

 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

AUDITORIA DE GESTION CON ENFASIS EN RIESGOS AL SARLAFT Y COF
(LA/FT/FPADM) EN LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA D.C.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITOR (ES):

LÍDER

OSCAR HERNANDO ROJAS SUAREZ

EQUIPO AUDITOR

JOSÉ GREGORIO BUENO HERNÁNDEZ

REVISADO POR:

SAIRA ADELINA GUZMÁN MARMOLEJO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTÁ, D.C JUNIO 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)	5
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA (NIA 2210).....	5
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA (NIA 2220).....	5
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)	6
5. METODOLOGÍA UTILIZADA (NIA 2300)	10
6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS (NIA 2320).....	11
6.1 Esquema de la Líneas de Defensa	13
6.2. Ambiente de Control	14
6.3 Actividades de Control.....	18
6.4 Gestión de los Riesgos.....	21
6.5 Actividades de Monitoreo	24
6.6 Información y Comunicación.....	27
7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2)	32
8. NO CONFORMIDADES (NIA 2431)	33
9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS (NIA 2410-A1).....	34
10. CONCLUSIONES (NIA 2410-A1)	39
11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).	41
12. ANEXOS.....	42

*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

TABLA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Sigla / Acrónimo	Significado
BSL3	Laboratorio de Bioseguridad Nivel 3 (Biosafety Level 3)
BWC / CABT	Convención sobre Armas Biológicas / Convención sobre Armas Biológicas y Toxínicas
CCCI	Comité Coordinador de Control Interno
COF / SICOF	Sistema de Control de Fraude (Corrupción, Opacidad y Fraude)
DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
DD	Debida Diligencia
DPIC	Dirección de Planeación Institucional y Calidad
EPS	Entidad Promotora de Salud
FT	Financiación del Terrorismo
FPADM	Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
LA	Lavado de Activos
LA/FT/FPADM	Lavado de Activos / Financiación del Terrorismo / Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
MECI	Modelo Estándar de Control Interno
MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
NIA	Normas Internacionales de Auditoría
OC	Oficial de Cumplimiento
OFAC	Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de EE.UU. (Office of Foreign Assets Control)
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PADM	Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
PEP	Persona Expuesta Políticamente
PHVA	Planear, Hacer, Verificar, Actuar (ciclo de mejora continua)
PTEP	Programa de Transparencia y Ética Pública

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					

Sigla / Acrónimo	Significado
REDAM	Registro de Deudores Alimentarios Morosos
RNMC	Registro Nacional de Medidas Correctivas
ROS	Reporte de Operación Sospechosa
SARLAFT	Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SICOF	Sistema de Control de Fraude (Corrupción, Opacidad y Fraude)
SIGRIP	Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública
SIREL	Sistema de Reporte en Línea de la UIAF
SIPLAFT	Sistema de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo
SMLMV	Salario Mínimo Legal Mensual Vigente
TRD	Tabla de Retención Documental
UIAF	Unidad de Información y Análisis Financiero

*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)

Evaluar la efectividad del diseño, implementación y operación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT y COF (LA/FT/FPADM) en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., verificando el cumplimiento de los lineamientos normativos vigentes y la existencia de controles adecuados para prevenir, detectar y mitigar operaciones asociadas con el lavado de activos, la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA (NIA 2210)

- Verificar la existencia y vigencia de la política de administración de riesgos LA/FT/FPADM (Resolución 200 de 2025) y su actualización conforme a la Guía DAFP v7 (SIGRIP).
- Comprobar la designación formal del Oficial de Cumplimiento (Resolución 1028 de 2026) y su acreditación técnica en LA/FT conforme al Numeral 6.2.1 de la Circular 2021.
- Verificar la incorporación del riesgo LA/FT/FPADM en el mapa de riesgos institucional con controles, responsables y mecanismos de monitoreo.
- Establecer si la entidad ha enviado reportes obligatorios a la UIAF (ROS y no existencia) a través del SIREL durante el periodo 1 enero 2025 al 30 mayo 2026.
- Evaluar la articulación formal entre las dependencias involucradas en el SARLAFT.
- Verificar si el componente FPADM/COF (Laboratorio BSL-3) está contemplado en el sistema.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA (NIA 2220)

Desde: Identificación, medición, control y monitoreo del riesgo SARLAFT y COF (LA/FT/FPADM).

