red de Observatorios Distritales como entidad externa que realiza seguimiento, así como la información que genera la segunda línea para su reporte, y especificando el cargo del responsable de Segunda línea.
- Formalizar la periodicidad de socialización en el Comité Directivo y otras instancias pertinentes para garantizar la comunicación sistemática de resultados y la toma de decisiones.
- Definir un protocolo para la gestión de alertas que incluya su comunicación, acciones derivadas y su visualización en un tablero de seguimiento que no solo muestre la semaforización de indicadores, sino también las alertas y el estado de las acciones correctivas.
- Evaluar la posibilidad de automatizar la solicitud y validación de información para reducir riesgos por retrasos.
- Consolidar evidencias del ciclo completo (solicitud, análisis, validación, publicación) en un repositorio único.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Implementación de las políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

1. Se identificó en mesa de seguimiento que, a pesar del ejercicio realizado para la revisión y actualización de indicadores en la vigencia, estos no siempre cubren todos los aspectos de cada política, por lo que se recomienda revisar y ajustar los indicadores institucionales para asegurar que cubran de forma suficiente los componentes de cada política del MIPG según lo establecido en el Manual Operativo de MIPG.
2. Implementar un protocolo de validación técnica para los indicadores reportados por las dependencias, que incluya criterios mínimos de calidad, oportunidad y suficiencia, para verificar la información previo a la consolidación en el tablero institucional.
3. Formalizar la metodología de análisis de brechas del FURAG, incluyendo criterios técnicos, responsables y mecanismos de seguimiento.

Formulación y monitoreo del Plan Operativo de Gestión y Desempeño-POGD.

1. Teniendo en cuenta los errores de cálculo encontrados para el segundo trimestre en el POGD de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y en el indicador global de cumplimiento del POGD, se recomienda implementar mecanismos automatizados para la validación de cálculos y proporciones y fortalecer los controles sobre la calidad de los datos, disminuyendo la dependencia de validaciones manuales y reduciendo el riesgo de errores.
2. Codificar la matriz de seguimiento como documento oficial, asignándole un identificador único que facilite su trazabilidad.
3. Se recomienda incluir en los informes y en las presentaciones al Comité Institucional un apartado que detalle las metas con menor avance, explicando causas y acciones correctivas, para garantizar decisiones oportunas y evitar que el promedio global o la calificación agregada oculten riesgos relevantes.

Plan de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (PTAIP).

1. Se identificó que, aunque la función de aseguramiento “Verificar los resultados del índice de transparencia y acceso a la información pública de la Entidad” está descrita en el esquema de línea de defensa, no se detalla la información que debe generar la segunda línea ni la que se presenta en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño por lo que es importante completar esta información según lo evidenciado en mesa de seguimiento.
2. Se recomienda establecer un protocolo interno para dar seguimiento entre mediciones externas del índice de transparencia, que incluya el registro formal de las acciones derivadas con el objetivo de mantener acciones preventivas, anticipar riesgos y preparar ajustes para la siguiente evaluación, asegurando continuidad del control y evitando depender únicamente de evaluaciones esporádicas.

Gestión del Riesgo

1. Teniendo en cuenta que la segunda línea actualmente consolida la información reportada por los procesos sin realizar validaciones sobre los datos reportados de materialización de riesgos y efectividad de controles; es importante diseñar e implementar una metodología que permita verificar de manera objetiva y sistemática dicha información.
2. Establecer un protocolo para comparar la información registrada en la matriz de monitoreo de riesgos con los hallazgos de auditoría y las acciones en solución, asegurando que no existan riesgos materializados sin identificar ni acciones sin seguimiento.
3. Establecer un protocolo que defina cómo se verificará la efectividad de los controles reportados, incorporando muestreo, revisión de evidencias y comparación con resultados de auditorías internas y externas, asegurando que los controles cumplen su propósito y que las acciones correctivas son efectivas.

Gestión Financiera

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

1. Fortalecer la automatización: Continuar con la integración de devoluciones y alertas generadas en la radicación de cuentas para pago mediante el aplicativo Agilsalud para minimizar intervención manual.
2. Mejorar la comunicación: Reforzar la difusión de resoluciones, circulares, lineamientos y fechas límite para radicación de cuentas en la entidad, con el fin de evitar reprocesos.
3. Monitoreo: Continuar con la generación de alertas anticipadas sobre ejecución presupuestal y PAC con el fin de asegurar la disponibilidad de recursos y propender por el cumplimiento de las metas estratégicas.

Desarrollo y Fortalecimiento Organizacional

1. Formalizar y documentar los planes de mejoramiento derivados del incumplimiento de indicadores, asegurando su registro en el sistema de gestión documental ISOLUCION y su seguimiento en el Comité de Gestión y Desempeño.
2. Asegurar que las acciones correctivas sean efectivas y sostenibles, toda vez que se observa recurrencia en los planes de mejoramiento.

Planeación Estratégica y Sectorial

1. Implementar indicadores de eficiencia en la contratación, tomando como línea base el PAA inicial, para medir el cumplimiento de metas y optimizar la ejecución presupuestal.
2. Diseñar estrategias de planeación anticipada que permitan iniciar los procesos contractuales en los tiempos establecidos, evitando retrasos y baja ejecución.
3. Reforzar la socialización de la Resolución 2995 de 2023, asegurando que todos los actores involucrados comprendan sus roles y responsabilidades en la gestión del PAA.
4. Promover reuniones periódicas de articulación entre Planeación, Financiera y Contratación para revisar avances, alertas y ajustes necesarios en la ejecución del PAA.

8. CONCLUSIONES:

Implementación de las políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

- La función de aseguramiento se encuentra operativa y articulada con la alta dirección mediante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Los resultados de los indicadores se consolidan por política en un tablero de control en Isolucion para visualizar el avance y generar alertas cuando los indicadores no cumplen con el umbral establecido.
- La Dirección de Planeación Institucional y Calidad ha realizado esfuerzos para actualizar los indicadores institucionales y coordinar la gestión de acciones de mejora en el marco de los comités. Adicionalmente, se proyecta la construcción de un Plan Estratégico de Cierre de Brechas para la vigencia 2026, como respuesta a un hallazgo de la Oficina de Control Interno, lo cual refleja orientación hacia la mejora continua y la sostenibilidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la definición del alcance de los indicadores, la formalización de protocolos de validación técnica y la trazabilidad de acciones correctivas en Isolución, para garantizar decisiones basadas en información completa y confiable.

Formulación y monitoreo del Plan Operativo de Gestión y Desempeño

- La función de aseguramiento cuenta con lineamientos claros y un esquema de seguimiento periódico que permite consolidar información para la toma de decisiones. Se evidencia trazabilidad en repositorios

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

institucionales y articulación con la alta dirección. No obstante, se requiere fortalecer la automatización de cálculos para reducir errores manuales, incluir apartados específicos sobre metas críticas en los informes y codificar la matriz de seguimiento como documento oficial para mejorar la trazabilidad.

Plan de Integridad

- El seguimiento evidencia que el Plan de Integridad se encuentra implementado y en ejecución continua, con respaldo documental, actividades sostenidas y acciones de divulgación desarrolladas durante la vigencia.
- La nueva función de aseguramiento relacionada con el análisis semestral de PQRS se encuentra en fase de implementación y requiere ajustes metodológicos para fortalecer su consistencia técnica.
- El sistema presenta fortalezas importantes, pero debe consolidar su producto de aseguramiento, uniformar la metodología y actualizar la matriz correspondiente.
- Los compromisos adquiridos permitirán avanzar hacia una función más sólida, coherente y alineada con los lineamientos de Función Pública.

Horas Extra

- La función de aseguramiento asociada a horas extra se encuentra en ejecución continua, con controles operativos robustos y un proceso claro de revisión y validación documental.
- Si bien el control es adecuado y previene inconsistencias en la liquidación, su carácter esencialmente operativo y la existencia de seguimiento paralelo por austeridad del gasto sugieren la conveniencia de revisar su ubicación dentro del Mapa de Aseguramiento.
- Las recomendaciones y compromisos identificados permitirán mejorar la calidad del seguimiento, fortalecer la documentación del proceso y asegurar la coherencia institucional entre los productos de primera y segunda línea.

