

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORÍA AUDITORÍA DE GESTIÓN AL MIPG

OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

REVISADO POR:
SAIRA ADELINA GUZMÁN MARMOLEJO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTÁ, 15/04/2026

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Contenido

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA(NIA 2210).....	4
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA. (NIA 2210).....	4
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (NIA 2220).	4
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA. (NIA 2210- A3).....	5
4.1 Internos: (políticas,normatividad interna,procedimientos lineamientos).....	5
4.2 Externos(leyes y regulaciones que apliquen)	5
5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).	5
6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS. (NIA 2320).	6
6.1 Esquema de la Líneas de Defensa	6
6.2.Ambiente de Control	7
6.3 Actividades de Control	8
6.4 Gestion de los Riesgos	13
6.5 Actividades de Monitoreo	19
6.6 Información y Comunicación	25
7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2).	28
8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).	30
9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).	30
10. CONCLUSIONES. (NIA 2410-A1).	36
11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).	40
12. ANEXOS.....	41

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

SIGLAS

CADE: Centros de Atención Distrital Especializados
CCCI: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
CIGD: Comité Institucional de Gestión y Desempeño
CIP: Capacidad Instalada y Producción
DAFP: Departamento Administrativo de la Función Pública
EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
FFDS: Fondo Financiero Distrital de Salud
FURAG: Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión
IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
KRI: Indicadores Clave de Riesgo (Key Risk Indicators)
MECI: Modelo Estándar de Control Interno
MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión
NIA: Normas Internacionales de Auditoría
OCI: Oficina de Control Interno
OPA: Otros Procedimientos Administrativos
PAS: Plan de Acción en Salud
PED: Plan Estadístico Distrital
PEI: Plan Estratégico Institucional
PDD: Plan Distrital de Desarrollo
PES: Planeación Estratégica Sectorial
PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar
POGD: Plan Operativo de Gestión y Desempeño
PQRSD: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias
PTS: Plan Territorial de Salud
SDS: Secretaría Distrital de Salud
SIGRIP: Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública
SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SUIT: Sistema Único de Información de Trámites

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA (NIA 2210)

Verificar el mantenimiento y sostenibilidad de las dimensiones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA (NIA 2210)

1. Verificar la existencia y operatividad de los componentes del Sistema de Control Interno - MECI en la implementación de las políticas de gestión y desempeño del MIPG en la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con la normativa vigente y el alcance de la auditoría.
2. Verificar la gestión del riesgo institucional, contrastando los lineamientos y políticas definidos con su implementación por parte de los procesos y el monitoreo realizado por la segunda línea de defensa, con el fin de analizar la articulación del riesgo, la eficacia de los controles definidos y la identificación de materializaciones de riesgo.
3. Verificar la operación del esquema de las líneas de defensa en la implementación de las políticas del MIPG en la Secretaría Distrital de Salud, evaluando la articulación entre la primera, segunda y tercera línea de defensa conforme a los roles y responsabilidades establecidos.
4. Verificar el avance en la implementación de las políticas de gestión y desempeño del MIPG, con relación a las actividades definidas para el periodo auditado, el seguimiento realizado por la segunda línea de defensa y las brechas identificadas a partir de los resultados del FURAG.
5. Verificar la calidad, consistencia y trazabilidad de la información utilizada para el seguimiento y monitoreo del MIPG, incluyendo el uso de indicadores, repositorios institucionales y los flujos de información hacia la alta dirección para la toma de decisiones.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA (NIA 2220)

Desde: La planeación, implementación y verificación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión: Planeación Institucional, Simplificación Racionalización y Estandarización de Trámites, Gestión de la Información Estadística, Control Interno, incluyendo la gestión del riesgo institucional.

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

Periodo a evaluar: 01 de febrero de 2025 a 31 de enero de 2026 sin perjuicio de poder evaluar lo gestionado antes o después del periodo.

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA (NIA 2210- A3)

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

Resolución interna 1569 de 2024

Resolución interna 1570 de 2024

Resolución interna 200 de 2025

Lineamiento gestión del riesgo Secretaría Distrital de Salud SDS-DFO-LN-011

4.2 Externos (leyes y regulaciones que apliquen)

Constitución Política 1991

Ley 87 de 1993

Decreto Nacional 1499 de 2017

Decreto Nacional 1083 de 2015

Decreto Nacional 2106 de 2019

Decreto Distrital Único Sectorial 640 de 2025

Manual Operativo MIPG versión 6

5. METODOLOGÍA UTILIZADA (NIA 2300)

La auditoría se desarrolló a partir del análisis de la información suministrada por los referentes de las políticas auditadas dentro del periodo definido en el alcance.

El proceso se ejecutó bajo la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). En la fase de planeación se realizó la revisión normativa y documental, la elaboración del plan de auditoría y la preparación de los instrumentos y papeles de trabajo. La fase de ejecución comprendió mesas de auditoría y la verificación de la información aportada por los auditados. Posteriormente, se presenta el informe preliminar, se socializan los hallazgos, se lleva a cabo la reunión de cierre y se consolida el informe final, solicitando la formulación del plan de mejora, si aplica.

En el marco de la auditoría, se evaluó la gestión institucional mediante la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente y de las funciones asignadas, así como la efectividad de los controles establecidos, la documentación institucional y la operatividad de las líneas de defensa, con el fin de valorar su aporte al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN, INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

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

6.1 Esquema de la Líneas de Defensa

De conformidad con el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y lo establecido en la Resolución 1569 del 27 de diciembre de 2024, la Secretaría Distrital de Salud aplica el esquema de Líneas de Defensa como parte del Sistema de Control Interno, con el fin de asegurar el direccionamiento estratégico, la gestión del riesgo y la evaluación de la gestión institucional.

Línea Estratégica de Defensa: Está conformada por la Alta Dirección, los Subsecretarios, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Esta línea define el direccionamiento estratégico, aprueba políticas, planes y lineamientos del MIPG y realiza seguimiento a su implementación, garantizando la articulación entre el Sistema de Gestión y el Sistema de Control Interno.

Primera Línea de Defensa: Corresponde a todas las dependencias y procesos responsables de la ejecución operativa, quienes implementan las políticas del MIPG, aplican los controles en el día a día y gestionan los riesgos asociados a sus procesos.

Segunda Línea de Defensa

Segunda línea del MIPG: De acuerdo con la Resolución 1569 de 2024, la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, bajo la Subsecretaría Corporativa, ejerce la segunda línea de defensa del MIPG como modelo, mediante la coordinación, orientación metodológica y seguimiento integral a la implementación de las políticas de gestión y desempeño institucional, así como la consolidación de información para las instancias directivas.

Segunda línea de defensa de las políticas del MIPG: La segunda línea de defensa de cada política es ejercida por las dependencias líderes de política, responsables de orientar técnicamente, definir lineamientos específicos y realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos de la política a su cargo. Para el desarrollo de estas funciones, los líderes de política pueden apoyarse en mesas técnicas y otras instancias de articulación definidas en el marco del MIPG.

Tercera Línea de Defensa: Está a cargo de la Oficina de Control Interno, responsable de ejercer la evaluación independiente sobre la implementación y efectividad del MIPG y del Sistema de Control Interno, mediante auditorías, seguimientos y la formulación de recomendaciones de mejora.

Este esquema sirve como marco de referencia para el análisis por componentes del MECI, a partir de las evidencias recopiladas durante la auditoría.

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.2. Ambiente de Control

Verificadas la Resolución 1569 del 27 de diciembre de 2024, mediante la cual se regula la conformación, funcionamiento y competencias del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), y la Resolución 2728 de 2023, mediante la cual se actualizan el Estatuto de Auditoría Interna, el Código de Ética del Auditor y las funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CCCI), se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con reglamentación interna vigente que define roles, responsabilidades y arreglos de gobernanza asociados al Sistema de Control Interno y al Sistema de Gestión, a través de la conformación de instancias colegiadas formales (CIGD y CCCI), con reglas de operación, participación del nivel directivo y delimitación normativa de responsabilidades, conforme al marco interno del MIPG.

Del análisis de las actas se evidenció que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño sesionaron durante las vigencias analizadas, tanto de manera ordinaria como extraordinaria cuando la situación lo requirió, en concordancia con la periodicidad mínima y las reglas de funcionamiento establecidas en la reglamentación interna, dejando constancia de quórum, asistentes, delegaciones, deliberaciones y decisiones adoptadas. En este sentido, la revisión documental permite establecer que la operación de ambos comités es coherente con la reglamentación interna que los regula, evidenciándose correspondencia entre las funciones asignadas y los asuntos tratados, decididos y seguidos en las sesiones documentadas. No obstante, se evidenció que algunos temas críticos (reincidencia de hallazgos, riesgos estructurales y debilidades recurrentes en determinados procesos) requieren ser abordados de manera reiterada en los comités, lo que puede reflejar limitaciones en la apropiación del Ambiente de Control por parte de la primera línea de defensa.

Verificada la documentación registrada en el aplicativo ISOLución, se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con políticas y lineamientos institucionales formalizados que orientan la implementación de las políticas de Control Interno, Planeación Institucional, Simplificación, Racionalización y Estandarización de Trámites, y Gestión de la Información Estadística. En particular, la entidad dispone de la Política de Administración de Riesgos, actualizada mediante la Resolución 200 del 4 de marzo de 2025, así como de lineamientos que establecen reglas, responsabilidades y directrices relacionadas con la gestión del riesgo, la planeación y el seguimiento institucional, la implementación de la política de racionalización de trámites y la gestión y uso de la información estadística. Estos instrumentos constituyen referentes institucionales para el direccionamiento de la gestión, en coherencia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.3 Actividades de Control

Política	Aspectos verificados
Gestión de la información estadística	- La política de gestión de la información estadística se desarrolla a partir de los mecanismos: Planificación Estadística, Fortalecimiento de registros administrativos y Calidad Estadística. - La Secretaría Distrital de Salud identificó los actores del ecosistema de datos mediante la elaboración de un directorio de actores, el cual sirve como base para la consulta y consolidación de los inventarios de oferta y demanda de información estadística. No obstante, se evidenció que dicho directorio no incorpora de manera explícita el enfoque diferencial. Esta situación limita la caracterización integral de los actores y la alineación del instrumento con los principios y lineamientos institucionales que orientan la aplicación de dicho enfoque. - La SDS cuenta con el Inventario de Registros Administrativos distrital, evidenciando 5 registros asociados: Aplicativo Capacidad Instalada y Producción CIP, SIVIGILA D.C, SIVIGILA D.C SISVEA, Sistema de información Laboratorio de Salud Pública y SISVAN. - Se evidenciaron 5 operaciones estadísticas asociadas a la SDS en el inventario de operaciones estadísticas distrital: Estadísticas de Atención en Salud, Reporte estadístico de bancos de sangre y servicios de gestión pre transfusional, Estadística del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), Estadísticas del Sistema de información de Vigilancia Epidemiológica y Ambiental y Estadísticas de Eventos Prioritarios en Salud Mental. - Frente al Cumplimiento del Plan Estadístico Distrital: Se evidenció el cumplimiento de 52 actividades programadas. No obstante, no se evidenció cumplimiento a la actividad 3.4.1 Difundir los metadatos relacionados con la información producida (operaciones, registros o indicadores) - Se evidenció que, si bien a nivel distrital se tiene previsto un calendario de difusión, este se encuentra apenas en proceso de consolidación, por lo cual actualmente no constituye una herramienta plenamente operativa para la planeación y seguimiento de la divulgación de la información estadística. Adicionalmente, el inventario de registros administrativos y el inventario de operaciones estadísticas se gestionan a través de una matriz distrital que permite la consulta mediante filtros por entidad; no obstante, conforme a las recomendaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública, estos inventarios deberían encontrarse publicados en la página web institucional. La ausencia de un calendario institucional de difusión