Hasta: Evaluación de controles, reportes UIAF y planes de mejoramiento.

Periodo: 1 de enero de 2025 al 30 de mayo de 2026.

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA (NIA 2210- A3)

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

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					

- Resolución 1954 de 2018 por medio de la cual se adoptó el Código de Integridad de la SDS, instrumento que establece los principios y valores que orientan la actuación de los funcionarios y que constituye el referente de conducta ética institucional en el marco del SICOF.
- Resolución 1518 de diciembre de 2024 por la cual se actualizó la plataforma estratégica institucional de la SDS, estableciendo el marco de visión, misión, objetivos y valores que orienta la gestión de la entidad para el período vigente.
- Resolución 306 de 2025 por la cual se designó al anterior oficial de cumplimiento, cuya gestión corresponde a la primera parte del período auditado. Su existencia es relevante para determinar la continuidad de la designación a lo largo del período y para evaluar el alcance del acta de empalme.
- Resolución 200 de 2025 expedida por la Secretaría Distrital de Salud por medio de la cual se actualiza la Política de Administración de Riesgos de la entidad e integra formalmente los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo al sistema institucional de gestión de riesgos. Establece el rol del oficial de cumplimiento, sus funciones y su inserción en la estructura de líneas de defensa de la entidad. Es el instrumento normativo interno más relevante del SARLAFT en la SDS al momento de la auditoría, siendo objeto de actualización para alinearlos con la versión 7 de la guía del DAFP.
- Resolución 1028 del 24 de marzo de 2026 expedida por la Secretaría Distrital de Salud, por medio de la cual se designa formalmente a la oficial de cumplimiento titular y a la oficial de cumplimiento suplente del sistema SARLAFT/COF/FPADM y SICOF en la SDS. Constituye el hito normativo interno más reciente del período auditado y el acto que activa formalmente la estructura de gobierno del sistema en la vigencia 2026.

4.2 Externos (leyes y regulaciones que apliquen)

Normas Internacionales y Estándares de Referencia

Las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) constituyen el referente técnico internacional de mayor peso en materia de prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo, y son el estándar al que Colombia se comprometió mediante la Ley 1186 de 2008, que aprobó el memorando de entendimiento entre los Estados del Grupo de Acción Financiera de Sudamérica (GAFISUD). Las listas consolidadas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, emitidas en virtud de las Resoluciones 1267 de 1999 y 1373 de 2001; y sus sucesivas actualizaciones, son vinculantes para Colombia y constituyen el referente obligatorio de consulta en 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					

procesos de debida diligencia de contrapartes vinculadas al terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva. Las listas del Office of Foreign Assets Control (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, si bien no son formalmente vinculantes en el Derecho Internacional Colombiano, tienen aplicación práctica efectiva en los procesos de verificación de contrapartes dado el riesgo de sanciones secundarias que su inobservancia puede generar. Los protocolos de la Organización de las Naciones Unidas para la prevención de la proliferación de armas biológicas son el marco de referencia para la gestión del componente PADM en relación con el Laboratorio de Salud Pública BSL3 de la SDS.