Gestión Documental

- La segunda línea demuestra un nivel técnico adecuado y un conjunto de actividades que evidencian compromiso con el sistema archivístico institucional. Sin embargo, la controversia presentada puso de manifiesto una brecha conceptual entre el enfoque técnico-operativo y el enfoque de aseguramiento requerido por el Mapa de Aseguramiento.
- El seguimiento permitió clarificar responsabilidades, definir productos, alinear expectativas y establecer compromisos verificables que fortalecerán el sistema de gestión documental desde una mirada más estratégica.
- La Oficina de Control Interno continuará acompañando y verificando el cumplimiento de los compromisos adquiridos, con el fin de garantizar la consistencia y la calidad del producto de aseguramiento de este tema en los próximos cortes.

Generación y actualización de indicadores de salud.

- La función de aseguramiento se encuentra documentada y operativa, con una metodología definida que incluye recolección, validación y análisis de datos, así como publicación en tableros interactivos en la plataforma SaluData. Se evidenció articulación con las subsecretarías misionales y mecanismos para garantizar la calidad de la información, incluyendo controles orientados a mitigar el riesgo reputacional por desactualización de datos. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la formalización de la periodicidad de socialización en el Comité Directivo, la trazabilidad documental del ciclo completo de gestión de indicadores y la sistematización de alertas y acciones correctivas. Asimismo, se

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

requiere ajustar la matriz del mapa de aseguramiento para reflejar la práctica real en cuanto al espacio de presentación de resultados y el rol del responsable.

Gestión del Riesgo

- La función de aseguramiento se desarrolla conforme a lineamientos actualizados y mecanismos de monitoreo cuatrimestral que facilitan la consolidación de información. Se evidencia la socialización en comités y la gestión de alertas ante incumplimientos, principalmente cuando algún proceso no reporta información en la matriz de monitoreo. Sin embargo, se requiere diseñar una metodología para verificar la efectividad de los controles, contrastar información con hallazgos de auditoría y fortalecer la trazabilidad de acciones correctivas, asegurando un control más robusto y preventivo.

Plan de Transparencia y acceso a la información pública (PTAIP)

- La función de aseguramiento se ejecuta conforme a los lineamientos normativos y evidencia gestión integral del plan, incluyendo monitoreo trimestral y coordinación de evaluaciones externas. Se resalta la capacidad de respuesta ante mediciones del ITA e ITB y la articulación con la alta dirección. No obstante, se requiere establecer un protocolo interno para seguimiento entre mediciones externas, incorporar análisis más detallados en los informes y garantizar registro formal de acciones derivadas para fortalecer la continuidad del control.

Gestión Financiera

- El proceso de Gestión Financiera cuenta con controles definidos y aplicados en las etapas de gestión de pagos, especialmente en la recepción y validación documental mediante Agilsalud.
- Los informes mensuales y/o quincenales permiten un seguimiento adecuado, aunque se requiere fortalecer la comunicación con las áreas para evitar devoluciones y retrasos.

Desarrollo y Fortalecimiento Organizacional

- El Sistema de Gestión de Calidad se mantiene dentro de los parámetros establecidos ($\geq 90\%$), lo que evidencia control adecuado en la vigencia.
- Persisten brechas en la actualización documental y en la ejecución oportuna de planes de mejora, especialmente en procesos críticos como contratación y PAC.
- La articulación entre procesos y la segunda línea de defensa requiere fortalecimiento para garantizar la implementación efectiva de acciones correctivas.
- La falta de planes de mejora en indicadores estratégicos (PAC) representa un riesgo para la sostenibilidad del sistema y el cumplimiento normativo.

Planeación Estratégica y Sectorial

- El proceso de Planeación Estratégica y Sectorial cumple con la función de aseguramiento del PAA mediante acompañamiento técnico y metodológico, garantizando la alineación con la normatividad vigente y los lineamientos institucionales.
- Existe una articulación efectiva entre la Dirección Financiera, la Subdirección de Contratación y la Dirección de Planeación Sectorial, lo que permite una gestión transversal del PAA y del presupuesto institucional.
- Se identifican oportunidades de mejora en la ejecución de proyectos, evidenciadas en la baja ejecución de algunos, lo que requiere fortalecer la planeación y seguimiento.
- Las herramientas implementadas como la base de datos en Excel y documentación generada por el proceso facilitan el control y análisis de modificaciones al PAA, aunque se requiere optimizar su uso para reducir repcesos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410				
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	1	

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

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> La Resolución 2995 de 2023 establece roles y responsabilidades, pero se observa la necesidad de reforzar su socialización para garantizar el cumplimiento de las funciones asignadas. |
| 9. ANEXOS:

Matriz de evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa |

NOMBRES Y APELLIDOS DEL GRUPO AUDITOR ASIGNADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

LADY DAHIANA TIBADUIZA CHAPARRO

FIRMA

ÁNGELA GONZALEZ PALACIO

FIRMA

JOSÉ GREGORIO BUENO HERNÁNDEZ

FIRMA

OLGA LUCIA VARGAS COBOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

APROBACIÓN DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO (FIRMA).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD										
		PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTION -OFICINA DE CONTROL INTERNO									Versión: 01	
		Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento									Fecha de emisión: Diciembre 2025	
Proceso	Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) / procedimiento / tema específico / subsistema	Riesgo asociado al aspecto clave de éxito	Segunda línea de defensa (seguimiento global / supervisión)	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			
GICI GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN	Generación y actualización de indicadores de salud.	Posibilidad de afectación reputacional por información desactualizada publicada en la plataforma SaluData debido a entrega tardía de la información, que afecta directamente el proceso de consolidación, validación y publicación de los datos dispuestos en el sitio web del Observatorio de Salud de Bogotá.	Despacho	Recolectar, analizar datos del sector salud como único observatorio a cargo de la Secretaría Distrital de Salud.	4	4,4	4,7	4,4	4,6	4,42	Nivel de Confianza Alto	Desde la tercera línea de defensa, la función de aseguramiento asociada al Observatorio de Salud de Bogotá evidencia un proceso técnicamente robusto, con lineamientos y procedimientos claramente definidos para la recolección, validación, análisis y difusión de información en salud. La segunda línea demostró un dominio adecuado de los referentes metodológicos, una estructura operacional consolidada y un modelo de actualización periódica que responde a la diversidad de indicadores misionales de salud pública. El uso de mecanismos como ValiData, validaciones conjuntas con referentes temáticos, tableros interactivos en SaluData y procesos de revisión epidemiológica permiten garantizar calidad, trazabilidad y oportunidad en la difusión de información. No obstante, el seguimiento permitió identificar aspectos estratégicos por fortalecer: la existencia del riesgo reputacional por retrasos en la entrega de información, la necesidad de ajustar el esquema de líneas de defensa para incluir formalmente a la Red de Observatorios Distritales como actor de seguimiento externo, y la claridad respecto a que la socialización efectiva de resultados ocurre en el Comité Directivo, y no en el CIGD como estaba registrado. Aunque los controles establecidos para mitigar retrasos son adecuados, persiste la necesidad de reforzar el seguimiento a tiempos y el análisis predictivo de variaciones en los indicadores. En general, el Observatorio muestra un funcionamiento maduro, técnicamente consistente y con un sistema de aseguramiento operativo funcional, aunque aún con oportunidades de precisión institucional en el marco del Mapa de Aseguramiento. Proceso técnicamente fuerte y con clara trazabilidad; requiere ajustar el esquema de líneas de defensa y fortalecer el análisis de riesgo reputacional y los controles de oportunidad en publicaciones.
BIENES Y SERVICIOS	Recepción y registro de bienes	Posibilidad de afectación económica y reputacional por investigaciones disciplinarias y fiscales, debido a fallas en la verificación, recepción, registro, almacenamiento, custodia y distribución de los bienes, que ingresan o se encuentran en el Almacén General, que no cumplen con las especificaciones técnicas ni cantidades, establecidas en los documentos soporte, como consecuencia de la inadecuada verificación y control, originada por debilidades en los procedimientos internos, falta de capacitación del personal y ausencia de mecanismos eficaces de seguimiento y control.	Dirección Administrativa-Subdirección de Bienes y Servicios- Almacén	Revisar, registrar, almacenar, custodiar y distribuir los bienes adquiridos	5	4,8	4,8	4,2	4,1	4,58	Nivel de Confianza Alto	Desde la perspectiva de la tercera línea de defensa, el aseguramiento realizado por la Subdirección de Bienes y Servicios en materia de recepción, registro, custodia y distribución de bienes refleja un nivel de madurez alto, respaldado por evidencias documentales consistentes, tomas físicas periódicas y acciones correctivas eficaces. La evolución observada entre marzo (con diferencias significativas), junio (fase de ajuste) y septiembre (cero diferencias) demuestra un fortalecimiento del control, la trazabilidad de los inventarios y la fiabilidad de la información reportada en SAINVISAPPE. Asimismo, la participación del Grupo de Contabilidad aporta independencia y robustez al proceso de conciliación. Persisten riesgos inherentes al manejo de inventarios como deterioro, obsolescencia o errores de digitación, pero el proceso demuestra capacidad de reacción y mejora continua. Sin embargo, existen riesgos operativos que requieren monitoreo continuo.
BIENES Y SERVICIOS	Reintegro de Bienes en servicio al almacén	Posibilidad de afectación económica y reputacional por investigaciones disciplinarias y fiscales, debido a fallas en la verificación, recepción, registro, almacenamiento, custodia y distribución de los bienes, que ingresan o se encuentran en el Almacén General, que no cumplen con las especificaciones técnicas ni cantidades, establecidas en los documentos soporte, como consecuencia de la inadecuada verificación y control, originada por debilidades en los procedimientos internos, falta de capacitación del personal y ausencia de mecanismos eficaces de seguimiento y control.	Subdirector (a) de Bienes y Servicios Almacén-PPYE	Gestionar el reintegro del bien en servicio al almacén general. Recibir y registrar el reintegro de los bienes en servicio al almacén. Legalización clasificación de acuerdo al concepto técnico y almacenamiento de los bienes reintegrados al almacén el en el sistema de información.	5	5	5	4	4	4,6	Nivel de Confianza Alto	El análisis del proceso de reintegro de bienes en servicio evidencia que la segunda línea ha establecido procedimientos claros para la devolución, verificación física, reclasificación y reintegro al inventario institucional, en coherencia con el lineamiento SDS-BYS-LN-002 y el procedimiento SDS-BYS-PR-004. La documentación revisada demuestra que los bienes retornados al almacén pasan por controles de estado, codificación, registro y conciliación, generando trazabilidad y reduciendo riesgos asociados a bienes extravíos, no reportados o en mal estado. Si bien el volumen de reintegros suele ser menor que el de entradas y salidas regulares, el proceso mantiene evidencia ordenada, actas de recepción y conciliaciones verificadas por contabilidad, lo cual fortalece la confiabilidad del inventario global. No obstante, se identifican oportunidades para mejorar la estandarización del registro fotográfico, tiempos de actualización y análisis de causas de reintegros repetitivos. Buen cumplimiento, controles claros y trazabilidad adecuada, con oportunidades de mejora en sistematización y análisis preventivo.
BIENES Y SERVICIOS	Adquisición de bienes de consumo por gastos de funcionamiento.	"NO OPERA"	Subdirector (a) de Bienes y Servicios Almacén	Consolidar y depurar las cantidades de las necesidades de elementos de consumo por gastos de funcionamiento para la formulación del PAA	4,8	4,6	4,9	4,5	4,5	4,66	Nivel de Confianza Alto	Desde la tercera línea de defensa se evidencia que el proceso de adquisición de bienes de consumo para gastos de funcionamiento cuenta con procedimientos definidos, soportados en los lineamientos SDS-BYS-LN-002 y SDS-BYS-PR-004, que orientan la consolidación de necesidades, la depuración de cantidades, y la formulación del Plan Anual de Adquisiciones valorizado (PAA). La documentación revisada demuestra que la segunda línea realiza un ejercicio ordenado de levantamiento de requerimientos, conciliación con inventarios existentes, y verificación presupuestal previa, permitiendo que el PAA refleje necesidades reales y trazables. Asimismo, se observan controles para evitar duplicidades y sobreestimaciones, además de mecanismos de ajuste conforme al comportamiento del consumo institucional. No obstante, se identifican oportunidades de fortalecimiento en la sistematización de la depuración de cantidades, la justificación técnica de variaciones interanuales y la integración entre inventarios y planeación contractual, lo cual aportaría mayor robustez analítica al producto de aseguramiento. En general, el proceso presenta una madurez adecuada y evidencia suficiente para considerar confiable la información reportada en el PAA valorizado. Cumplimiento alto, controles coherentes y producto consistente; requiere fortalecer análisis preventivo y mayor trazabilidad de ajustes a necesidades de consumo.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD										Versión: 01	
		PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTION -OFICINA DE CONTROL INTERNO											
		Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento											
		Fecha de emisión: Diciembre 2025											
Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) /			Segunda línea de defensa (seguimiento)		Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de	Observaciones de		
GESTIÓN DOCUMENTAL	Implementación de la Gestión Documental	Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento de las actividades del Programa de Gestión Documental PCD y del Sistema Integrado de Conservación SIC, debido a la falta de seguimiento, apropiación y ejecución de los lineamientos establecidos para la gestión documental en la Entidad	Subdirector (a) de Bienes y Servicios Profesional Director TIC	Realizar el monitoreo y seguimiento a la implementación de la Gestión documental y archivo en la entidad.	3	4	5	3	3,5	3,7	Nivel de Confianza Bajo	Desde la tercera línea de defensa, la implementación de la Gestión Documental presenta un avance técnico significativo en la actualización de los instrumentos archivísticos, la armonización de series documentales, el acompañamiento a las dependencias y el cumplimiento de los lineamientos del Archivo General de la Nación. La segunda línea evidenció dominio técnico, claridad normativa y una ejecución estructurada de las actividades del ciclo documental; sin embargo, el seguimiento permitió identificar una brecha relevante entre el enfoque operativo del proceso y el enfoque analítico requerido por el Mapa de Aseguramiento. La controversia surgió durante la mesa evidenció la necesidad de fortalecer la comprensión del concepto de aseguramiento, incorporando análisis de riesgos documentales, evaluación de brechas, impacto institucional y coherencia sistémica entre instrumentos, sistemas de información y estructura organizacional. Pese a ello, la dependencia mostró disposición al ajuste, asumió compromisos claros y manifestó voluntad de mejorar la calidad del producto. En términos generales, la gestión documental es funcional y técnicamente sólida, pero requiere avanzar en la construcción de un producto de aseguramiento robusto, transversal y orientado a la toma de decisiones. Cumplimiento adecuado en lo técnico-operativo, pero con vacíos significativos en el componente analítico del aseguramiento. La disposición al ajuste y los compromisos adquiridos permiten proyectar mejora significativa en el próximo ciclo.	