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	y de inventarios propios consolidados limita la visibilidad, accesibilidad y trazabilidad de la información estadística producida por la entidad, y genera dependencia operativa de instrumentos externos para su consulta y seguimiento. - Se evidencio que la política cuenta con los siguientes instrumentos en la plataforma ISOLución: Formatos: Diccionario de Datos Operaciones Estadísticas, Ficha Metodológica Operaciones Estadísticas y Matriz de Usuarios y Necesidades Operaciones Estadísticas. Lineamiento: Documentación de Operaciones estadísticas en la SDS y Modelos: Documento Metodológico Operaciones Estadísticas, Plan de Difusión Operaciones Estadísticas y Plan General Operaciones Estadísticas. - Se evidenció la formulación del plan de brechas para atender las recomendaciones 2024.
Simplificación, racionalización y estandarización de trámites	- Revisando la fase de Creación / Modificación Estructura, se encontró que durante el periodo auditado (1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026), la SDS conto con 19 trámites y 1 OPA totalmente en línea y 6 tramites parcialmente en línea; el inventario de trámites y OPA's de la SDS no tuvo modificaciones. No obstante, se gestionó ante la Dirección de Planeación Institucional la solicitud de eliminación del trámite <i>"Vacunación antirrábica canina y felina y del OPA Préstamo bibliotecario"</i>, trámite que se encuentra pendiente de autorización por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública para su ejecución en el SUIT. - En la fase de difusión se evidenció durante la jornada de formulación del PTEP 2026 la socialización de la propuesta de la estrategia con la ciudadanía, presentando acciones, actividades y metas, habilitando espacios de diálogo de doble vía y recolectando insumos ciudadanos. No obstante, se identificó falta de evidencias complementarias que demuestren la incidencia efectiva de los aportes ciudadanos en la versión final de la estrategia, el cumplimiento verificable de los compromisos adquiridos, así como soportes de ejecución posterior tales como actualizaciones en SUIT/GOV.CO, avances en accesibilidad web, implementación concreta de acciones de racionalización y seguimiento a indicadores. Asimismo, se evidenciaron resultados de las encuestas, pero no el análisis, ni las acciones tomadas a partir de esta información. - Se evidenció que los trámites son gratuitos, se encuentran disponibles en línea o de manera parcial a través de medios digitales y que la entidad ha adelantado acciones orientadas a promover el uso del canal digital, principalmente mediante la realización de ferias de servicios y jornadas de orientación y acompañamiento a la ciudadanía. No obstante, no se evidenció

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	información documentada, indicadores ni mediciones que permitan demostrar en qué medida dichas acciones constituyen incentivos efectivos para el uso preferente del canal digital, ni su incidencia en el aumento del uso de trámites en línea o en la mejora de la experiencia ciudadana, ni se encontró un acto administrativo al respecto, conforme a lo previsto en el artículo 23 de la Ley 2052 de 2020 y a las orientaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública. • <u>Acciones de racionalización tecnológica:</u> Se evidenció que las acciones de racionalización tecnológica formuladas en la Estrategia de Racionalización de Trámites dependen de la disponibilidad de recursos de la Dirección de Tecnologías de la Información para su implementación, sin que se identifique una asignación presupuestal específica para este fin. Así mismo, se observó que la Dirección de Servicio a la Ciudadanía cuenta con presupuesto orientado a la implementación del modelo de relacionamiento con la ciudadanía, la realización de ferias de servicios y el desarrollo de estrategias territoriales, mas no para la automatización tecnológica de trámites. Es importante que desde el liderazgo de la política se gestionen las acciones necesarias para garantizar los recursos para las acciones de racionalización tecnológica, que podrían ser necesarias, pero que no se incorporan en la Estrategia de Racionalización debido a la ausencia de recursos definidos. • Se identificó una oportunidad de mejora, ya que, aunque se han adelantado acciones para fortalecer la accesibilidad web de los trámites digitales, aún no se ha logrado el cumplimiento total de los criterios establecidos en la Resolución 1519 de 2020, por lo que se requiere avanzar en la implementación de las acciones en curso. No obstante, la Dirección de Servicio a la Ciudadanía evidenció el cumplimiento de su rol de primera línea de defensa de identificación y reporte de necesidades. • <u>Resultados Estrategia de Racionalización 2025:</u> Frente a el documento “<i>Balance Estrategia Itinerante 2025</i>” se evidencio que esta fue efectiva en términos de acceso, acompañamiento, reducción de barreras y preparación adecuada de los trámites para su radicación, logrando orientar y acompañar a 2204 ciudadanos en territorio. Si bien el anexo permite identificar que en los casos con documentación completa se realizaron radicaciones directas, no se cuenta con un consolidado cuantitativo del número exacto de trámites formalmente radicados, lo cual no invalida la efectividad de la estrategia, pero sí representa una oportunidad de mejora en la trazabilidad del resultado final del trámite que garantice y evidencie la realización efectiva de trámites como principal impacto
--	--

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	de la presencia institucional en territorio, resaltando que la Circular 018 de 2025 de la Secretaria General solicita: <i>“Entregar soluciones efectivas, completas e integrales a la ciudadanía en la Feria y no Únicamente información. Evitar el direccionamiento a otros puntos de la Red CADE o a oficinas de la Entidad para completar trámites o acceder a servicios”</i>. Priorización Estrategia de Racionalización de trámites 2026: En los documentos revisados no se evidencia de manera clara y suficiente el proceso mediante el cual se priorizaron los trámites incluidos en la Estrategia de Racionalización que hacen parte de las ferias de servicios. Si bien se identifican referencias a determinados trámites que integran la estrategia, no se encuentra soporte documental que demuestre una concertación institucional amplia y estructurada sobre el conjunto total de trámites susceptibles de racionalización, ni los criterios utilizados para su selección y priorización frente a otros trámites institucionales. Un ejemplo es el trámite <i>“Reconocimiento de personería jurídica de fundaciones, corporaciones y/o asociaciones de utilidad común y/o sin ánimo de lucro”</i>, del cual se evidenció correo electrónico remitido el 26 de enero de 2026 por el proceso responsable señalando que <i>“dicho reconocimiento es un procedimiento administrativo de carácter constitutivo, con efectos jurídicos frente a terceros, dirigido exclusivamente a organizaciones que cumplen requisitos legales específicos”</i>. Se indicó que <i>“no se trata de un trámite operativo ni de acceso universal para la ciudadanía, y que su atención a través de jornadas territoriales podría generar expectativas indebidas, incremento de solicitudes inviables y reprocesos administrativos, afectando la eficiencia y la calidad del trámite”</i>. No obstante, en la mesa de validación de la Estrategia de Racionalización de Trámites realizada el 28 de enero de 2026, no se evidenció que este trámite haya sido abordado, analizado ni concertado, lo cual refleja una falta de coherencia entre las observaciones técnicas formuladas por el proceso y la definición de los trámites efectivamente considerados en la estrategia. Se evidenció que para la priorización se realiza la revisión de PQRS, ejercicios de participación ciudadana, estrategias de innovación, espacios de articulación sectorial e intersectorial y la aplicación de lineamientos emitidos por la Secretaría General y el Departamento Administrativo de la Función Pública. No obstante, dichos insumos no se encuentran integrados en un análisis consolidado ni formalizados en un ejercicio de priorización documentado, lo que limita la trazabilidad entre los análisis realizados y las decisiones adoptadas para la definición de los
--	--

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	trámites a intervenir en la vigencia siguiente, en el marco de la Política de Simplificación y Racionalización de Trámites. - De acuerdo con el lineamiento para la Implementación de la Política Pública de Racionalización de Trámites, cada dependencia debe designar un referente de trámites que actúe como enlace técnico y operativo para la implementación de las acciones de racionalización; sin embargo, se evidenció que en el formulario de la base de datos de referentes no se identifica de manera clara la designación formal de un referente por trámite, ni el trámite específico del cual es responsable cada uno. Así mismo, el listado de referentes disponible se encuentra desactualizado, lo que limita la articulación institucional, dificulta la coordinación interdependencias y afecta la efectividad en la implementación y seguimiento de las acciones de racionalización de trámites. - La medición de la satisfacción ciudadana frente a los trámites de la SDS presenta resultados mayoritariamente positivos en aspectos como la facilidad del trámite, la claridad de la información, los tiempos de atención y la satisfacción general, lo que evidencia un desempeño favorable del servicio. Sin embargo, se identifica como aspecto relevante que la categoría “Otros” registra un puntaje de satisfacción igualmente alto sin que se especifique cuáles trámites la conforman, lo cual limita la trazabilidad del análisis. Adicionalmente, la medición se aplica únicamente a usuarios que lograron acceder y culminar el trámite, excluyendo potencialmente a quienes abandonaron el proceso, no lograron acceder o tuvieron experiencias negativas, lo que puede generar un sesgo positivo en los resultados. Asimismo, no se evidencia un análisis específico de los trámites o componentes con menor puntuación, aunque sean marginales, ni la identificación de las causas asociadas. En este contexto, se hace necesario fortalecer el proceso mediante la ampliación de la cobertura del instrumento a otros trámites, puntos y canales, con el fin de mejorar la trazabilidad, facilitar la identificación de oportunidades de mejora y soportar de manera más efectiva la priorización y la toma de decisiones en el marco de la racionalización de trámites.
Planeación Institucional	La entidad cuenta con un Plan Estratégico Institucional (2025–2028) como instrumento estratégico de mediano plazo, así como con el Plan de Acción en salud 2026, documentos alineados al PDD y al PTS. No obstante, en las actas vigencia 2025 y enero 2026 aportadas no se evidencia un punto de aprobación del PEI por el CIGD (no aparece decisión de adopción). El proceso aportó el lineamiento vigente al momento de construcción del PEI, el cual no requería dicha aprobación; no obstante, se recomienda