Normas Nacionales con Rango de Ley

- La Ley 87 de 1993 establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado, define el sistema de control interno como el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, y asigna a la Oficina de Control Interno la función de evaluación independiente del sistema. Esta ley es el fundamento legal de la presente auditoría.
- Ley 526 de 1999 es la norma fundacional del sistema de prevención del lavado de activos en Colombia. Crea la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) como autoridad competente para recibir y analizar los reportes de operaciones sospechosas, establece la obligación de designar un oficial de cumplimiento mediante acto del representante legal, y consagra la obligación de reportar a la UIAF las operaciones sospechosas identificadas. Su artículo 7 establece el régimen de reserva que protege la información reportada y a los funcionarios que intervienen en la detección y el reporte.
- Ley 594 de 2000, Ley General de Archivos, establece los criterios de organización, conservación y disposición final de los documentos producidos por las entidades públicas en el ejercicio de sus funciones. Es el referente normativo para la obligación de incluir los documentos del SARLAFT en la Tabla de Retención Documental y respetar los plazos de conservación mínimos exigidos por la normativa del sistema, que son de diez años.
- Ley 1121 de 2006 amplía el marco normativo del sistema incorporando la Financiación del Terrorismo como objeto de prevención, modifica la Ley 526 de 1999 y establece disposiciones específicas sobre la obligación de reporte a la UIAF. Su artículo 17 refuerza la obligación de enviar los Reportes de Operaciones Sospechosas dentro de los plazos establecidos por la UIAF.
- Ley 1122 de 2007 establece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, y la Ley 1438 de 2011 reforma el Sistema General 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					

Seguridad Social en Salud, incluyendo la facultad sancionatoria de la Superintendencia frente a las entidades que incumplan las instrucciones emitidas en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

- Ley 1474 de 2011, conocida como el Estatuto Anticorrupción, dicta normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Junto con la Ley 190 de 1995, constituye el referente normativo de las obligaciones anticorrupción de las entidades públicas, incluyendo las que integran el SICOF.
- Ley 1762 de 2015 amplía nuevamente el alcance del sistema incorporando la lucha contra el contrabando, el lavado de activos y la evasión fiscal, y fortalece las obligaciones de reporte y las medidas de control aplicables a las entidades obligadas.
- Ley 2195 de 2022 adopta medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción. Su artículo 31 establece la obligación de formular el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), dentro del cual el SARLAFT se integra como acción estratégica de la Temática 1 sobre Administración de Riesgos. Esta ley constituye el vínculo normativo que articula las obligaciones del SARLAFT con el marco de gestión institucional de las entidades públicas del distrito.

Decretos Reglamentarios

- Decreto 1497 de 2002 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 526 de 1999 y se dictan otras disposiciones”
- Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017 – Los cuales modifican el Decreto 1083 de 2015 en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido para las entidades del Estado, incluyendo los roles del sistema de control interno y las obligaciones de evaluación independiente de la gestión que corresponden a la Oficina de Control Interno.
- Decreto Distrital 807 de 2019 – Por el cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital, articulando las exigencias del modelo nacional con las particularidades del gobierno distrital de Bogotá D.C., lo que incluye el SARLAFT en el contexto de la implementación del PTEP por parte de las entidades del Distrito.

*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					

- Decreto 1080 de 2021 – El cual reglamenta el funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud y establece entre sus funciones la de emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre el cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación. Este decreto es el fundamento de la competencia de la Superintendencia para expedir la Circular Externa que regula el SARLAFT.
- Decreto 830 de 2021 Por el cual se modifica y adiciona artículos al Decreto 1081 de 2015 en lo relacionado con el régimen de las Personas Expuestas Políticamente (PEP), estableciendo las obligaciones de identificación, registro y aplicación de debida diligencia intensificada para este tipo de sujetos. En el contexto de la SDS, este decreto es especialmente relevante dado el frecuente contacto de la entidad con funcionarios públicos de otros niveles del sistema de salud, directivos de entidades públicas y representantes de organismos con manejo de recursos públicos.
- Decreto 1122 de 2024 – El cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública. Este decreto establece las condiciones de formulación, contenido, implementación y seguimiento del PTEP, que es el instrumento que integra el SARLAFT en el marco de planificación institucional de la SDS.