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Ejecución Plan anual de Seguridad y Salud en el Trabajo Programas de Vigilancia epidemiológica (Músculo esquelético, psicosocial, riesgos biológico)	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento en la ejecución de las actividades definidas en el plan anual de SST, debido a la deficiencia por falta de recursos, capacitación inadecuada, o problemas en la asignación de responsabilidades, así como en el seguimiento a todos los programas que componen el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Directivo Gestión del Talento Humano Equipo profesional de SST. Comités: Copasst y Comité de Convivencia Laboral	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 ARL) 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. Gestionar los recursos para el funcionamiento del SG-SST. Realizar la rendición de cuentas ante la Línea estratégica de defensa.	5	4,2	5	4	4,5	4,54	Nivel de Confianza Alto	Desde la tercera línea de defensa, la ejecución del Plan Anual del SG-SST y de los Programas de Vigilancia Epidemiológica (riesgo musculoesquelético, psicosocial y biológico) evidencia un nivel de cumplimiento sólido, con una estructura operativa fortalecida, adecuada trazabilidad documental y un grado de madurez institucional que se refleja en la ejecución del 98 % de las actividades programadas para la vigencia. La segunda línea demuestra continuidad en las acciones preventivas, capacidad técnica y cumplimiento normativo, especialmente en los componentes musculoesquelético y biológico. No obstante, se identifican brechas relevantes en el componente psicosocial, particularmente la no realización de la Evaluación de Riesgo Psicosocial conforme a la Resolución 2646 de 2008, lo cual limita la integralidad del diagnóstico institucional y afecta la capacidad preventiva del sistema. Asimismo, persiste la necesidad de avanzar hacia modelos analíticos más robustos para el riesgo musculoesquelético, integrando datos de ausentismo, accidentabilidad y condiciones ergonómicas. En conjunto, el SG-SST presenta un desempeño sólido, con acciones sostenidas y técnicamente competentes, pero con oportunidades críticas de fortalecimiento en el componente psicosocial y en la analítica predictiva de riesgos. Cumplimiento alto, evidencias consistentes y buena capacidad técnica; sin embargo, la falta de la medición psicosocial y la ausencia de modelos analíticos avanzados reducen el desempeño global del aseguramiento.	
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Plan de integridad	"NO OPERA"	Director de Talento Humano	Análisis de acciones y mecanismos implementados para garantizar que los principios y valores éticos establecidos en la política se cumplan efectivamente por parte de todos los servidores públicos y colaboradores de una entidad. Priorización de las situaciones presentadas y revisión de las PQRS que contengan posibles actos de corrupción y aquellos donde se vean afectados los valores institucionales.	4	4	4	4	4	4	Nivel de Confianza Medio	Desde la tercera línea de defensa, la ejecución del Plan de Integridad evidencia un proceso institucional activo, con divulgación continua, compromiso del Equipo de Gestores de Integridad y mecanismos de sensibilización que fortalecen la cultura ética de la entidad. La segunda línea presentó evidencia suficiente de actividades sostenidas, tales como jornadas de apropiación de valores, piezas comunicativas, reuniones periódicas, encuestas de adherencia y análisis preventivo, lo que demuestra un nivel adecuado de implementación. Sin embargo, el seguimiento permitió identificar una brecha en el producto de aseguramiento: la entidad aún no ha consolidado plenamente la metodología para el análisis semestral de PQRS asociadas a posibles afectaciones éticas, una función que es obligatoria según el Manual Operativo de Función Pública. Esta situación refleja que el proceso se encuentra en fase de maduración y requiere fortalecer criterios, instrumentos de clasificación, periodicidad y trazabilidad para garantizar un análisis homogéneo y útil para la toma de decisiones del CIGD. En términos generales, el desempeño es positivo, con avances significativos y sostenidos, pero requiere ajustes metodológicos y mayor precisión en el producto de aseguramiento para cumplir plenamente con las exigencias normativas. Cumplimiento adecuado y evidencia suficiente; requiere madurez metodológica y ajuste del producto de aseguramiento conforme a Función Pública.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		ENTIDAD: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD										
		PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN - OFICINA DE CONTROL INTERNO									Versión: 01	
		Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento									Fecha de emisión: Diciembre 2025	
	Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) /		Segunda línea de defensa (seguimiento)		Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de	Observaciones de	
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Horas extras ejecutadas por los servidores	"NO OPERA"	Líder de nómina-Director el director de talento humano	Revisar las solicitudes de autorización de trabajo suplementarios (horas extras). Validación de planillas Vs Autorización de horas extras. Liquidación de horas extras reportadas.	4	4	4	3,5	4	3,9	Nivel de Confianza Medio	Desde la tercera línea de defensa, la función de aseguramiento asociada al control de horas extra evidencia un proceso operativo con mecanismos de validación, revisión y conciliación que permiten garantizar que el trabajo suplementario autorizado se ejecute dentro de los parámetros legales, presupuestales y administrativos establecidos, para el control de primera línea. La segunda línea demostró manejo adecuado del procedimiento, trazabilidad documental en las verificaciones mensuales, y articulación efectiva con el proceso de nómina, asegurando consistencia entre autorizaciones, planillas y liquidación. No obstante, el seguimiento permitió identificar que la naturaleza del control es eminentemente operativa y se asemeja más a los controles propios de la primera línea (nómina y gestión administrativa), que a un producto de aseguramiento de carácter estratégico. Además, el análisis derivado no genera información suficiente para la toma de decisiones institucionales más allá del seguimiento presupuestal, lo que sugiere revisar la pertinencia de mantener este producto dentro del Mapa de Aseguramiento. Aunque el proceso se ejecuta con rigor y cumple su propósito preventivo, su aporte como línea de defensa es limitado en términos de análisis transversal, identificación de riesgos estructurales o generación de alertas institucionales. Cumplimiento operativo adecuado y controles claros; sin embargo, su naturaleza es más de primera línea y no alcanza plenamente el enfoque analítico o estratégico esperado para productos de segunda línea.
GESTIÓN CONTRACTUAL - ETAPA PRECONTRACTUAL	Contratos y/o convenios publicados y legalizados según modalidad.	"NO OPERA"	Subdirección de Contratación	Validar y publicar los estudios previos, anexos y Matriz de riesgos, conforme a la normatividad vigente.	5	5	5	5	4	4,8	Nivel de Confianza Alto	Partiendo del rol de la OCI en contexto como Tercera línea de defensa, se puede observar que en la segunda línea de defensa se gestionan actividades recurrentes para el seguimiento de la Etapa Precontractual - situación que igualmente se encuentra reglada en el DC 1082 de 2015 - Ley 1150 de 2007 - D 1081 de 2015 y para la existencia jurídica y objetiva de los contratos, igualmente son roles que se encuentran definidos en e DC Distrital 507 de 2006 - Funciones y Competencias asignadas al Proceso - Entre otras situaciones dichos roles se encuentran establecidos en el POGD - situación que palmariamente no permite indicar que el aseguramiento de dicha función adicionalmente al encontrarse normada de manera Nacional - Distrital - cuenta con Manuales - Lineamientos e instructivos que permiten determinar que el aseguramiento es total y el margen residual es mínimo - sin embargo solo dejaría es un margen a la calidad de la información que se debe publicar situación que es objeto de identificación y toma de acciones oportunas. Frente a lo anterior podemos concluir que el aseguramiento genera un alto impacto y la evaluación de riesgos de los riesgos se encuentra contemplado en los controles que, por su naturaleza jurídica y normativa, se cumple la función de aseguramiento sin embargo, es objeto de mejora continua por el dinamismo normativo y la calidad de la información publicada.
GESTIÓN CONTRACTUAL - ETAPA CONTRACTUAL	Modificaciones contractuales legalizadas y publicadas según modalidad.	"NO OPERA"	Subdirección de Contratación	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.	5	5	5	5	5	5	Nivel de Confianza Alto	Desde la óptica de la OCI como Tercera línea de defensa, se puede observar que en la segunda línea de defensa complementa sus actividades alineadas para el seguimiento de la Contractual - situación que igualmente se encuentra reglada en el estatuto de Contratación DC 1082 de 2015 - Ley 1150 de 2007 Que adiciona normas contractuales - D 1081 de 2015 y para la existencia jurídica y objetiva de cualquier modificación a los contratos legalmente constituidos, así mismo dichos roles que se encuentran definidos en el DC Distrital 507 de 2006 -Que establece la Estructura de la SDS- las Funciones y Competencias asignadas al Proceso - Entre otras situaciones dichas funciones se encuentran como indicadores de Gestión en el POGD - situación que permite generar grados de confianza permitiendo determinar el aseguramiento de dicha función adicionalmente al encontrarse normada de manera Nacional - Distrital - cuenta con Manuales - Lineamientos e instructivos que permiten determinar que el aseguramiento es total y el margen residual es mínimo - sin embargo solo dejaría es un margen a la calidad de, la información que se debe publicar de manera obligatoria y necesaria- situación que es objeto de identificación y toma de acciones oportunas, por la Segunda Línea de Defensa. Así las cosas, atendiendo lo anterior podemos concluir que el aseguramiento genera un alto impacto y la evaluación de riesgos asociados en gran parte se encuentra contemplado en los controles que por su naturaleza jurídica y normativa, se cumple la función de aseguramiento, sin embargo es objeto de mejora continua por el dinamismo normativo y la calidad de la información publicada. La función se encuentra asegurada cuando quiera que está establecida en manuales, lineamientos tanto externos como internos y su publicidad es un requisito sustancial para su existencia.