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	realizarlo como buena práctica institucional, teniendo en cuenta la versión actual del lineamiento. • Se evidencia un proceso metodológico para la formulación del PEI durante el 1er trimestre de 2025 (taller de despliegue estratégico e indicadores), con articulación de metas propias y metas alineadas a PDD/PTS. Esto demuestra trabajo colaborativo y estructurado para definir objetivos, iniciativas y mediciones. • Se verificaron los elementos que debe contener el PEI para cumplir con su propósito, según el lineamiento de planeación institucional, identificando que: presenta iniciativas, no incorpora el plan de acción con tiempos (aunque hay responsables), no determina recursos (monto/fuente) solo hace referencia a proyectos, y presenta seguimiento incompleto para metas propias (sin periodicidad/ficha visible en la matriz), mientras en metas PDD si presenta definición, fórmula, y periodicidad. El proceso aportó el lineamiento vigente al momento de construcción del PEI, el cual no requería dichos elementos; no obstante, teniendo en cuenta la versión actual del lineamiento se recomienda su incorporación. • El Lineamiento Planeación Institucional establece objetivo, alcance, responsabilidades, relación PEI–PAS–POGD, publicación del PAS al 31 de enero de la vigencia, y seguimiento trimestral en CIGD. Además, establece reglas claras para la formulación y reporte del POGD, y para la formulación de acciones de mejora cuando el cumplimiento cae por debajo del 90%.
--	--

6.4 Gestión de los Riesgos

Política	Aspectos verificados
Política de gestión de la información estadística	En el mapa de riesgos 2025 se identificó el riesgo N° 30 asociado al proceso Gestión de la Información, conocimiento y la innovación, <i>“...información desactualizada publicada en la plataforma SaluData, debido a la entrega tardía de la información por parte de las dependencias, que afecta los procesos de consolidación, validación y publicación de los datos del Observatorio de Salud de Bogotá”</i> con 4 controles (consolidación y validación de la información por los referentes temáticos mediante el formato de metadatos; revisión y validación técnica previa a la publicación por el equipo SaluData; publicación de notas aclaratorias para orientar la interpretación de los indicadores; y seguimiento a los tiempos de recepción, validación y publicación de la información mediante un tablero de control). Para la

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN, INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	vigencia 2026 se mantiene el riesgo reenumerado con el N°60, sin cambios sustantivos en su descripción, causas o controles. Se evidenció que el proceso dispone de controles orientados a la validación y revisión técnica de la información, así como de mecanismos de planeación y seguimiento a los tiempos de entrega, orientados a mitigar la entrega tardía de la información. En particular, el control asociado al seguimiento de tiempos incorpora en la práctica cronogramas de entrega definidos, reuniones técnicas previas para proyectar actualizaciones, acuerdos anticipados con los referentes y comunicaciones de seguimiento, lo que evidencia un enfoque preventivo frente a la causa raíz del riesgo. No obstante, esta naturaleza preventiva y el nivel de formalización del control no se encuentran plenamente reflejados en su caracterización dentro de la matriz de riesgos, donde fue tipificado como detectivo y sin documentar. En este contexto, es importante ajustar la caracterización del conjunto de controles en el mapa de riesgos, de manera que refleje con mayor precisión su enfoque preventivo y su formalización; fortalecer la redacción del riesgo incorporando explícitamente su efecto potencial sobre la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información estadística oficial; y asignar responsable al plan de acción, conforme a los parámetros del instrumento institucional de gestión del riesgo.
Simplificación, racionalización y estandarización de trámites	En el mapa de riesgos 2025 se identificaron cuatro riesgos de gestión asociados al proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía y Participación Social, dependencia Dirección de Servicio a la ciudadanía: • Riesgo N° 105 — <i>“suministro de información deficiente, causada por la falta de fortalecimiento al talento humano para un desempeño óptimo”</i> → 2 controles (liderará la ejecución de jornadas de fortalecimiento y socializaciones continuas sobre las temáticas, seguimiento a la calidad de los datos, mediante registros en el aplicativo SI Cuéntanos). • Riesgo N°109 — <i>“Gestionar las peticiones de los ciudadanos, por fuera de los términos establecidos por la Ley”</i> → 3 controles (jornadas de fortalecimiento en el manejo del Sistema Distrital de Peticiones - Bogotá Te Escucha, y socialización de la evaluación de la calidad de la respuestas, presentará al Comité de

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	Gestión y Desempeño los resultados del monitoreo a la oportunidad de las respuestas, y semanalmente monitoreara el cumplimiento a la oportunidad de los tiempos de respuesta para todas las peticiones presentadas por la ciudadanía) • Riesgo N°111 — <i>“Información desactualizada en los sistemas de información de trámites”</i> → 2 controles (verificará la actualización la información sobre la oferta institucional de la SDS y monitoreará la vigencia de la información publicada en los portales de trámites y servicios y sede electrónica). • Riesgo N°112 — <i>“no brindar asistencia y fortalecimiento del Sector salud a las Oficinas de Servicio a la Ciudadanía de las EAPB, IPS y entidades”</i> → 2 controles (verificarán el porcentaje de la implementación de la política pública de acuerdo con lo programado y revisarán la cualificación del Talento Humano de las entidades) Para la vigencia 2026 se tiene un riesgo que apunta a la política de los dos riesgos de gestión asociados al proceso de Relacionamento con la Ciudadanía y Participación Social, dependencia Dirección de Servicio a la ciudadanía que es el Riesgo N°94: <i>“Posibilidad de afectación reputacional por información desactualizada en los sistemas de información de trámites nacionales y distritales así como en la sede electrónica de la Secretaría Distrital de Salud”</i> con 2 controles (Verificará la actualización la información sobre la oferta institucional y monitoreará la vigencia de la información publicada en los portales de trámites y servicios y sede electrónica) Al realizar la revisión de los mapas de riesgos 2025 y 2026 se evidencio que cumplen de manera general con las directrices del DAFP en cuanto a identificación, estructura y tratamiento del riesgo; sin embargo, es importante tener en cuenta la redacción técnica de los riesgos, enfatizada en la claridad causa-riesgo-efecto, la efectividad de los controles y la trazabilidad del proceso de depuración (2025 a 2026), aspectos importantes en el Sistema de Administración del Riesgo en el marco del MIPG, ya que se evidencio que: para el 2026 el riesgos 94: no cumplen con el parámetro del DAPF: <u><i>“Posibilidad de (...)”</i></u> seguido de la siguiente estructura: <u><i>Impacto (¿Qué?) + Causa Inmediata (¿Cómo?) + Causa Raíz (¿Por qué?).</i></u> de la misma manera en las columnas de tratamiento (AD- AF)
--	--

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	literal B: columna plan de acción, hace falta especificar el responsable. Por otro lado, en el mapa de riesgos de corrupción 2025 y 2026 no se evidenciaron riesgos asociados.
Planeación Institucional	En el mapa de riesgos 2025 se identificaron tres riesgos de gestión asociados al proceso planeación estratégica sectorial (PES): • Riesgo N° 99 — “Seguimiento insuficiente a planes estratégicos” → 3 controles (monitoreo trimestral POGD, revisión trimestral de indicadores PEI y consolidación semestral al CIGD) • Riesgo N°100 — “Calidad de datos en proyectos FFDS por rotación sin inducción” → 3 controles (revisión mensual y aval técnico-financiero, reporte trimestral al CIGD, y mesas anuales para construcción del PAA) • Riesgo N°101 — “Informes de Acuerdos Distritales fuera de plazo por falta de monitoreo” → 1 control (seguimiento mensual mediante tablero SDS-PES-FT-020 y solicitud de avances a dependencias) En el mapa de riesgos de corrupción se identificaron dos riesgos asociados al proceso PES: • Riesgo N°36 — “Modificación indebida de actividades de proyectos del FFDS para beneficio de terceros” → 3 controles (revisión mensual de la información de proyectos con aval técnico-financiero, reporte periódico al CIGD sobre ejecución y metas, y mesas de trabajo para seguimiento y validación del PAA) • Riesgo N°37 — “Desvío de recursos de inversión del FFDS hacia actividades no alineadas con planes y políticas institucionales” → 3 controles (revisión mensual mediante matrices de seguimiento y aval técnico-financiero, reporte periódico de ejecución al CIGD, y seguimiento a la formulación y ejecución del PAA mediante mesas de trabajo) Para la vigencia 2026 se mantienen tres riesgos equivalentes a los identificados en 2025, los cuales fueron reenumerados como N°82, N°83 y N°84, sin cambios sustantivos en su descripción, causas o controles. Los controles continúan siendo preventivos, manuales y documentados y los planes de acción fueron actualizados en su fecha

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	de ejecución. De igual forma, se mantienen los dos riesgos de corrupción, reenumerados para la vigencia 2026 con N° 39 y N°40. En la revisión del mapa de riesgos del proceso de PES para las vigencias 2025 y 2026 se evidenció que los planes de acción formulados para el tratamiento de reducción registran actividad y fecha, pero no identifican de manera expresa el responsable de su ejecución, y que los riesgos que se mantienen en zona alta conservan los mismos controles definidos inicialmente, sin evidenciarse su fortalecimiento. En el II cuatrimestre de 2025 el proceso PES diligenció la matriz de monitoreo solo para el riesgo de gestión N°99, con evidencia de implementación de los controles de los riesgos de gestión N°99 y N°100 en el repositorio de la DPIYC, quedando sin monitoreo el riesgo de gestión N°101 y los riesgos de corrupción. Para este periodo no se evidenciaron observaciones por parte de la segunda línea en el formato establecido. En el III cuatrimestre de 2025, se evidenció el monitoreo completo de los riesgos de gestión y corrupción del proceso en el formato establecido; no obstante, no se encontraron evidencias en el repositorio institucional que permitieran verificar la ejecución del control descrito para el riesgo N°101, aspecto advertido también por la segunda línea de defensa.
Control Interno	• Se verificó que la metodología de identificación, análisis y valoración de los riesgos de gestión y corrupción se encuentra alineada con la Guía para la gestión integral del riesgo del DAFP y con el Lineamiento Institucional de Gestión del Riesgo vigente. Se constató que el instrumento institucional de mapa de riesgos aplica un esquema de cálculo automático del riesgo inherente y residual, a partir de tablas, parámetros y matrices predefinidas, garantizando uniformidad y consistencia en la valoración de los riesgos a nivel institucional. • Se evidenció que la valoración de los riesgos de gestión se realiza conforme a los criterios definidos por el DAFP utilizando los atributos ponderables de control (tipo de control e implementación) y aplicando el cruce entre la probabilidad residual y el impacto residual para determinar la zona de riesgo final. En este sentido, se verificó que es metodológicamente válido que un riesgo permanezca en zona alta cuando el impacto se mantiene elevado, aun cuando la probabilidad residual disminuya, sin que ello constituya una desviación frente al marco metodológico aplicable. • Se confirmó que el instrumento institucional diferencia adecuadamente el tratamiento metodológico para los riesgos de