Circulares e Instrucciones de Autoridades de Supervisión

- Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud – Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al SICOF y modifica las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018. Establece las etapas del SARLAFT (identificación, evaluación y medición, controles, y seguimiento y monitoreo), los elementos del sistema (políticas, procedimientos, documentación, estructura organizacional, órganos de control, infraestructura tecnológica, divulgación de información y capacitación), las obligaciones de la Junta Directiva o quien haga sus veces, el perfil y las funciones del oficial de cumplimiento, las exigencias de la Auditoría Interna en materia de evaluación semestral del sistema, los requisitos de la infraestructura tecnológica y los regímenes del SICOF. Define también el régimen sancionatorio aplicable, que contempla multas de hasta 8.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a las entidades y hasta 2.000 SMLMV a los representantes legales.

*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					

- Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, modificada por la Circular 20211700000005-5 de 2021 – Por la cual se imparten instrucciones relativas al SARLAFT e incluye disposiciones sobre el sistema de reporte, la estructura del sistema y las obligaciones de los sujetos vigilados. Continúa vigente en los aspectos no modificados por la circular 20211700000005-5 de 2021.
- Circular Externa 100-019 del Departamento Administrativo de la Función Pública – Por la cual se establecen las orientaciones para el cumplimiento del Decreto 830 de 2021, incorporado en el Decreto 1081 de 2015, único reglamentario del sector Presidencia de la República, por parte de sus sujetos obligados, y de la ley 2013 de 2019 por parte de los contratistas del Estado.

Adicionalmente en el desarrollo de esta auditoria, se verificaron las guías y cartillas operativas de la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF para entidades públicas, en particular la guía de normatividad ALA/CFT, Cartilla Debida Diligencia para mitigar riesgos LA-FT-FP, Cartilla Delitos Fuente del lavado de activos, entre otras definidas para la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en entidades del sector público, las cuales determinan los conceptos técnicos de mayor especificidad para adaptar las obligaciones del sistema al contexto de las entidades. Estas guías orientan la segmentación de factores de riesgo, el diseño de señales de alerta, el proceso de debida diligencia en el contexto público y el uso del sistema SIREL para el envío de reportes, las cuales pueden ser consultadas en la página Web: <https://www.uiaf.gov.co/sistema-nacional-ala-cft/normatividad-del-sistema-y-documentos-de-interes#>

5. METODOLOGÍA UTILIZADA (NIA 2300)

El equipo auditor aplicó durante el período de ejecución comprendido entre el 1 de mayo y el 30 de junio de 2026 técnicas de auditoría que permitieron construir un diagnóstico integral del sistema. La combinación de técnicas obedeció a la naturaleza del objeto auditado: un sistema en construcción que no puede ser evaluado únicamente desde la revisión documental, sino que requirió entrevistas estructuradas con los responsables, análisis de coherencia entre los instrumentos producidos y la normativa, y verificación de la articulación real entre las dependencias involucradas en la SDS.

La revisión documental constituyó la técnica de mayor cobertura y permitió examinar normatividad relacionada, actos administrativos vigentes, las versiones de instrumentos en construcción (lineamiento de debida diligencia v1, lineamiento de gestión de riesgos v3, formato de debida diligencia v1), los correos electrónicos institucionales aportados como evidencia de la gestión del sistema, listas de asistencia a las capacitaciones realizadas en enero y febrero de 2026, los informes de capacitación en gestión de riesgos

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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 la documentación de la Red de Oficiales de Cumplimiento. Esta revisión fue complementada con entrevistas estructuradas realizadas en el marco de las mesas de trabajo adelantadas durante el período de auditoría para el levantamiento de información relacionada a la implementación del SARLAFT.