		ENTIDAD: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD										
		PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN - OFICINA DE CONTROL INTERNO									Versión: 01	
		Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento									Fecha de emisión: Diciembre 2025	
Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) /			Segunda línea de defensa (seguimiento)		Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de	Observaciones de	
GESTIÓN CONTRACTUAL - ETAPA POS CONTRACTUAL	Alerta con el control de daño antijurídico. Acta de liquidación bilateral o unilateral de contratos o convenios.	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la pérdida de competencia para liquidar debido a la omisión o radicación inoportuna por parte de los supervisores de la solicitud de liquidación, o por falta de Gestión por parte de la Subdirección de Contratación una vez radicada la solicitud de liquidación con sus anexos, o por falta de respuesta por parte de los supervisores a las observaciones o requerimientos realizados por la Subdirección de Contratación, para continuar el proceso de liquidación.	Subdirección de Contratación	Validar y publicar la liquidación (bilateral o Unilateral), y/o cierre del expediente del Contrato, conforme a la normatividad vigente.	5	3	5	4	4	4,2	Frente al análisis como como Tercera línea de defensa la OCI, puede evidenciar que en la segunda línea de defensa adelanta sus actividades alineadas con el seguimiento de la gestión Poscontractual - situación que igualmente se encuentra respaldada desde la Estipulaciones contractuales se encuentra enmarcada en términos procesales - a su vez el estatuto de Contratación DC 1082 de 2015 - Ley 1150 de 2007 Que adiciona normas contractuales (Establecimiento de Términos de Liquidación de Contratos) - D 1081 de 2015 y para la gestión poscontractual que desde las estipulaciones contractuales se encuentra definido dichos términos, así mismo estas actividades se encuentran definidas en el DC Distrital 507 de 2006 -Que establece la Estructura de la SDS- las Funciones y Competencias asignadas al Proceso - Entre otras situaciones dichas funciones se encuentran alineadas con el Supervisor del Contrato y su compromiso legal determinado en el Estatuto Anticorrupción Ley 1474 de 2011 - situación que permite generar grados de confianza permitiendo dimensionar que el aseguramiento de dicha función se encuentra permeada; adicionalmente al encontrarse normada de manera Nacional - Distrital - cuenta con Manuales (de Supervisión) (Contratación) - Lineamientos e instructivos que permiten determinar que el aseguramiento es total y el margen residual no asegurado podría calificarse en la calidad de la información - y el establecimiento de controles en los términos del contrato y los términos que el proceso debe contabilizar frente a las correcciones de la información que genera la primera línea de defensa. Es por ello que se permite concluir que el aseguramiento genera un alto impacto y la evaluación de riesgos asociados en gran parte se encuentra contemplado en los controles que por su naturaleza jurídica y normativa, se cumple la función de aseguramiento, sin embargo es objeto de mejora continua por el dinamismo normativo y la generación de la información por los Supervisores en su rol de primera línea de defensa y el establecimiento de controles en el proceso que permitan dar respuesta oportuna a la primera línea. Si bien se encuentra asegurada la función al comunicarse los resultados se	
GESTIÓN FINANCIERA	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).	"NO OPERA"	Director Financiero Profesionales Especializados (Contabilidad, presupuesto y tesorería)	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). Revisar los pagos realizados, correspondientes a la vigencia actual y la reserva presupuestal constituida, validando los soportes. Verificar que los terceros beneficiarios del pago corresponden a las personas naturales o jurídicas con las que se contrajeron las respectivas obligaciones.	5	4	3,5	2	2	3,3	Desde la tercera línea de defensa se concluye que la segunda línea desarrolla las actividades de verificación de cuentas por pagar, ordenes de pago, ordenación del gasto y validación de beneficiarios de manera operativa y continua, revisando soportes y comprobando que los pagos correspondan a las obligaciones contractuales y presupuestales adquiridas. Sin embargo, se evidencia una brecha significativa entre lo establecido en el procedimiento formal y la operación real, así como la ausencia de un informe consolidado que integre la trazabilidad completa del proceso (cuentas por pagar, pagos efectuados, devoluciones y planillas de giro). Esta falta de consolidación limita la capacidad institucional para evaluar el comportamiento global del proceso y debilita la función de aseguramiento. Se recomienda actualizar el procedimiento, formalizar los reportes y asegurar que los productos entregados por la segunda línea correspondan al producto definido en el Mapa de Aseguramiento.	
GESTIÓN FINANCIERA	Plan Anual de Caja.	"NO OPERA"	Director Financiero Profesionales Especializados (tesorería)	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). 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.	5	4,5	5	5	4	4,7	Nivel de Confianza Medio En el PAC, si bien se generan informes mensuales, la Dirección Financiera actúa solo como apoyo, lo que restringe su capacidad de asegurar la eficacia del instrumento. En conjunto, la función de aseguramiento se ejecuta, pero necesita mayor estandarización, formalización de productos y claridad metodológica para asegurar trazabilidad y consistencia institucional.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		ENTIDAD: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD											
		PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTION -OFICINA DE CONTROL INTERNO										Versión: 01	
		Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento										Fecha de emisión: Diciembre 2025	
	Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) /		Segunda línea de defensa (seguimiento)		Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa						Nivel de	Observaciones de	
GESTIÓN FINANCIERA	Ejecuciones presupuestales	1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el posible desequilibrio presupuestal por una caída en la fuente de ingresos de un compromiso ya adquirido. 2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la probable duplicidad en la liberación de saldos de Contratos de Órdenes de Prestación de Servicios OPS, debido a la recepción de información por diferentes fuentes (Supervisores, Directores y Dirección de Contratación) para la aplicación de la liberación en los sistemas de información presupuestales (PREDIS - BOGDATA). 3. Afectación reputacional por la expedición errada de CDP para la creación de un registro presupuestal por error involuntario de digitación, debido a la falta de validadores en el sistema en la expedición del RP para conceptos que no tienen contrato, lo que implica la digitación manual en el sistema SICapital PREDIS (resoluciones y servicios públicos), dificultando así las revisiones desde los equipos de presupuesto de la Dirección Financiera.	Director Financiero Profesionales Especializados (Contabilidad, presupuesto y tesorería)	Validar en SISCO (Solicitudes) en concordancia con el PAA. Registro mediante el sistema PREDIS Registro y Legalización BOGDATA. Verificar en el SECOP para expedición del CRP Registro mediante el sistema PREDIS Registro y Legalización BOGDATA.	5	4,5	4,5	4,5	4,5	4	4,5	Desde la tercera línea de defensa se concluye que la segunda línea cumple de manera adecuada la verificación operativa de las solicitudes registradas en SISCO, la correspondencia con el PAA, la validación de compromisos en SECOP y los registros posteriores en PREDIS y BOGDATA. La consolidación mensual de la ejecución presupuestal constituye un mecanismo útil para la toma de decisiones y aporta trazabilidad al proceso. Sin embargo, persisten brechas en la actualización de la gestión documental y en la estandarización metodológica, lo que limita la capacidad analítica y preventiva del aseguramiento. Se requiere fortalecer la consistencia entre sistemas, la formalización de reportes y la documentación de criterios de verificación para consolidar un aseguramiento más robusto.	
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL	Sistema de Gestión de la Calidad	Posibilidad de afectación reputacional por monitoreo insuficiente de las actividades necesarias para el mantenimiento, sostenibilidad del Sistema de Gestión y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y para el fortalecimiento institucional de la SDS, debido a no contar con instrumentos de monitoreo que permitan controlar y dar cumplimiento a los requisitos establecidos.	Director de Planeación Institucional y Calidad Profesional Especializado	1. Evaluar el desempeño de los procesos institucionales en relación con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, para garantizar su cumplimiento, eficacia y contribución al mejoramiento continuo. 2. Realizar el monitoreo periódico (trimestral) de las acciones definidas en el marco del Sistema de Gestión de Calidad, y formular los planes de mejora requeridos con base en los resultados obtenidos, para cerrar brechas y fortalecer la gestión institucional. 3. Presentar ante la Alta Dirección los avances y resultados del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de facilitar la toma de decisiones informadas y orientar acciones de mejora del SGC.	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	Nivel de Confianza Alto Desde la tercera línea de defensa, las funciones de aseguramiento asociadas al Sistema de Gestión de Calidad —evaluación del desempeño de los procesos, monitoreo trimestral y presentación de resultados a la Alta Dirección— evidencian un cumplimiento adecuado y una estructura operativa madura, soportada en el Manual del SGC y alineada con los requisitos de la norma ISO 9001:2015. La realización anual de la Revisión por la Dirección, la actualización sistemática de indicadores y el seguimiento trimestral al mantenimiento del sistema demuestran un ejercicio continuo de verificación institucional, permitiendo a la entidad mantener niveles de desempeño superiores al umbral del 90 % en los tableros de control. No obstante, el análisis permitió identificar debilidades en la ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento originados por incumplimientos de indicadores, especialmente en procesos como TIC, Gestión Contractual, Infraestructura y GTS, donde se encontraron planes sin avances o sin formulación, lo que limita la capacidad del sistema para cerrar brechas y fortalecer la gestión institucional de manera efectiva. A pesar de estas oportunidades de mejora, la segunda línea presentó productos coherentes con lo previsto, evidenció trazabilidad documental y mantiene un proceso articulado de reporte a la Alta Dirección que facilita la toma de decisiones informadas. En conjunto, el SGC muestra un adecuado nivel de aseguramiento, aunque requiere reforzar la exigibilidad y el seguimiento a los planes de mejora para garantizar la eficacia total del ciclo de mejora continua. Cumplimiento sólido y estructurado, con brechas puntuales en la implementación de planes de mejora que deben ser cerradas para fortalecer la eficacia del aseguramiento.	
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	Posibilidad de afectación reputacional por monitoreo insuficiente de las actividades necesarias para el mantenimiento, sostenibilidad del Sistema de Gestión y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y para el fortalecimiento institucional de la SDS, debido a no contar con instrumentos de monitoreo que permitan controlar y dar cumplimiento a los requisitos establecidos.	Director de Planeación Institucional y Calidad Profesional Especializado	1. Realizar el monitoreo a la implementación y aplicación de las políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la entidad, con el fin de verificar su cumplimiento, identificar oportunidades de mejora y facilitar el análisis de resultados y apoyar la toma de decisiones. 2. Consolidar, analizar, evaluar y reportar la información correspondiente al Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG).	4	5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	Nivel de confianza Alto Desde la tercera línea de defensa, las funciones de aseguramiento asociadas al seguimiento de las políticas del MIPG, al monitoreo del POGD y al análisis del FURAG evidencian una estructura técnica en funcionamiento y un rol de segunda línea que cumple con la consolidación, reporte y presentación periódica de información estratégica ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. La Dirección de Planeación Institucional y Calidad demuestra capacidad para coordinar la solicitud de información, elaborar tableros de control, presentar resultados y activar alertas cuando los indicadores no alcanzan el umbral del 90 %, de acuerdo con la Resolución 1569 de 2024. No obstante, el seguimiento permitió identificar brechas relevantes: los indicadores no cubren completamente todos los componentes de las políticas; algunas acciones de mejora no se registran formalmente en Isolución, pese a la obligatoriedad establecida en el lineamiento SDS-PES-LN-007; y no se evidenció trazabilidad de acciones de mejora entre comités, lo cual afecta la consistencia del ciclo de aseguramiento. En cuanto al FURAG, la segunda línea cumple su función de consolidación, presentación y análisis anual, pero requiere fortalecer el enfoque de brechas y asegurar mayor precisión metodológica, especialmente en la interpretación de preguntas no seleccionadas y en la formulación de planes estratégicos de cierre. Aunque la segunda línea cuenta con procedimientos, reportes periódicos y espacios formales de presentación, la calidad del aseguramiento depende en gran medida de la oportunidad y suficiencia de la información reportada por las dependencias, donde se identificaron entregas tardías y ausencia de protocolos de validación técnica previa. En conjunto, el desempeño es adecuado y funcional, con avances importantes en la nueva metodología de brechas del FURAG, pero aún requiere mayor rigor en la trazabilidad de acciones de mejora y en la consolidación de la evidencia para garantizar la robustez del aseguramiento institucional. Cumplimiento sólido con avances metodológicos relevantes, pero con brechas en la trazabilidad de acciones de mejora y en la integralidad de indicadores que deben ser fortalecidas para garantizar la eficacia del aseguramiento.	

ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD												
PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN -OFICINA DE CONTROL INTERNO											Versión: 01	
Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento											Fecha de emisión: Diciembre 2025	
Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) /			Segunda línea de defensa (seguimiento)		Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de	Observaciones de	
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL	Gestión del riesgo (Identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de riesgos.)	"NO OPERA"	Director de Planeación Institucional y Calidad Profesional Especializado	Coordinar las acciones necesarias para la identificación, valoración y el monitoreo sistemático de los riesgos institucionales y la verificación de la implementación y efectividad de los controles establecidos, con el fin de contribuir a la gestión oportuna y asegurar el cumplimiento de los objetivos organizacionales y de los procesos de la Entidad.	4,6	4,5	4,6	4,6	3,4	4,34	Nivel de confianza Alto	Desde la tercera línea de defensa, la función de aseguramiento asociada a la gestión del riesgo institucional muestra un proceso estructurado y en operación, fundamentado en lineamientos actualizados como el SDS-DFO-LN 011 y la Resolución 200 de 2025, los cuales orientan la identificación, valoración y monitoreo de riesgos en toda la entidad. La segunda línea cumple con la consolidación de los mapas de riesgos, la administración de la matriz de monitoreo cuatrimestral y la presentación de resultados ante los comités institucionales, evidenciando trazabilidad documental, participación activa en espacios decisorios y acompañamiento metodológico a los procesos. Sin embargo, el seguimiento permitió identificar brechas relevantes frente al alcance esperado de la función: si bien se realiza consolidación y verificación formal de reportes, no se ejecuta una validación técnica sobre la suficiencia de la información remitida por los procesos ni pruebas que permitan evaluar la efectividad operativa de los controles, lo cual limita el aseguramiento frente a la "verificación de efectividad" definida en la norma y en el propio lineamiento institucional. Asimismo, se evidenció la ausencia de reportes de algunos procesos en los cortes establecidos, situación que debió ser gestionada de manera reactiva. Aunque se realizan acciones de socialización, capacitación y reporte, la labor continúa centrada en consolidación documental más que en análisis crítico y preventivo. En conjunto, la gestión del riesgo presenta un funcionamiento adecuado y consistente, pero aún requiere avanzar hacia un modelo de aseguramiento más robusto, con validaciones técnicas, contrastes metodológicos y verificación del desempeño real de los controles. Cumplimiento adecuado y con soporte documental, no obstante, persisten brechas en la verificación de la efectividad de los controles y en la validación técnica de los reportes, lo cual limita el alcance pleno de la función de aseguramiento.
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL	Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).	Posibilidad de afectación reputacional por seguimiento insuficiente e inoportuno en las actividades necesarias para el cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública de la Entidad debido a no contar con herramientas de monitoreo.	Director de Planeación Institucional y Calidad Profesional Especializado	Realizar el acompañamiento técnico para la formulación, implementación y monitoreo al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y presentar sus resultados a los procesos institucionales y partes interesadas, con el fin de verificar su implementación, identificar oportunidades de mejora.	4,8	4,7	4,8	4,5	3,5	4,46	Nivel de confianza alto	Desde la tercera línea de defensa se concluye que la segunda línea adelanta acciones relacionadas con el acompañamiento técnico para la formulación, implementación y seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública; sin embargo, la función de aseguramiento aún presenta brechas que limitan su efectividad. Si bien se evidencian actividades de solicitud de información, consolidación de reportes y seguimiento al cumplimiento de controles asociados a riesgos de corrupción, la revisión de los informes cuatrimestrales muestra inconsistencias en la completitud y oportunidad de la información remitida por las dependencias, así como debilidades en la calidad del análisis técnico y en la trazabilidad de las acciones de mejora. La segunda línea realiza esfuerzos de seguimiento, pero la alta dependencia del reporte de la primera línea, la falta de mecanismos estandarizados para verificar la aplicación efectiva de los controles y la limitada retroalimentación institucional impiden contar con una visión integral del estado de implementación del PTEP. Asimismo, la ausencia de reportes consolidados que permitan observar tendencias, analizar brechas o evidenciar la evolución del programa restringe la capacidad preventiva del aseguramiento. En conjunto, la gestión desarrollada es funcional pero insuficiente para garantizar que el PTEP opere con enfoque de integridad, prevención y fortalecimiento institucional. La tercera línea identifica que la función se ejecuta de manera parcial y requiere fortalecerse en metodología, consistencia del análisis y mecanismos de verificación. Su desempeño es adecuado en acompañamiento y consolidación, pero limitado en análisis preventivo, trazabilidad, completitud de información y evidencia de mejora institucional.
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y SECTORIAL	Presupuesto de inversión	"NO OPERA"	Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial Director de Planeación Sectorial Profesionales Especializados Director Financiero(funcionamiento, recursos de capital, inversión.)	Establecer el Plan financiero en el ingreso y en el gasto para la inversión. Realizar el seguimiento a la ejecución del presupuesto adjudicado a cada proyecto.	3	3	4	4	3	3,4	Nivel de confianza Bajo	Desde la perspectiva de tercera línea de defensa, se evidencia que la segunda línea cumple con las actividades operativas de consolidación, revisión y presentación del comportamiento financiero asociado al ingreso y al gasto para la inversión, así como al seguimiento de la ejecución presupuestal de los proyectos. Existen reportes periódicos, mecanismos de monitoreo y presentación de resultados que permiten mantener una trazabilidad mínima sobre el avance financiero institucional. Sin embargo, el análisis demuestra que el alcance real de la función de aseguramiento presenta brechas relevantes, particularmente porque la información reportada se limita a consolidaciones operativas sin incorporar elementos de análisis técnico, evaluación de riesgos financieros, coherencia entre la planeación y la ejecución, ni alertas tempranas que permitan anticipar desviaciones en el desempeño presupuestal. Adicionalmente, no se evidencia un producto formal de aseguramiento que articule los resultados, como es esperado para esta función dentro del esquema de líneas de defensa. En consecuencia, si bien la segunda línea desarrolla acciones relacionadas con el monitoreo financiero, la madurez del aseguramiento aún es insuficiente, pues no se evidencia un análisis integral que permita orientar la toma de decisiones estratégicas ni verificar la efectividad de los controles asociados al ciclo financiero de la inversión. La segunda línea desarrolla actividades de seguimiento y consolidación, pero no alcanza el estándar de aseguramiento requerido, al no contar con un producto analítico, verificaciones de consistencia ni mecanismos preventivos que permitan evidenciar la efectividad del control financiero institucional.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		ENTIDAD: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD									
		PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTION -OFICINA DE CONTROL INTERNO								Versión: 01	
		Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento								Fecha de emisión: Diciembre 2025	
	Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) /		Segunda línea de defensa (seguimiento)		Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa					Nivel de	Observaciones de
PLANEACIÓN ESTRATEGICA Y SECTORIAL	Proyectos de Inversión	Posibilidad de afectación Económico y Reputacional por Afectación en la calidad de la información por inoportunidad en la entrega e inconsistencia de los datos reportados por parte de los responsables de la ejecución de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud, debido a Cambios de gestores y/o referentes de los proyectos sin inducción o adiestramiento en el proceso de formulación y seguimiento a metas del proyecto de inversión del FFDS	Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial Director de Planeación Sectorial Profesionales Especializados	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	3.5	3.9	3.88	Nivel de Confianza Medio Desde la perspectiva de tercera línea de defensa, se evidencia que la segunda línea desarrolla actividades permanentes de seguimiento a los proyectos de inversión, consolidando información física y financiera, orientando a los responsables de los proyectos y presentando reportes periódicos a la alta dirección. La revisión de modificaciones se realiza conforme a los lineamientos establecidos y permite verificar que las solicitudes mantienen la misionalidad del proyecto y la coherencia con los documentos técnicos requeridos. Asimismo, se identifican acciones de acompañamiento y orientación técnica para la formulación y ajuste de proyectos, lo cual constituye un soporte relevante para la primera línea y contribuye al fortalecimiento de la planeación sectorial. No obstante, el análisis muestra que el aseguramiento aún presenta brechas frente a la expectativa institucional, especialmente en lo relacionado con la capacidad de la segunda línea para integrar análisis críticos sobre riesgos de ejecución, identificar desviaciones significativas en oportunidad, calidad y costo, y consolidar productos analíticos que trasciendan el reporte operativo. La información presentada a los comités es funcional para el seguimiento general, pero no refleja un análisis profundo que permita anticipar escenarios de incumplimiento o fallas estructurales en la formulación, implementación o modificación de los proyectos de inversión. Tampoco se evidencia un producto formal de aseguramiento que articule de manera integral la trazabilidad entre planeación, ajustes, ejecución física, ejecución financiera y riesgos asociados. En conclusión, aunque la segunda línea cumple con actividades esenciales de acompañamiento y seguimiento, la madurez del aseguramiento es parcial, dado que no integra análisis técnico, evaluación de riesgos ni verificación de efectividad de los controles, elementos indispensables en un modelo robusto de segunda línea de defensa.
PLANEACIÓN ESTRATEGICA Y SECTORIAL	Plan Anual de Adquisiciones- PAA	Posibilidad de afectación reputacional e institucional por el seguimiento insuficiente, inoportuno o de baja calidad a las actividades necesarias para el cumplimiento de los planes estratégicos e institucionales, debido a la carencia de herramientas de monitoreo permanente que faciliten el control y cumplimiento de acciones, metas e indicadores establecidos.	-Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial -Director de Planeación Sectorial -Profesionales Especializados -Director de Financiero -Subdirector de Contratación	Brindar acompañamiento técnico y metodológico a las dependencias, con el fin de apoyar la identificación, estructuración y priorización de necesidades institucionales para la adecuada formulación, seguimiento, y modificación del Plan Anual de Adquisiciones, conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos de la Dirección.	5	4	4	4	4	4.2	Nivel de Confianza Medio Desde la tercera línea de defensa se concluye que la segunda línea desarrolla de manera adecuada el acompañamiento técnico y metodológico para la formulación, seguimiento y modificación del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), garantizando que las dependencias cuenten con lineamientos claros, asistencia permanente y una articulación interdependencias que facilita la toma de decisiones sobre priorización y viabilidad presupuestal. Se evidencia el uso de herramientas actualizadas, la aplicación de procedimientos institucionales y la coordinación con la Dirección Financiera y la Subdirección de Contratación, lo que fortalece la trazabilidad y coherencia del proceso de adquisiciones. No obstante, el aseguramiento se mantiene en un nivel principalmente orientativo y operativo, sin un análisis estratégico que permita anticipar riesgos asociados a baja ejecución o debilidades en la planeación inicial. Asimismo, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con la creación de indicadores de eficiencia y la implementación de estrategias focalizadas para fortalecer la capacidad de planeación de los gerentes y referentes de proyecto. En conjunto, la función se cumple, pero requiere reforzar elementos analíticos y mecanismos de evaluación para consolidar un aseguramiento más robusto.
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y SECTORIAL	Formulación y monitoreo del Plan Operativo de Gestión y Desempeño- POGD.	"NO OPERA"	Director de Planeación Institucional y Calidad Profesional Especializado	Formular, monitorear y retroalimentar el desempeño de los procesos mediante el Plan Operativo de Gestión y Desempeño, con respecto a las metas institucionales y acompañamiento técnico oportuno, con el propósito de identificar oportunidades de mejora, fortalecer la gestión institucional y promover una cultura de mejoramiento continuo.	5	4	4	3.6	3.5	4.02	Nivel de Confianza Medio Desde la tercera línea de defensa se concluye que la segunda línea desarrolla de manera estructurada la formulación, monitoreo y retroalimentación del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD), apoyándose en lineamientos vigentes, jornadas de alistamiento y herramientas de seguimiento que permiten consolidar y presentar información periódica sobre el desempeño institucional. La existencia de un repositorio organizado y la articulación con los mecanismos de seguimiento (informes trimestrales, semestrales y anuales) evidencian un nivel adecuado de trazabilidad y soporte documental para la gestión del desempeño. No obstante, se identifican debilidades en la calidad de la información reportada, derivadas de errores en cálculos, validaciones manuales y ausencia de un análisis que visibilice las metas rezagadas o con riesgo de incumplimiento. La dependencia de promedios globales para presentar el avance institucional genera un riesgo de sobrestimación del desempeño, pudiendo ocultar brechas críticas. Esto limita la capacidad estratégica del aseguramiento y la oportunidad en la toma de decisiones. En consecuencia, se requiere fortalecer los controles sobre la calidad del dato, incorporar análisis diferenciales por meta y visibilizar explícitamente los incumplimientos y acciones correctivas en los informes trimestrales para consolidar un sistema de desempeño más transparente y preventivo.
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL- GESTIÓN TIC	Plan de seguridad y privacidad de la información	"NO OPERA"		Analizar, definir, documentar y	3.5	3.8	4.5	3.2	3	3.6	Nivel de Confianza Bajo Desde la tercera línea de defensa se concluye que, si bien la segunda línea cuenta con lineamientos y documentos asociados al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, así como con instrumentos para la gestión de incidentes y riesgos TIC, la función de aseguramiento relacionada con la definición, documentación y gestión del Plan Estratégico de Seguridad de la Información y del Plan de Tratamiento de Riesgos presenta brechas relevantes que limitan su efectividad. La revisión realizada evidenció que los mecanismos de control y seguimiento actualmente implementados no permiten asegurar de manera integral la gestión de riesgos de seguridad de la información, dado que no existe