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	gestión y los riesgos de corrupción, aplicando para estos últimos un esquema reforzado de evaluación de diseño, la ejecución y la solidez de los controles, conforme a lo establecido en el marco normativo y metodológico correspondiente. • En los mapas de riesgos de la vigencia 2026 se identificaron incumplimientos conforme al lineamiento Gestión del Riesgo SDS - SDS-DFO-LN-011, encontrando que para el riesgo de corrupción N° 19 no se diligenció el campo “<i>Tratamiento del riesgo</i>” y para los riesgos de corrupción N° 26 y 27 no se diligenció plan de acción cuando el tratamiento era “<i>Reducir</i>”. Asimismo, se identificaron falencias en el diligenciamiento del formato según las instrucciones de diligenciamiento encontrando planes de acción sin responsable documentado (Ej.: Riesgo corrupción N° 3, 5, 9, 10, 12..., Riesgo gestión N° 7, 8, 10...), controles sin periodicidad o sin responsable (Ej.: riesgo corrupción N°10, 11). • Los riesgos de corrupción se encuentran adecuadamente identificados en términos de procesos, lo que constituye una base relevante para la gestión del riesgo; sin embargo, requieren una reformulación gradual para alinearse al enfoque del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, introducido por la Guía DAFP v7, centrado en la gestión de amenazas a la integridad pública y en la articulación de acciones de prevención, detección y respuesta. Al respecto, el proceso aportó soporte de la programación dicha actualización. • El Mapa de Riesgos de Gestión cuenta con cobertura amplia y controles definidos, aunque con oportunidades de mejora en la calidad del diseño del control y la trazabilidad del tratamiento del riesgo, derivadas de falencias de diligenciamiento y precisión metodológica. • En relación con la gestión de los riesgos para la integridad pública, se evidenció que la entidad cuenta con la designación de un oficial de cumplimiento, en concordancia con las buenas prácticas de gestión del riesgo y los lineamientos asociados al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP. Así mismo, se verificó la existencia de instrumentos institucionales como la política antisoborno SDS-THO-POL-001 y el lineamiento de conflicto de intereses SDS-CDO-LN-003, los cuales constituyen una base para la gestión de riesgos de integridad. No obstante, se identificó la oportunidad de revisar su alcance y articulación, así como evaluar de manera progresiva la definición de instrumentos complementarios que permitan fortalecer la gestión integral de este tipo de riesgos, en coherencia con la Política de Administración del Riesgo.
--	---

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	• Resulta clave fortalecer el rol de la segunda línea de defensa, de manera que, además de las funciones de orientación, asuma de forma explícita y sistemática la validación metodológica, el acompañamiento técnico para la incorporación progresiva del enfoque SIGRIP, y la revisión previa de calidad del diligenciamiento de los mapas, antes de su consolidación y aprobación institucional, en coherencia con la Política de Control Interno del MIPG y los énfasis de gobernanza del riesgo promovidos por la Guía DAFP v7.
--	--

6.5 Actividades de Monitoreo

Política	Aspectos verificados
Política de gestión de la información estadística	• El monitoreo del PED se realiza mediante una matriz suministrada por la Secretaría de Planeación Distrital, en la cual se reportan los avances de manera trimestral. No obstante, se evidenciaron inconsistencias entre lo programado y lo ejecutado, así como entre el avance cuantitativo y el análisis cualitativo registrado. Por ejemplo, en la actividad 2.1.1 <i>“Implementar los lineamientos sobre la documentación que sustenta el Proceso de Producción de Estadísticas en el Distrito”</i>, se registra 30 % programado y un porcentaje del 100% anual ejecutado. Adicionalmente, no se observa una parametrización uniforme en la forma de reportar la ejecución, dado que en algunos casos se presenta el cumplimiento en valores absolutos y en otros como porcentaje de cumplimiento, lo que afecta la consistencia y comparabilidad de la información reportada. • En la revisión realizada para la identificación de la demanda de información estadística, se evidenció que la entidad cuenta con dos instrumentos: la matriz <i>“EASB Matriz de caracterización usuarios VP”</i>, orientada a identificar la demanda de información de otros actores hacia la SDS, y el Formulario de Identificación de Demandas de Información Estadística, destinado a identificar la demanda de información de la SDS frente a otros actores. No obstante, se identificaron debilidades en dichos instrumentos, relacionadas con inconsistencias entre el nombre del archivo y el de la matriz, así como con el diligenciamiento incompleto de la información requerida, particularmente en lo correspondiente al proceso responsable, lo cual limita la adecuada caracterización y análisis de la demanda de información estadística. • Para la medición de la política se cuenta con tres indicadores: Actualización de los Requerimientos de información caracterizados

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	de la SDS, Actualización del inventario de oferta de operaciones estadísticas de la SDS y Actualización del inventario de Registros administrativos caracterizados de la SDS. Si bien dichos indicadores permiten dar cuenta de avances en la organización y caracterización de la información estadística, resultan limitados para evaluar de manera integral el desempeño de la política, en la medida en que no incorporan variables relacionadas con la calidad, oportunidad, uso efectivo de la información ni su contribución a la toma de decisiones institucionales, conforme a los lineamientos del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
Simplificación, racionalización y estandarización de trámites	• El seguimiento a la Estrategia de Racionalización se realiza de manera periódica conforme al cronograma de cada acción, mediante la verificación del plan de trabajo, el control del cumplimiento de actividades, el reporte de avances en el SUIT y la validación por parte de la Oficina de Control Interno como segunda línea de defensa, en coherencia con la metodología del DAFP. No obstante, se identifica que se debe fortalecer la claridad del esquema de seguimiento, consolidar un instrumento único que integre estado y evidencias, reforzar la relación entre los resultados del monitoreo y las decisiones adoptadas, estandarizar los soportes y avanzar progresivamente en el análisis del impacto de las acciones sobre los beneficios para la ciudadanía, en el marco de la mejora continua del MIPG. • Para la medición de la política se cuenta con dos indicadores así: ○ Porcentaje de avance en el cumplimiento de las acciones de racionalización de trámites para la vigencia con un cumplimiento de 88.4%, evidenciando plan con acción de mejoramiento No. 3767. ○ Porcentaje de la percepción de la satisfacción de la ciudadana con los tramites ofertados por la SDS, con porcentaje de cumplimiento del 99.6% • Se evidenció el monitoreo y análisis de la Política de Simplificación, Racionalización y Estandarización de Trámites mediante registros en SUIT, seguimiento a ferias y estrategia territorial, evaluación de indicadores y adopción de acciones correctivas en la plataforma ISOLución, cuyos resultados retroalimentaron la Estrategia de

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	Racionalización 2026; no obstante, se evidencia la ausencia de un informe consolidado de evaluación de la política y de su impacto (ej. digitalización, experiencia ciudadana, reducción de cargas). - De la revisión efectuada se evidenció que la Oficina de Control Interno no realizó la evaluación de 10 de las 13 acciones previstas en la Estrategia de Racionalización de Trámites para la vigencia 2025. Se evidenció una debilidad en la articulación entre las líneas de defensa, que afecta el seguimiento y la evaluación del reporte en el SUIT, al no contar con mecanismos efectivos de verificación del cumplimiento por parte de los responsables. Esta situación limita la adopción oportuna de acciones correctivas y preventivas y afecta la trazabilidad, el monitoreo continuo y la confiabilidad de la información, pese a la responsabilidad de los líderes de la política de garantizar su gestión en el marco del MIPG. - En relación con la medición del beneficio al ciudadano se cuenta con una matriz de cálculo de ahorro como instrumento para estimar los beneficios derivados de las acciones de racionalización. No obstante, se evidenció que no se encuentra totalmente diligenciada, lo cual impide demostrar de manera clara y verificable el beneficio generado para la ciudadanía. En su estado actual, la matriz no permite evidenciar de forma completa el ahorro producido por las acciones implementadas; sin embargo, se destaca que sí incorpora la metodología de cálculo, incluyendo variables y parámetros, lo que la constituye en un insumo válido para el seguimiento de la política. En este sentido, se hace necesario completar la información correspondiente a todos los trámites y a todos los meses, actualizar los cálculos conforme al salario vigente, e incorporar un comparativo entre la meta y el avance, así como la decisión o ajuste adoptado a partir de los resultados obtenidos, con el fin de fortalecer la trazabilidad, la toma de decisiones y la medición efectiva del beneficio al ciudadano.
Planeación Institucional	Los indicadores de las metas propias del PEI se consolidan y cargan trimestralmente en el aplicativo ISOLución. Se encontró que el consolidado anual PEI 2025 quedó completo a mediados de febrero (previo al comité programado para el mes de marzo de 2026). Del análisis efectuado se concluye que la entidad cuenta con un esquema metodológicamente válido de seguimiento diferenciado, en el cual únicamente los indicadores seleccionados como estratégicos del Plan Estratégico Institucional – PEI se integran al seguimiento trimestral en ISOLución y a los Comités Institucionales

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	de Gestión y Desempeño, mientras que los demás indicadores del Plan Distrital de Desarrollo – PDD se gestionan en otros espacios y con periodicidades acordes a su naturaleza operativa. No obstante, se evidenció que el archivo presentado como PEI 2025-2028 incluye una segunda hoja con indicadores del PDD que no corresponden a indicadores propios del PEI, lo cual generó confusión respecto a los esquemas de seguimiento y reporte. Al respecto, se recomienda documentar los criterios mediante los cuales los indicadores del Plan Distrital de Desarrollo se seleccionan e integran como indicadores estratégicos del Plan Estratégico Institucional – PEI, así como diferenciar explícitamente, en los instrumentos de planeación y seguimiento, cuáles indicadores corresponden al PEI y cuáles al PDD, precisando sus respectivos espacios y periodicidades de seguimiento, con el fin de evitar confusiones en la interpretación del desempeño institucional. • Se evidenció que los tiempos internos de cierre, consolidación y validación de la información estratégica del Plan Estratégico Institucional – PEI inciden tanto en la atención oportuna de requerimientos de organismos externos como en la disponibilidad de dicha información como insumo para la formulación y ajuste de los planes de la vigencia siguiente, por lo que se hace necesario articular dichos tiempos con los plazos externos y los ciclos de planeación institucional. • En el tablero de indicadores de políticas MIPG (ISOLución la Política de Planeación se monitorea a través de un único indicador asociado al cumplimiento del POGD, mientras que su ejecución y resultados se materializan en varios instrumentos del ciclo de planeación (PEI, PAS y planes institucionales), lo que limita el monitoreo integral del desempeño de la política y la supervisión sobre la articulación y seguimiento de resultados estratégicos, conforme al enfoque del MIPG. • El lineamiento SDS dispone que la DPlyC, con la DPS, presente trimestralmente al CIGD los resultados del seguimiento y evaluación del PEI, y que cuando el seguimiento evidencie incumplimientos en los indicadores, los responsables deberán implementar acciones de mejoramiento. Verificadas las actas del CIGD se evidenció la revisión del PEI en mayo, agosto y noviembre de 2025; encontrando objetivos estratégicos e indicadores con incumplimientos, sin que se documenten planes de mejora del PEI en la vigencia (el proceso
--	---