La aplicación de listas de chequeo específicamente diseñadas para esta auditoría permitió validar de manera sistemática las obligaciones normativas con los criterios de cumplimiento esperados, las evidencias requeridas y los procedimientos de verificación para cada actividad. Estas listas cubrieron dieciséis aspectos verificables del sistema, distribuidos en nueve áreas funcionales: designación y estructura del oficial de cumplimiento, reportes obligatorios a la UIAF, detección y análisis de operaciones inusuales y sospechosas, debida diligencia, gestión del riesgo de LA/FT, PTEP, capacitación, gestión documental y relación con la alta dirección y órganos de control.

La verificación de la planeación del sistema se enfocó en seis aspectos críticos: la existencia y formalización del plan, su alineación normativa, el sustento en un diagnóstico de brechas, los mecanismos de seguimiento y monitoreo, la disponibilidad de recursos para su implementación y la cobertura de las actividades previstas para las vigencias 2025 y 2026. En este contexto, este aspecto adquirió especial relevancia, dado que durante la mesa de contextualización el proceso auditado confirmó la inexistencia de un plan de trabajo formal, situación que constituye la principal brecha de planeación identificada y condiciona a la adecuada definición, articulación, ejecución y seguimiento de las acciones requeridas para la implementación efectiva del sistema.

Para la presentación de los resultados de esta auditoría se adoptó la estructura de los cinco componentes del Sistema de Control Interno y los hallazgos fueron clasificados en tres categorías: no conformidades que hace referencia a los hallazgos de cumplimiento legal, cuando el incumplimiento corresponde a una obligación establecida directamente en norma con rango de ley o en instrucción vinculante de la autoridad supervisora; acciones para abordar riesgos cuando se presenten debilidades de los controles existentes o presenta brechas en su diseño u operación; y por último oportunidades de mejora, cuando la situación no constituye incumplimiento directo pero es susceptible de fortalecimiento para elevar la madurez del sistema.

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

El presente análisis se desarrolló en el marco del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), adoptado en la séptima dimensión del MIPG (Decreto 1499 de 2017). La información fue obtenida en el desarrollo de mesas de auditoría y entregas documentales formales mediante OneDrive y correos electrónicos. En este contexto, resulta necesario precisar lo siguiente:

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					

La Secretaría Distrital de Salud es la entidad rectora del sistema de salud en Bogotá D.C. como ente territorial, ejerce funciones de dirección, coordinación y control del sector salud en la ciudad. Es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud y está sujeta a las instrucciones de ese organismo en materia de gestión de riesgos, incluyendo la obligación de implementar el SARLAFT/PADM y el SICOE conforme a la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021. Adicionalmente, como entidad pública del Distrito Capital, desarrolla el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en cumplimiento del artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, dentro del cual el SARLAFT se integra como acción estratégica de la Temática 1 sobre Administración de Riesgos. Por lo anterior, ambas obligaciones, la de implementar el SARLAFT/PADM y el SICOE y desarrollar el PTEP, se complementan y refuerzan mutuamente, aunque cada una tiene su propio marco de requerimientos y su propio régimen sancionatorio.

Desde la perspectiva normativa interna, la SDS cuenta con una trayectoria en gestión de riesgos que antecede a la implementación del SARLAFT. La entidad dispone de un esquema integral de gestión de riesgos de corrupción, gestión y seguridad de la información, desarrollado bajo la metodología del DAFP, con mapas de riesgos publicados en la página web institucional, seguimientos trimestrales documentados y una estructura de líneas de defensa formalmente establecida. Esta capacidad institucional constituye un activo importante para la implementación del SARLAFT, ya que la entidad no parte de cero en materia de cultura del riesgo, sino que debe fortalecer y especializar los instrumentos existentes para incorporar las particularidades asociadas a los riesgos de LA/FT/FPADM.