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD											
		PROCESO: EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTION -OFICINA DE CONTROL INTERNO										Versión: 01	
		Matriz de Documentación de Líneas de Defensa y Reporte de Información - Mapa de Aseguramiento										Fecha de emisión: Diciembre 2025	
Aspecto clave de éxito Productos (bien y/o servicio) /			Segunda línea de defensa (seguimiento)	Evaluación de la función de aseguramiento realizada por Tercera Línea de Defensa						Nivel de	Observaciones de		
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL- GESTIÓN TIC	Plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información	1. Posibilidad de afectación reputacional por la indisponibilidad de los servicios y sistemas de información soportados por la infraestructura tecnológica administrada por la Dirección de TIC debido a interrupciones inesperadas en la operación de los equipos. 2. Posibilidad de afectación reputacional por la pérdida de información almacenada en los servidores de la entidad debido a fallas técnicas en los componentes de hardware o software. (administrada por TIC)	Responsable de Seguridad de la información y seguridad digital.Dirección de Planeación Institucional y Calidad.	gestión de la "plan" estratégico de seguridad de la información/ Plan de seguridad de la información y el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información.	3,5	3,8	4,5	3,2	3	3,6	Nivel de Confianza Bajo	trazabilidad documental y mayor integración con la gestión de riesgos y la operación TIC. En conjunto, los hallazgos revisados muestran que la función de aseguramiento opera parcialmente y no cumple aún con los estándares esperados para garantizar que la entidad cuente con un plan estratégico de seguridad de la información robusto, articulado y alineado con los riesgos institucionales, lo cual representa un riesgo para la protección de la información y la continuidad operacional. La función se encuentra desarrollada de manera parcial; requiere fortalecimiento metodológico, trazabilidad documental y mayor integración con la gestión de riesgos y la operación TIC.	
	Seguimiento a las PQRS	Posibilidad de Afectación reputacional por Gestionar las peticiones de los ciudadanos, por fuera de los términos establecidos por la Ley, debido a la falta de adherencia de algunas dependencias de la SDS al monitoreo del cumplimiento a la oportunidad de los tiempos de respuesta para todas las peticiones presentados por la ciudadanía.	Director de Servicio a la Ciudadanía	Verificar periódicamente el cumplimiento de oportunidad de las repuestas a peticiones en la Secretaría Distrital de Salud. Analizar, los informes de calidad remitidos por la Alcaldía Mayor y comunicar a las dependencias los resultados identificando el cumplimiento de los criterios de calidad y del manejo adecuado del sistema a fin de que generen las acciones de mejora respectivas. Realizar el seguimiento periodico a la calidad de las respuestas retroalimentado a través de correo a las dependencias los hallazgos pertinentes y se realicen las mejoras correspondientes. Este porceso se hace a través del Defensor Ciudadano para la mejoras al interior de las dependencias	5	5	5	5	3,8	4,76	Nivel de Confianza Alto	Desde la tercera línea de defensa se concluye que la función de aseguramiento relacionada con la atención de peticiones en la Secretaría Distrital de Salud muestra un adecuado desempeño en oportunidad de respuesta y una gestión en marcha para mejorar la calidad de las respuestas. El informe evidencia que en el primer semestre de 2025 se recibieron 11.031 peticiones competencia de la SDS, de las cuales 9.100 contaban con respuesta definitiva y no se registraban peticiones vencidas en "Bogotá Te Escucha" al 30 de junio de 2025, lo que indica cumplimiento de los plazos legales. Adicionalmente, la entidad analiza los informes de calidad remitidos por la Secretaría General, atiende las alertas sobre oportunidad y contenido de las repuestas y ha formulado un plan de mejoramiento con nueve acciones distribuidas entre varias dependencias, encaminadas a corregir debilidades en la gestión y fortalecer la confianza ciudadana. Sin embargo, se identifican oportunidades de mejora en la profundización del análisis cualitativo de las respuestas, en la trazabilidad del cumplimiento de las acciones de mejora y en el fortalecimiento del rol de retroalimentación del Defensor del Ciudadano hacia las dependencias, de manera que el seguimiento periódico no se limite a reportar cifras sino a asegurar cambios efectivos en la gestión. En conjunto, la segunda línea cumple de manera satisfactoria con el monitoreo de oportunidad, el análisis de los informes externos y la retroalimentación a los procesos, pero requiere robustecer los mecanismos de seguimiento y evidencia sobre la mejora efectiva en la calidad de las respuestas. Alto cumplimiento en oportunidad y gestión de planes de mejora, persisten brechas en el seguimiento cualitativo y documentado de la calidad de las respuestas y de las acciones correctivas. Fuente: Inf_PQRS_SDS_I_sem_2025	
RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	Plan de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (PTAIP).	Posibilidad de afectación reputacional por seguimiento insuficiente e inoportuno en las actividades necesarias para el cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública de la Entidad debido a no contar con herramientas de monitoreo.	Director de Planeación Institucional y Calidad Profesional Especializado	1. Efectuar la gestión integral del Plan de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (PTAIP), comprendiendo las etapas de actualización, ejecución, monitoreo y evaluación, con el fin de verificar la implementación de las acciones asignadas a cada proceso o dependencia, identificar los avances alcanzados y alertar desviaciones. 2. Verificar los resultados del índice de transparencia y acceso a la información pública de la Entidad.	4,5	4,5	4,7	4	4	4,34	Nivel de confianza alto	Desde la tercera línea de defensa se concluye que la segunda línea desarrolla adecuadamente las funciones asociadas al Plan de Transparencia y al índice institucional, con una gestión organizada, evidencia suficiente y cumplimiento de los lineamientos normativos. El PTAIP cuenta con una formulación estructurada, seguimiento trimestral y presentación de avances mediante un indicador consolidado; sin embargo, el análisis realizado se mantiene en un nivel operativo y no profundiza en la evaluación del impacto o calidad de la información publicada, lo cual representa una oportunidad de fortalecimiento. En relación con el índice de transparencia, la segunda línea demostró una gestión rigurosa en la recolección de soportes, carga en aplicativos y sustentación de réplicas frente a observaciones, evidenciando un adecuado manejo técnico. Pese a ello, se identificó la ausencia de un protocolo interno para realizar evaluaciones periódicas entre mediciones externas, lo que limita la capacidad preventiva y anticipatoria del aseguramiento. En conjunto, la gestión es satisfactoria y funcional, pero requiere ajustes para fortalecer el análisis estratégico y la vigilancia continua del índice.	
CONTROL DE CAMBIOS			NA.										

Mapa de Aseguramiento evaluado por la tercera línea de defensa con información de las auditorías realizadas en 2025 y complementada con el seguimiento programado en el mes de Noviembre.