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <u>SECRETARÍA DE SALUD</u>	EVALUACIÓN, INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	indicó que define acciones con el consolidado anual del mes de marzo 2026).
Control Interno	<u>Monitoreo de la Gestión del Riesgo Institucional</u> • Se verificó que la segunda línea de defensa realiza el monitoreo cuatrimestral de los riesgos institucionales, con base en el reporte efectuado por los procesos, y la revisión de las evidencias registradas en los repositorios institucionales con relación a la aplicación de los controles. Los resultados son consolidados por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y presentados en los espacios formales de seguimiento definidos por la entidad, incluidos el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Coordinador de Control Interno. • Se evidenció que, a partir de las auditorías internas y externas adelantadas por la Oficina de Control Interno, se identifican materializaciones de riesgos, debilidades de control y recurrencias asociadas a procesos críticos. No obstante, si bien la segunda línea de defensa realiza el monitoreo cuatrimestral de los riesgos incorporados en el mapa institucional, no se evidencia de manera explícita la integración sistemática de las materializaciones y riesgos identificados por la tercera línea como insumo formal de dicho ejercicio. • Se evidenció la existencia de un indicador institucional para el seguimiento de la Política de Administración de Riesgos “<i>Numero de riesgos de gestión materializados en la SDS</i>”, orientado a medir la materialización de riesgos, el cual es reportado periódicamente como parte del ejercicio de supervisión y seguimiento de la gestión del riesgo, asociado a la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos. Este presenta medición cuatrimestral, en coherencia con el monitoreo cuatrimestral realizado desde la segunda línea de defensa; última medición reportada en el aplicativo ISOLución el 31 de diciembre de 2025. No obstante, se recomienda revisar el nombre del indicador teniendo en cuenta que en los reportes realizados se menciona el monitoreo de riesgos de gestión y corrupción. Asimismo, es importante revisar la pertinencia de la política a la que se encuentra asociada el indicador. De otra parte, se evidenció que el esquema de medición se encuentra centrado en el registro de eventos materializados, sin incorporar aún indicadores clave de riesgo (KRI) u otras métricas de carácter preventivo, orientadas a la anticipación del riesgo, al

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	análisis de su comportamiento o a la evaluación de la eficacia de los controles. <u>Evaluación Política de Administración de Riesgo:</u> Se evidenció que esta se realiza de manera integrada a partir de diversos insumos institucionales, tales como el monitoreo cuatrimestral de los mapas de riesgos, los indicadores institucionales, la presentación de resultados a la Alta Dirección y la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno. No obstante, dicha evaluación se encuentra distribuida en distintos instrumentos y espacios, sin consolidarse en un ejercicio evaluativo integrado que permita una lectura global y sistemática de la efectividad de la política como sistema institucional, lo cual limita su trazabilidad y su uso estratégico para la toma de decisiones por parte de la alta dirección. <u>Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno:</u> • Se evidenció la realización de la evaluación independiente al Sistema de Control Interno con un resultado del 95% para el primer semestre y del 92% para el segundo semestre de 2025. • La política de control interno cuenta con el indicador que corresponde al: <i>“Resultado de la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno de la SDS”</i>, con medición anual y resultado publicado en ISOlución. Este indicador pasará a tener periodicidad semestral en la vigencia 2026, en coherencia con la Evaluación al Sistema de Control Interno que se realiza con dicha periodicidad, frente a lo cual se realizó la gestión ante la Dirección de Planeación Institucional de Calidad para su respectiva actualización. <u>Seguimiento, cierre y escalamiento de acciones de mejora:</u> Se evidenció la existencia de acciones de mejora vencidas o no cerradas oportunamente, así como la reaparición de las mismas situaciones en diferentes vigencias. Si bien la entidad cuenta con la entidad cuenta con instrumentos y acciones de control tales como la elaboración de informes mensualizados de monitoreo, la realización de mesas de trabajo periódicas con los procesos responsables y la generación de alertas en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en ejercicio de la segunda línea de defensa y la línea estratégica, resulta necesario fortalecer los mecanismos de seguimiento y establecer criterios claros de
--	--

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	escalamiento o de acción, frente a vencimientos reiterados o recurrencias, con el fin de mitigar el riesgo de no lograr cierres efectivos y oportunos y de que las situaciones identificadas se sigan repitiendo en el tiempo.
Segunda línea de defensa - MIPG	• La segunda línea de defensa utilizó los resultados del FURAG 2024 como insumo para la planeación 2026, para lo cual consolidaron matrices técnicas remitidas a los líderes de política y se estructuró un plan de cierre de brechas cargado en ISOlución, con fechas establecidas hasta junio 2026. La DPIYC manifestó que el seguimiento no se ha realizado a la fecha porque se realiza con periodicidad trimestral. De igual manera se consolidaron acciones a través del POGD, conforme a lo establecido en el Lineamiento Planeación Institucional SDS-PES-LN-005. • El monitoreo a las políticas MIPG se realiza a través de los indicadores definidos, para lo cual la segunda línea valida la información reportada en las fichas técnicas, consolida la información en ISOlución y presenta los resultados al CIGD de manera trimestral. Si bien se aportó un documento en Excel con el diagnóstico para la reformulación de indicadores de la vigencia 2026, este se encuentra incompleto, no se aportaron las fichas de los indicadores, y no se identificaron cambios en los indicadores en la plataforma ISOlución. • En el acta y presentación del CIGD del 4 de marzo de 2025 se identificaron acciones de mejora para los indicadores con bajo desempeño; no obstante, estas no se registraron en el aplicativo ISOlución y no se evidenció su seguimiento en la siguiente sesión, aspecto evidenciado por la OCI en el seguimiento al mapa de aseguramiento realizado en diciembre de 2025, sin evidenciarse a la fecha una oportunidad de mejora documentada en ISOlución por parte del proceso.

6.6 Información y Comunicación

Política	Aspectos verificados
Política de gestión de la información estadística	• Se evidenció que el diccionario de datos se encuentra publicado en la página web de datos abiertos y es accesible a través de un enlace ubicado en una sección de esta; no obstante, al ingresar a la visualización inicial, se observa que la matriz presenta casillas sin diligenciar en los campos tipo, etiqueta y descripción. Así mismo, se identificó que el directorio de actores del ecosistema de datos presenta información incompleta, al contener campos sin

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	diligenciar, en incumplimiento del instructivo establecido para su adecuado diligenciamiento. • Verificada la información reportada para los indicadores publicados en SaluData, se evidenció que el diccionario de datos no se encuentra completo, que algunos indicadores no presentan información de medición conforme a la periodicidad definida y que existen fichas de indicadores elaboradas con formatos no vigentes, lo cual afecta la consistencia, oportunidad y estandarización de la información publicada.
Simplificación, racionalización y estandarización de trámites	• La comunicación con la primera línea de defensa para la identificación, actualización y seguimiento de los trámites/OPA's se realiza, mediante correos electrónicos, mesas de trabajo y espacios de articulación técnica que garantizan la coherencia normativa, la trazabilidad de los cambios y la adecuada implementación de las mejoras conforme a la Estrategia de Racionalización de Trámites. No obstante, es importante fortalecer la formalización y estandarización de este proceso, mediante la consolidación de registros únicos de seguimiento (como actas o matrices), que integren decisiones, responsables, tiempos y gestiones técnicas, con el fin de facilitar el control, la consulta y la demostración del seguimiento sistemático, en coherencia con el enfoque de líneas de defensa del MIPG. • Se evidenció que La coordinación entre la Dirección de Servicio a la Ciudadanía y la Dirección de Planeación Institucional y Calidad se desarrolla mediante solicitudes formales, intercambios de correos electrónicos y mesas de trabajo interdependencias, en las cuales la Dirección de Planeación Institucional y Calidad ejerce la gestión del SUIT, mientras que la Dirección de Servicio a la Ciudadanía lidera la formulación y el seguimiento de las acciones de racionalización. De manera complementaria, ambas dependencias articulan la formulación y socialización del Programa de Transparencia y Ética Pública, garantizando coherencia entre la planeación institucional, la gestión del SUIT y el despliegue de la política. • La plataforma Agilínea – Ventanilla Única Digital de Trámites y Servicios se encuentra articulada con el portal único del Estado colombiano GOV.CO, el cual consulta en tiempo real la información registrada en el SUIT como fuente oficial. Durante la vigencia 2025, se aseguró la revisión y actualización de la totalidad de los trámites, verificando los manuales, lineamientos y ajustes remitidos por las áreas técnicas responsables, con el fin de garantizar información clara, coherente y consistente. Como resultado, las actualizaciones

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	realizadas en el SUIT se reflejan de manera inmediata en GOV.CO y en los canales digitales asociados, asegurando información actualizada y alineada con la fuente oficial.
Planeación Institucional	- Se aportaron evidencias de articulación (correos, reuniones, transferencia de información) entre las Direcciones de Planeación Institucional y Calidad y la Dirección de Planeación Sectorial para la implementación de la política. - Se verificó la publicación del Plan de Acción en Salud 2026 en los términos establecidos, así como su enlace activo en el micrositio de transparencia. Aunque el PEI no esté nombrado literalmente en la Resolución 1519 de 2020, el estándar exige publicar información de planeación (metas/indicadores, planes, programas y proyectos), por lo que publicar el documento PEI vigente, su matriz de alineación a PDD/PTS y un histórico de versiones elevaría el cumplimiento de transparencia activa. - Se evidenció el cumplimiento de reportes a organismos de control a través de reporte consolidado del Plan Estratégico Institucional remitido a la Contraloría de Bogotá el 17 de febrero de 2026. No obstante, la entidad informó en alcance a un correo previo que ya se encontraba consolidada la información correspondiente al indicador de simplificación de procesos, precisando que con ello el reporte del PEI institucional con corte al 31 de diciembre de 2025 se encontraba completo; esta situación evidencia que la información fue consolidada con posterioridad al requerimiento inicial. Si bien se aportó evidencia de que los tiempos de consolidación fueron coherentes con la dinámica institucional establecida para la vigencia, y se manifestó que el ente de control aceptó dichas precisiones, se hace necesario optimizar los tiempos internos de cierre y articularlos con los tiempos de requerimientos externos, con el fin de prevenir el riesgo de remitir información en procesos de cierre e incurrir en posibles observaciones por parte de organismos de control.
Control Interno	- Se evidenció la publicación de la evaluación independiente al Sistema de Control Interno para el primer y segundo semestre de 2025 en la sección de transparencia de la página web institucional. - Se evidenció la publicación oportuna del mapa de riesgos de gestión y corrupción para la vigencia 2026 en el sitio web institucional. - Verificado el repositorio correspondiente al monitoreo cuatrimestral de riesgos para el III cuatrimestre 2025 se evidenciaron faltantes de registro de información por parte de la

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN, INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	segunda línea en el campo “ <i>monitoreo segunda línea de defensa</i> ” (COM, TIC, RPS), así como formatos que, a pesar de tener el campo diligenciado, no se evidencia el soporte en el repositorio (BYS), faltantes de reporte de monitoreo y evidencias (GDO), carpetas con evidencias en el repositorio sin el formato (EIG).
--	---

7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2)

7.1 Planeación Institucional: Se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con instrumentos formales de planeación institucional, tales como el Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan de Acción en Salud (PAS), alineados con el Plan Distrital de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud. Así mismo, se verificó la aplicación de un proceso metodológico estructurado para la formulación del PEI, que incluyó talleres de despliegue estratégico, definición de objetivos, iniciativas e indicadores, evidenciando un ejercicio colaborativo y técnicamente orientado para el direccionamiento institucional. De igual manera, se cuenta con herramientas institucionales como ISOLución para la consolidación y seguimiento de indicadores, lo que fortalece la capacidad de monitoreo de la planeación estratégica.