El proceso de implementación del SARLAFT en la SDS tiene como antecedente inmediato las acciones adelantadas durante la vigencia 2025. En ese contexto, se debe señalar que la Resolución 200 de 2025, expedida por la Secretaría de Salud contó para su construcción con el Oficial de Cumplimiento, acto administrativo que se constituye el primer instrumento normativo interno mediante el cual se incorporaron formalmente los riesgos de LA/FT/FPADM a la política de administración de riesgos de la entidad. No obstante, la auditoría evidenció un nivel limitado de desarrollo del SARLAFT durante dicha vigencia. Al respecto, el proceso auditado informó que no se formuló un plan de trabajo específico para 2025, que la construcción del lineamiento de debida diligencia fue suspendida en espera de la expedición de la versión 7 de la guía del DAFP y que la principal evidencia de gestión corresponde a la participación del anterior oficial de cumplimiento en la actualización de la mencionada resolución. En consecuencia, esta limitada actividad constituye un elemento de contexto relevante para la presente evaluación, toda vez que define el grado de avance y madurez del sistema recibido por la actual oficial de cumplimiento al momento de asumir sus funciones en marzo de 2026.

El cambio de oficial de cumplimiento constituye un hecho relevante dentro del período auditado. La transición entre el anterior y la actual oficial de cumplimiento se formalizó mediante la Resolución 1028 del 24 de marzo de 2026 y estuvo acompañada por un acta de empalme. Posteriormente, durante el período comprendido entre dicha designación y

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					

el cierre del levantamiento de información, se desarrollaron diversas actividades orientadas al fortalecimiento del SARLAFT, entre ellas la realización de tres mesas de trabajo para la actualización del lineamiento de debida diligencia, avances en la construcción del formato correspondiente, consultas con la Dirección de Contratación, participación en la sesión de la Red de Oficiales de Cumplimiento del 21 de mayo de 2026 y la aprobación de una nueva resolución de política en el Comité Coordinador de Control Interno. En este contexto, es pertinente verificar que los instrumentos y documentos elaborados durante este período para que surtan y concluyan las etapas de revisión, validación y aprobación requeridas, con el fin de asegurar su consistencia técnica, jurídica y funcional.

Por otra parte, dentro del contexto institucional de la SDS asociado al SARLAFT/COF/PADM, reviste especial importancia la operación del Laboratorio de Salud Pública con nivel de contención biológica BSL-3. Este laboratorio desarrolla actividades relacionadas con el manejo de agentes biológicos de alto riesgo bajo estrictos protocolos de bioseguridad y control de acceso, en concordancia con estándares y compromisos internacionales orientados a prevenir la proliferación de armas biológicas. En razón de estas características, su operación guarda relación con las obligaciones de gestión del riesgo de Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), uno de los componentes contemplados en el SARLAFT/COF/PADM. En consecuencia, este escenario requiere que la entidad incorpore dentro de sus procesos de identificación, evaluación y control de riesgos los elementos asociados a dicha actividad, considerando las particularidades operativas, técnicas y de seguridad que representa para la gestión integral del riesgo.

6.1 Esquema de la Líneas de Defensa

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499/2017, Modulo 7) distribuye las responsabilidades del control interno en una Línea Estratégica y tres líneas operativas. En la SDS, la Línea Estratégica corresponde al Secretario Distrital, quien adoptó la Resolución 200/2025 y designó al Oficial de Cumplimiento, la cual es modificada por la (Resolución 1028/2026), disponiendo la actualización de la información. Se resalta que la Entidad cuenta con la actualización de la política la cual fue aprobada en el Comité Coordinador de Control Interno (CCCI), el 28 de abril de 2026; sin embargo para el momento de la realización de la auditoria esta no había sido firmada por el Secretario al cierre (10/06/2026), hecho confirmado por el Profesional de la DPIC en la Mesa No. 4.

La Primera Línea de Defensa opera a través del Oficial de Cumplimiento (Asesora del Despacho, con titular y suplente designados), la Dirección de Contratación y la Dirección de Talento Humano. Estas dependencias aplican controles de debida diligencia mediante verificaciones en SIPLAFT, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, REDAM, RNMC y antecedentes policiales, y tienen incorporado el Formato de Declaración y Compromiso de Prevención del LA/FT en sus listas de chequeo, conforme

*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					

al Lineamiento SDS-DFO-LN-011 v2 (confirmado en Mesa No. 2, 19/05/2026). La brecha crítica de esta línea es la ausencia de usuario activo en el SIREL de la UIAF, que impide el cumplimiento de la obligación de reporte. Por otra parte, la suplente de la Oficial no evidenció participación formal y activa en las actividades en marco al SARLAFT.

La Segunda Línea de Defensa es ejercida por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad (DPIC), dependencia que lidera la articulación del SARLAFT con el PTEP. No obstante, su principal debilidad radicó en que la información del sistema se almacena en la carpeta personal del Profesional de la DPIC, sin contar con un repositorio institucional establecido y compartido, situación confirmada en la Mesa No. 3 del 2 de junio de 2026. Por su parte, la Tercera Línea de Defensa corresponde a la Oficina de Control Interno, que a través de la presente auditoría adelanta la primera evaluación independiente y formal del SARLAFT desde la expedición de la Resolución 200 de 2025.

En conclusión, la verificación efectuada a la estructura de líneas de defensa permitió constatar que la Secretaría Distrital de Salud tiene formalmente establecida dicha estructura en el lineamiento de gestión de riesgos, asignando la primera línea a los líderes de proceso y sus equipos, la segunda a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y la tercera a la Oficina de Control Interno. No obstante, la articulación de esta estructura con las obligaciones específicas del SARLAFT no se encuentra documentada, toda vez que no existen actas que evidencien que las dependencias de primera línea en particular la Dirección de Contratación, la Dirección de Talento Humano y el Laboratorio de Salud Pública conocen las responsabilidades que les asisten ni su articulación en el marco del sistema.

6.2. Ambiente de Control

El ambiente de control es el componente que establece el tono de la organización e influencia la conciencia del riesgo en todos los niveles. En el contexto del SARLAFT/COF/PADM comprende la estructura de gobierno del sistema, la designación y las capacidades de los responsables institucionales, el compromiso de la alta dirección expresado en actos concretos, los valores y principios que orientan la actuación frente al riesgo, y la existencia de instrumentos normativos internos que le den al sistema su base de legitimidad y exigibilidad. La fortaleza del ambiente de control determina en gran medida la probabilidad de que los controles diseñados en los demás componentes sean efectivamente aplicados en la práctica a nivel institucional.

En lo que respecta a la estructura de gobierno, la SDS había formalizado la designación del anterior oficial de cumplimiento mediante la Resolución 306 del 26 de marzo de 2025, expedida por el Señor Secretario Distrital de Salud. Posteriormente, el 24 de marzo de 2026, mediante la Resolución 1028 de 2026, el señor Secretario Distrital de Salud designó formalmente a la oficial de cumplimiento titular y a la oficial suplente. Este acto

*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					

administrativo da cumplimiento a la obligación de designar al oficial de cumplimiento mediante acto del representante legal, conforme a lo establecido en la Ley 526 de 1999 reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1497 de 2002, y representa el avance de mayor relevancia en el ambiente de control del sistema durante el período auditado.