7.2 Simplificación, Racionalización y Estandarización de Trámites: La entidad cuenta con una Estrategia de Racionalización de Trámites formulada y publicada, así como con un inventario actualizado de trámites y otros procedimientos administrativos, dentro del cual se destaca un número significativo de trámites total y parcialmente en línea. Se evidenció la implementación de la “*Estrategia Itinerante*” como mecanismo de acercamiento institucional en territorio, la cual permitió orientar y acompañar a 2204 ciudadanos, contribuyendo a la reducción de barreras de acceso y al fortalecimiento del relacionamiento con la ciudadanía. Adicionalmente, se evidenció la articulación tecnológica entre el SUIT, GOV.CO y la plataforma Agilínea, lo que garantiza coherencia, actualización y trazabilidad de la información publicada sobre trámites y servicios.

7.3 Gestión de la Información Estadística: Se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con una estructura formal y técnica para la gestión de la información estadística, que incluye inventarios de registros administrativos, operaciones estadísticas y un directorio de actores del ecosistema de datos. Así mismo, se verificó la existencia de instrumentos técnicos como diccionarios de datos, fichas metodológicas, planes de difusión y documentos metodológicos, los cuales constituyen una base relevante para la producción y gestión de información estadística oficial. Se destacó, además, un alto nivel de cumplimiento de las actividades del Plan Estadístico Distrital, lo que refleja capacidad operativa y técnica para el desarrollo de la política.

7.4 Control Interno: La entidad aplica de manera formal el esquema de Líneas de Defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, y cuenta con instancias de gobernanza

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

operativas como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Coordinador de Control Interno, con participación del nivel directivo y soporte documental de sus actuaciones. Se evidenció la existencia de una metodología institucional de gestión del riesgo alineada con los lineamientos del DAFP, así como la realización periódica de evaluaciones independientes al Sistema de Control Interno, con resultados favorables. De igual manera, se cuenta con un mapa de riesgos institucional estandarizado, que permite la identificación y valoración homogénea de riesgos de gestión y corrupción.

7.5 Se evidenció la existencia de canales formales de comunicación y articulación interinstitucional para la gestión de las políticas del MIPG, mediante correos electrónicos, mesas de trabajo y repositorios institucionales. Así mismo, la entidad cumple con la publicación de información relevante en el micrositio de transparencia, incluyendo planes, mapas de riesgos e informes de evaluación del Sistema de Control Interno. Se destacó la articulación entre el SUI y GOV.CO como mecanismo que asegura la consistencia y actualización de la información disponible para la ciudadanía, fortaleciendo la transparencia y el acceso a la información institucional.

7.6 Se evidenció la operación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, documentada a través de las actas de reunión, demostrando cumplimiento del esquema de gobernanza del MIPG.

7.7 La entidad cumple con la publicación del Plan de Acción Institucional Anual conforme a los términos establecidos en el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto Nacional 612 de 2018, así como del Lineamiento de Planeación Institucional SDS-PES-LN-005.

7.8 La entidad cuenta con un lineamiento de Planeación actualizado y alienado con el ciclo Plan Estratégico Institucional – Plan de Acción en Salud – Plan Operativo de Gestión y Desempeño.

7.9. Se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con un instrumento institucional de gestión del riesgo estandarizado, que aplica esquemas de cálculo automático del riesgo inherente y residual, a partir de parámetros definidos y homogéneos, lo cual favorece la consistencia metodológica, la comparabilidad de los riesgos y la uniformidad en su valoración, en alineación con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y el Lineamiento Institucional.

7.10. La metodología institucional para gestión del riesgo diferencia adecuadamente los esquemas de valoración para riesgos de gestión y corrupción, aplicando para estos últimos un modelo reforzado de evaluación del diseño, ejecución y solidez de los controles, en concordancia con las exigencias normativas en materia de integridad y lucha contra la corrupción.

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN, INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

7.11 Se evidenció la existencia de un marco normativo interno y de lineamientos institucionales formalizados que regulan políticas, comités, roles y responsabilidades asociados al Sistema de Control Interno y al Sistema de Gestión, así como la operación regular y documentada de los comités (CCCI y CIGD). Dicha operación se refleja en la realización de sesiones con participación del nivel directivo, verificación de quórum, formalización de delegaciones y definición de responsables y compromisos, dejando trazabilidad en las actas de reunión y en los aplicativos institucionales de seguimiento.

8. NO CONFORMIDADES (NIA 2431)

8.1. En el seguimiento a los indicadores del Plan Estratégico Institucional (PEI) y de las Políticas de Gestión y Desempeño del MIPG se evidenció el incumplimiento de los lineamientos SDS-PES-LN-005 y SDS-PES-LN-007, dado que, en el caso del PEI, pese a identificarse incumplimientos en indicadores estratégicos, no se definieron ni implementaron acciones de mejora para corregir las desviaciones; y, en el caso de las Políticas MIPG, las acciones de mejora definidas en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño no fueron registradas ni seguidas en el aplicativo ISOLución, afectando la trazabilidad del proceso. Adicionalmente, el ejercicio de reformulación de indicadores MIPG para la vigencia 2026 no fue documentado ni formalizado adecuadamente, al no contar con diagnóstico completo, fichas técnicas ni ajustes reflejados en la plataforma institucional, lo que evidencia debilidades en el cierre del ciclo de medición, seguimiento y mejora de los indicadores institucionales. Así mismo se evidenció que el tablero de indicadores de políticas MIPG en ISOLución monitorea la Política de Planeación Institucional a través de un único indicador asociado al cumplimiento del Plan Operativo de Gestión y Desempeño, lo cual resulta insuficiente para reflejar de manera integral su ejecución y resultados, considerando que dicha política se materializa en diversos instrumentos del ciclo de planeación, tales como el Plan Estratégico Institucional, el Plan de Acción en Salud y otros planes institucionales.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad, Dirección de Planeación Sectorial

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

Planeación Institucional

9.1 Se evidenció que los tiempos internos de cierre, consolidación y validación de la información estratégica del Plan Estratégico Institucional – PEI inciden tanto en la atención oportuna de requerimientos de organismos externos como en la disponibilidad de dicha información como insumo para la formulación y ajuste de los planes de la vigencia siguiente. En ausencia de mecanismos que articulen estos tiempos con los plazos externos y los ciclos de planeación institucional, se genera el riesgo de remitir información en proceso de cierre,

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

de aprovechar tardíamente la información estratégica y de incurrir en observaciones por parte de los organismos de control, en el marco del MIPG.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad, Dirección de Planeación Sectorial

Control Interno

9.2. En la revisión de la gestión y el monitoreo de los riesgos institucionales se identificaron debilidades en el diligenciamiento y uso de los instrumentos de gestión del riesgo (mapa de riesgos y matriz de monitoreo cuatrimestral), que configuran una situación de riesgo para la efectividad del sistema, evidenciada en los siguientes aspectos: i) monitoreo incompleto de los riesgos, reflejado en el diligenciamiento parcial o inexistente de la matriz de seguimiento cuatrimestral y en la existencia de registros incompletos en el repositorio institucional, lo que limita la trazabilidad y verificabilidad de la ejecución de los controles y ii) falencias metodológicas en los mapas de riesgos, tanto de gestión como de corrupción, tales como riesgos sin plan de acción, planes de acción sin responsables asociados y planes o controles sin responsables o periodicidad establecida. Adicionalmente, En la revisión del mapa de riesgos del proceso de Planeación Estratégica y Sectorial para las vigencias 2025 y 2026 se evidenció que los planes de acción formulados para el tratamiento de reducción registran actividad y fecha, pero no identifican de manera expresa el responsable de su ejecución, y que los riesgos que se mantienen en zona alta conservan los mismos controles definidos inicialmente, sin evidenciarse su fortalecimiento. Estas situaciones generan el riesgo de que no se identifiquen oportunamente desviaciones en la gestión del riesgo, se limiten las acciones preventivas o correctivas y se afecte la calidad de la información utilizada para el análisis del comportamiento del riesgo y la toma de decisiones en las instancias de seguimiento y control.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad, Dirección de Planeación Sectorial

9.3. Se evidenció en las actas de Comité Coordinador de Control Interno que, aunque las auditorías internas y externas identifican materializaciones de riesgos, debilidades de control y recurrencias en procesos críticos, dichos insumos no se integran de manera sistemática como parte del monitoreo cuatrimestral del mapa de riesgos ni en el indicador de riesgos materializados por parte de la segunda línea de defensa. Esta situación puede afectar la integralidad del análisis del riesgo institucional exigida por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, debido a limitaciones en la articulación entre los resultados de auditoría y el monitoreo del riesgo ejercido por parte de la segunda línea, generando el riesgo de una visión fragmentada del comportamiento y materialización del riesgo institucional para la toma de decisiones.

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad, Oficina de Control Interno

9.4. Se evidenció en las actas de Comité Coordinador de Control Interno del 31 de enero de 2025, 30 de julio de 2025 y 28 de enero de 2026, que, a pesar de la existencia de diversos mecanismos de seguimiento y escalamiento de las acciones de mejora, y que se ha avanzado en el tema, persiste la existencia de acciones de mejora vencidas o no cerradas oportunamente, así como la reaparición de las mismas situaciones en diferentes vigencias. Esta situación puede afectar la efectividad del ciclo de mejora continua y del Sistema de Control Interno, conforme a los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, debido a limitaciones en los mecanismos definidos para el seguimiento, escalamiento y tratamiento de acciones de mejora vencidas o no cerradas oportunamente, así como de incumplimientos reiterados o situaciones recurrentes. En este contexto, se genera el riesgo de no lograr cierres efectivos y oportunos y de que las debilidades identificadas continúen repitiéndose en el tiempo.

Responsable: Dirección de Planeación Institucional y Calidad, Oficina de Control Interno

Simplificación, Racionalización y Estandarización de Trámites

9.5. De la revisión efectuada se evidenció la existencia de diversos insumos utilizados en la formulación de la Estrategia de Racionalización de Trámites, tales como información asociada a PQR, volumen de trámites realizados, ejercicios de participación ciudadana y resultados generales de las ferias de servicios; sin embargo, no fue posible evidenciar de manera clara un mecanismo metodológico que integrara dichos criterios mediante ponderaciones, reglas explícitas u otro esquema verificable, ni un documento integrador que permitiera sustentar objetivamente el resultado final de la priorización de los trámites incluidos en la Estrategia, ni la concertación explícita de la totalidad de los trámites priorizados en el acta de la Mesa de Validación. Así mismo, aunque se reporta el número de personas atendidas por trámite en las ferias, no se evidenció información consolidada que discrimine el tipo de gestión efectivamente realizada en cada caso (orientación, consulta de estado, radicación, avance o cierre del trámite), lo cual en conjunto genera limitaciones en la trazabilidad y objetividad del proceso de priorización y en el uso de estos insumos para la toma de decisiones y la mejora de la Estrategia de Racionalización de Trámites en vigencias posteriores.

Responsable: Dirección de Servicio a la Ciudadanía

9.6 Se evidenció que la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno de la Estrategia de Racionalización de Trámites para la vigencia 2025 en el SUIT cubrió parcialmente las acciones previstas, al no incluir 10 de las 13 acciones definidas con corte al 31 de diciembre de 2025. Esta situación puede afectar el aseguramiento independiente y el seguimiento integral de la estrategia en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG,

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

debido a la falta de articulación entre las líneas de defensa y los controles implementados para asegurar el diligenciamiento completo del instrumento de seguimiento, generando el riesgo de no identificar oportunamente desviaciones, riesgos u oportunidades de mejora asociadas a la implementación de la estrategia y de incidir en la evaluación de la Política de Racionalización de Trámites en el FURAG.

Responsable: Oficina de Control Interno

9.7 De la revisión realizada se evidenció que la matriz de cálculo de ahorro no se encuentra totalmente diligenciada, lo cual impide demostrar de manera clara y verificable el beneficio generado para la ciudadanía. En su estado actual, la matriz no permite evidenciar de forma completa el ahorro producido por las acciones implementadas, debido a la ausencia de información correspondiente a todos los trámites y a todos los meses, la falta de actualización de los cálculos conforme al salario vigente y la inexistencia de un comparativo entre la meta y el avance alcanzado. Así mismo, no se identifican las decisiones o ajustes adoptados a partir de los resultados obtenidos, lo que limita la trazabilidad, la toma de decisiones basada en evidencia y la medición efectiva del beneficio al ciudadano en el marco de la estrategia de racionalización de trámites.

Responsable: Dirección de Servicio a la Ciudadanía

9.8 De la revisión efectuada se evidenció que la entidad reconoce la existencia de valor agregado para los ciudadanos que realizan trámites en línea, tales como la gratuidad de los trámites, la disponibilidad de canales digitales que evitan desplazamientos y las acciones de orientación y acompañamiento para facilitar el uso de las plataformas digitales; sin embargo, no se cuenta con mecanismos de medición que permitan evidenciar de manera sistemática su aprovechamiento, impacto en el uso de los trámites en línea o contribución a la mejora de la experiencia ciudadana, y no se encuentran formalizados mediante un acto administrativo. Esta situación genera un riesgo de debilidad en la trazabilidad y en la demostración objetiva del valor agregado ofrecido al ciudadano, así como de observaciones reiteradas por parte de los entes rectores en el marco del seguimiento al MIPG y al FURAG.

Responsable: Dirección de Servicio a la Ciudadanía

9.9 Se evidenció que, para la vigencia 2026, el riesgo N° 94 no se encuentra formulado conforme al lineamiento metodológico establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, el cual orienta la redacción de los riesgos bajo la estructura “Posibilidad de”, seguida de la identificación del impacto, la causa inmediata y la causa raíz. Así mismo, en el componente de tratamiento del riesgo, específicamente en el literal B correspondiente al plan de acción, no se identifica de manera expresa el responsable de su ejecución. Adicionalmente, no se evidenció la trazabilidad de los cambios efectuados entre los mapas de riesgos de las vigencias 2025 y 2026. Esta situación puede afectar la

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN, INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

efectividad del seguimiento y control del riesgo y del tratamiento definido, debido a debilidades en la aplicación homogénea del lineamiento metodológico y en los mecanismos de documentación de los ajustes realizados, generando el riesgo de limitar la verificación del proceso de revisión, ajuste y mejora continua del Sistema de Administración del Riesgo en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Responsable: Dirección de Servicio a la Ciudadanía

9.10. Se evidenció una debilidad en la articulación entre las líneas de defensa, que afecta el seguimiento y la evaluación del reporte en el SUI, al no contar con mecanismos efectivos de verificación del cumplimiento por parte de los responsables. Esta situación limita la adopción oportuna de acciones correctivas y preventivas y afecta la trazabilidad, el monitoreo continuo y la confiabilidad de la información, pese a la responsabilidad de los líderes de la política de garantizar su gestión en el marco del MIPG.

Responsable: Dirección de Servicio a la Ciudadanía, Dirección de Planeación Institucional y Calidad, Oficina de Control Interno

9.11 De acuerdo con el lineamiento para la implementación de la Política Pública de Racionalización de Trámites, cada dependencia debe designar un referente de trámites que actúe como enlace técnico y operativo para la ejecución y seguimiento de las acciones de racionalización; sin embargo, en la revisión efectuada se evidenció que en el formulario de la base de datos de referentes no se identifica de manera clara la designación formal de un referente por trámite, ni el trámite específico bajo su responsabilidad, así como que el listado disponible se encuentra desactualizado. Esta situación obedece a debilidades en los mecanismos de actualización, validación y control de la información de los referentes designados, y genera limitaciones en la articulación institucional, dificultades en la coordinación interdependencias y riesgos en la efectividad de la implementación y el seguimiento de las acciones de racionalización de trámites.

Responsable: Dirección de Servicio a la Ciudadanía

Gestión de la Información Estadística

9.12. De la revisión realizada se evidenciaron debilidades en los instrumentos de seguimiento y gestión de la información del PED, manifestadas en inconsistencias entre lo programado y lo ejecutado, ausencia de criterios uniformes para el reporte de avances y vacíos de información en herramientas clave como la matriz de monitoreo, el diccionario de datos, el directorio de actores del ecosistema de datos y los instrumentos de identificación de la demanda de información estadística, incluyendo campos sin diligenciar y registros incompletos. Esta situación contraviene los principios de planeación, trazabilidad, estandarización y calidad de la información establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y en la Política de Gestión de la Información Estadística, y obedece a

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN, INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

falencias en la definición de parámetros de reporte y en los controles de diligenciamiento, validación y seguimiento. Como consecuencia, se afecta la consistencia, comparabilidad y confiabilidad de la información disponible, lo que limita su uso efectivo para la toma de decisiones, el seguimiento al PED y la adecuada caracterización de actores y necesidades de información.

Responsable Dirección de Planeación Sectorial y Observatorio

9.13 Se evidenció que, en relación con la publicación de información estadística en SaluData, si bien la administración técnica de la Plataforma de Datos Abiertos Bogotá corresponde a IDECA, persisten debilidades bajo la responsabilidad del líder de política asociadas tanto a la formalización del tratamiento del riesgo como a la actualización de la información publicada. Por un lado, se identificaron brechas en el mapa de riesgos, al no reflejarse de manera integral los controles preventivos aplicados en la práctica, ni el responsable del plan de acción, y al definirse el efecto del riesgo principalmente en términos de la entrega tardía de la información, sin desarrollar de forma explícita las consecuencias institucionales sobre la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información estadística oficial (riesgo N° 30 en 2025, equivalente al riesgo N° 60 para 2026). Por otro lado, se evidenciaron debilidades en la actualización de los indicadores publicados, tales como fichas de indicadores en formatos no vigentes, incoherencias entre la periodicidad definida y la información reportada, y metadatos o diccionario de datos con nivel de detalle insuficiente. Estas situaciones, aunque diferenciadas en su manifestación, se asocian a un mismo riesgo institucional y generan el riesgo de publicar información estadística desactualizada o no trazable, lo que puede afectar la confiabilidad de la información, el seguimiento institucional y la toma de decisiones, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Responsable Dirección de Planeación Sectorial y Observatorio

9.14 En la revisión del cumplimiento del Plan Estadístico Distrital se evidenció la ejecución de cincuenta y dos (52) actividades programadas; sin embargo, no se observó cumplimiento de la actividad 3.4.1, relacionada con la difusión de los metadatos asociados a la información producida —operaciones estadísticas, registros administrativos e indicadores—. Esta situación contraviene los compromisos establecidos en el PED y genera un riesgo para la transparencia, la trazabilidad y el adecuado uso e interpretación de la información estadística por parte de los usuarios, al limitar el acceso a elementos metodológicos esenciales para su comprensión y reutilización.

Responsable Dirección de Planeación Sectorial y Observatorio

9.15 Se evidenció que la medición de la Política de Gestión de la Información Estadística se soporta en indicadores orientados principalmente a la actualización de inventarios y requerimientos de información. Esta situación puede afectar la evaluación integral del desempeño de la política en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

MIPG, debido a que la medición no incorpora de manera suficiente variables asociadas a la calidad, oportunidad y uso efectivo de la información estadística, generando el riesgo de contar con una visión parcial de su aporte a la gestión institucional y a la toma de decisiones.

Responsable Dirección de Planeación Sectorial y Observatorio

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

Transversales

10.1 Se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con estructuras formales, instrumentos institucionales definidos, instancias de gobernanza operativas y capacidades técnicas instaladas para la planeación institucional, la gestión del riesgo, la racionalización de trámites y la gestión de la información estadística. Estas condiciones permiten afirmar que el MIPG se encuentra implementado y en operación a nivel institucional.

10.2. El análisis realizado muestra que las principales brechas identificadas no se relacionan con la inexistencia de políticas, metodologías o instrumentos, sino con debilidades en la trazabilidad, formalización, evaluación de impacto y uso estratégico de la información para la toma de decisiones, lo que limita la consolidación del enfoque de mejora continua previsto en el MIPG.

10.3. De manera transversal, se identifican retos asociados a la articulación efectiva entre planeación, ejecución, seguimiento y control; a la consistencia metodológica en la gestión del riesgo; y a la capacidad institucional para demostrar resultados, impactos y beneficios derivados de la implementación de las políticas de gestión y desempeño, tanto en el ámbito interno como frente a la ciudadanía.

10.4 Se recomienda fortalecer los mecanismos mediante los cuales las decisiones y compromisos definidos en el Comité Coordinador de Control Interno – CCCI y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño – CIGD se trasladan de manera efectiva a la primera línea de defensa, asegurando la asignación explícita de responsables, plazos y métricas de seguimiento, con el fin de favorecer la implementación efectiva de las directrices adoptadas y reducir la reiteración de los mismos asuntos en las sesiones de los comités. Así mismo, se recomienda consolidar análisis periódicos del impacto de la implementación de las políticas de gestión y desempeño, que permita evidenciar resultados, apoyar la toma de decisiones.

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Planeación Institucional

10.5 Considerando que en el momento de la formulación del Plan Estratégico Institucional 2025-2028 no se encontraban las directrices actualmente vigentes del Lineamiento SDS-PES-LN-005 v2, se recomienda valorar la formalización de la aprobación del Plan Estratégico Institucional 2025-2028 por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, como buena práctica orientada a fortalecer el direccionamiento estratégico, la gobernanza institucional y la rendición de cuentas en el marco del MIPG. Así mismo, se recomienda valorar el ajuste del documento actual para incorporar, en la medida de lo posible, los criterios definidos en el numeral 5.2 del lineamiento vigente, relacionados con la definición de planes de acción con tiempos, la identificación de recursos y los mecanismos de seguimiento y evaluación, para fortalecer el seguimiento, la medición del desempeño estratégico y la toma de decisiones en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

10.6 Se recomienda socializar el PEI con todo el talento humano de la entidad, con el fin de asegurar alineación estratégica, claridad de roles y oportunidad en el reporte, así como publicar el PEI 2025-2028 en el micrositio de transparencia, como expresión del compromiso de la alta dirección con la transparencia activa, el direccionamiento estratégico y la rendición de cuentas en el marco del MIPG.

10.7. Se recomienda documentar y dar claridad acerca de los criterios mediante los cuales los indicadores del Plan Distrital de Desarrollo se seleccionan e integran como indicadores estratégicos del Plan Estratégico Institucional – PEI, así como diferenciar explícitamente, en los instrumentos de planeación y seguimiento, cuáles indicadores corresponden al PEI y cuáles al PDD, precisando sus respectivos espacios y periodicidades de seguimiento.

Simplificación, Estandarización y Racionalización de Trámites

10.8 Es importante fortalecer la formalización y estandarización de la comunicación con la primera línea de defensa para la identificación, actualización y seguimiento de los trámites/OPA's, mediante la consolidación de registros únicos de seguimiento (como actas o matrices), que integren decisiones, responsables, tiempos y gestiones técnicas, con el fin de facilitar el control, la consulta y la demostración del seguimiento sistemático, en coherencia con el enfoque de líneas de defensa del MIPG.

10.9 Se recomienda fortalecer el proceso de medición de la satisfacción ciudadana frente a los trámites de la SDS, mediante la mejora en la trazabilidad y el alcance del instrumento aplicado. En particular, se sugiere desagregar la categoría “Otros” para identificar claramente los trámites que la conforman, ampliar la medición a usuarios que no culminaron el trámite o que presentaron dificultades de acceso, e incorporar un análisis específico de los trámites o componentes con menor nivel de satisfacción, incluyendo la identificación de

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

causas. Así mismo, se recomienda ampliar la cobertura del instrumento a otros trámites, puntos de atención y canales, con el fin de contar con información más representativa que soporte la priorización de acciones y la toma de decisiones en el marco de la Política de Racionalización de Trámites.

10.10 Teniendo en cuenta que durante las Ferias de Servicios se realizaron radicaciones directas de trámites cuando la ciudadanía contaba con la documentación completa, en coherencia con lo dispuesto en la Circular 018 de 2025 de la Secretaría General, se recomienda fortalecer los mecanismos de registro y consolidación de la información que permitan disponer de datos cuantitativos y verificables sobre el número total de trámites formalmente radicados durante las jornadas. Lo anterior contribuirá a mejorar la trazabilidad de los resultados del servicio prestado, facilitar la evaluación integral del cumplimiento del enfoque de soluciones efectivas, completas e integrales definido en la Circular, y apoyar la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento de la atención a la ciudadanía en estos espacios. La Estrategia Itinerante debe evolucionar de un enfoque predominantemente informativo hacia un enfoque resolutivo, que garantice y evidencie la realización efectiva de trámites como principal impacto de la presencia institucional en territorio.

10.11 Se recomienda que el monitoreo de la Estrategia de Racionalización de Trámites incorpore de manera explícita la fecha en la que se realiza el seguimiento, así como la conservación de soportes documentales que permitan asegurar la trazabilidad del ejercicio.

10.12 Teniendo en cuenta que las acciones de racionalización tecnológica contempladas en la Estrategia de Racionalización de Trámites dependen de la disponibilidad de recursos de la Dirección de Tecnologías de la Información, resulta fundamental que, desde el liderazgo de la política, se adelanten las gestiones necesarias para que en la planeación se incorporen mecanismos que garanticen la identificación y disponibilidad oportuna de dichos recursos. Lo anterior, con el fin de evitar que racionalizaciones tecnológicas necesarias no sean incluidas en la Estrategia por falta de recursos definidos —y no por ausencia de pertinencia—, o que las acciones previstas no se ejecuten dentro de los plazos establecidos.

Gestión de la Información Estadística

10.13 Es importante incorporar de manera explícita el enfoque diferencial en el directorio de actores, en coherencia con los principios y lineamientos institucionales que orientan su aplicación. Esto permitirá fortalecer la caracterización de los actores, mejorar la consistencia del instrumento y asegurar su alineación con la gestión institucional que se adelanta bajo dicho enfoque.

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

10.14 Se recomienda que la entidad defina y publique un calendario institucional de difusión de información estadística, articulado con el calendario distrital en proceso de consolidación, así como consolidar y publicar en su página web los inventarios institucionales de registros administrativos y operaciones estadísticas, en coherencia con las recomendaciones del DAFP, con el fin de fortalecer la planeación, transparencia, acceso y uso de la información estadística institucional.

10.15 Se recomienda fortalecer el uso de la información estadística interna como insumo para la planeación y la gestión del riesgo institucional, promoviendo el aprovechamiento de métricas y registros generados por los propios procesos (por ejemplo: tiempos, volúmenes, recurrencias, reprocesos y fallos operativos) para apoyar la definición de la probabilidad de los riesgos, el análisis de tendencias y la toma de decisiones en los ejercicios de planeación de las dependencias. Lo anterior, sin perjuicio del enfoque de la Política de Gestión de la Información Estadística orientado a la medición de resultados institucionales, lo cual permitirá ampliar su aporte al fortalecimiento de la gestión interna en el marco del MIPG.

Control Interno

10.16 Es importante actualizar la Política de Administración del Riesgo, el Lineamiento de Gestión del Riesgo y el Mapa de Riesgos Institucional, conforme a los cambios presentados en la *“Guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas”* versión 7 del DAFP, así como consolidar un único mapa de riesgos institucional en el que se diferencien claramente los distintos tipos de riesgos, incluyendo los de gestión, fiscales, integridad pública y seguridad de la información, identificando de manera explícita las diferentes amenazas para la integridad pública (Corrupción, Fraude Interno, Soborno, Conflicto de Interés, Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva).

10.17 Se recomienda revisar la asociación del indicador institucional orientado a medir la materialización de riesgos dentro del esquema de políticas del MIPG, con el fin de alinearlos a la Política de Control Interno, en coherencia con su alcance y finalidad como instrumento de monitoreo del Sistema de Control Interno.

10.18 Se recomienda que la entidad evalúe de manera progresiva la incorporación de indicadores clave de riesgo (KRI) o métricas de naturaleza preventiva que complementen el seguimiento a la materialización de riesgos, con el fin de fortalecer la capacidad de anticipación, apoyar la evaluación de la eficacia de los controles y proporcionar información oportuna para la toma de decisiones por parte de las instancias de gobernanza, en coherencia con el enfoque establecido por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP V7.

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

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

10.19 Se recomienda evaluar la pertinencia de definir, fortalecer y/o articular los instrumentos institucionales asociados a la gestión de los riesgos de integridad pública, tales como las políticas antifraude, antisoborno y ALA/CFT/CFP (lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva), así como procedimientos para la gestión de conflicto de intereses, el reporte de operaciones sospechosas, y la operación del canal institucional de denuncias por corrupción y buzón ético, apoyados entre otros mecanismos en un “*Manual de debida diligencia*” que incorpore criterios objetivos y perfiles de riesgo, en coherencia con la Política de Administración de Riesgo y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública SIGRIP.

10.20 Se recomienda fortalecer el análisis y monitoreo del riesgo institucional mediante la incorporación sistemática de información proveniente de otras fuentes internas de la entidad, tales como seguridad y salud en el trabajo, gestión disciplinaria, talento humano, atención al ciudadano, tecnologías de la información, defensa jurídica, entre otras, que permita identificar eventos, tendencias o situaciones recurrentes que evidencien la materialización o proximidad de riesgos, como complemento a los reportes de los procesos y a los resultados de las auditorías, en coherencia con el enfoque de gestión integral del riesgo del MIPG.

10.21 Se recomienda que la segunda línea de defensa, consolide de manera periódica un ejercicio integrado de evaluación de la Política de Administración del Riesgo, que articule los resultados del monitoreo institucional, los indicadores de riesgo, las decisiones adoptadas en las instancias de gobernanza y los insumos de la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, con el fin de fortalecer la trazabilidad, facilitar la lectura global de la efectividad de la política y apoyar la toma de decisiones estratégicas en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500)

Como resultado de la auditoría, los procesos auditados deberán cumplir con el lineamiento establecido por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para la elaboración del plan de mejoramiento a que haya lugar, con el fin de realizar el tratamiento adecuado de los riesgos, incluyendo el ciclo PHVA en las actividades propuestas y, de ser necesario, realizar mesas de trabajo cuando las no conformidades y/o acciones para abordar los riesgos involucren a otras dependencias. De igual forma, para las conclusiones y recomendaciones, es necesario informar a esta Oficina, cuáles serán tratadas como oportunidades de mejora en el aplicativo ISOlución y la razón por la cual, no se incluirán algunas de ellas.

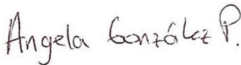
*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 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 FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS- EIG -FT-002	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

12. ANEXOS.

Anexo 1 Evidencias Hallazgos

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

Firmado
digitalmente por

Angela González
Palacio

ANGELA GONZÁLEZ PALACIO


Doris Pilar
Ojeda

DORIS PILAR OJEDA PÉREZ

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.


Firmado
digitalmente por
Saira Guzmán

SAIRA ADELINA GUZMÁN MARMOLEJO