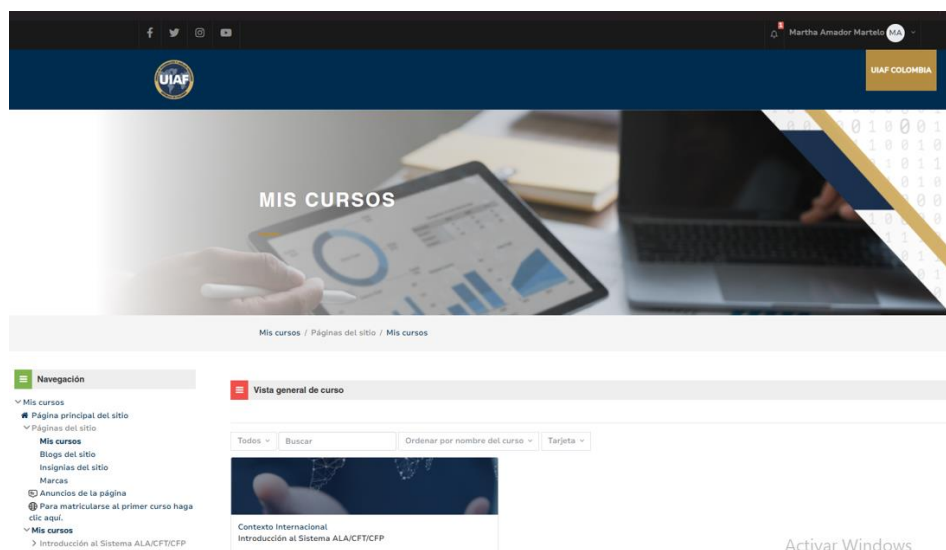
Oficial De Cumplimiento y Suplente

De acuerdo con la revisión de la documentación aportada, se observó que la Oficial de Cumplimiento titular, designada mediante la Resolución 1028 de 2026, posee formación profesional como abogada y experiencia en contratación pública, revisión de actos administrativos y derecho disciplinario. De igual manera, la Oficial de Cumplimiento suplente, designada mediante el mismo acto administrativo, es abogada especialista en derecho contractual y relaciones jurídico-negociales, con más de veinte años de experiencia en asesoría contractual, dirección jurídica y control interno disciplinario. Los soportes de hoja de vida y la información contractual consultada en SECOP evidencian que, en el ejercicio de sus funciones, participó en actividades relacionadas con la administración de matrices de riesgos y el seguimiento a planes de mejoramiento institucional. No obstante, la verificación documental no permitió acreditar que ninguna de las dos funcionarias contara, al momento de su designación o al cierre del trabajo de auditoría (26 de junio de 2026), con formación o experiencia específica en SARLAFT/COF/PADM en cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 6.2.1, literal c), de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, esto es: “Diplomado con una intensidad mínima de 90 horas en LA/FT, curso e-learning de la UIAF debidamente culminado, especialización en gestión del riesgo o experiencia específica mínima de cuatro años en la materia”. Esta situación evidencia una brecha en el componente Ambiente de Control, particularmente en el fortalecimiento de las competencias técnicas requeridas para el ejercicio de las funciones propias del Oficial de Cumplimiento y su suplente, por lo que resulta necesario un plan de formación que permita cerrar dicha brecha y asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

En este sentido, se destaca de manera positiva la actitud proactiva de la oficial, quien manifestó en mesa de trabajo haber estudiado el marco normativo con anterioridad a su designación, consultado las políticas de otras entidades del Distrito e iniciado de inmediato con la inscripción a procesos de formación disponibles, como se evidencia a continuación:

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					



Fuente: Documento aportado en auditoria OC – Inscripción Capacitación Introducción al Sistema ALA/CFT/CFP

No obstante, es necesario fortalecer este proceso formativo mediante un plan estructurado y oportuno lo cual permitirá consolidar la capacidad técnica del cargo y robustecer el ambiente de control del sistema, asegurando que la oficial y su suplente cuenten con las herramientas necesarias para cumplir cabalmente con las responsabilidades que le asisten frente al SARLAFT en la SDS.

Por otra parte, no se evidenció una participación constante de la oficial de cumplimiento suplente en las actividades del sistema SARLAFT ni en las mesas de auditoría, situación identificada como una debilidad en la continuidad operativa. Si bien la suplente fue designada en la misma Resolución 1028 de 2026, su intervención se limitó a una sesión del Comité Coordinador de Control Interno celebrada en abril de 2026 y reuniones de carácter informal no documentadas, según lo informado por el grupo auditado en mesas de trabajo, sin embargo, no se evidencio continuidad y la formalidad necesaria para garantizar que pueda asumir las responsabilidades del sistema ante cualquier eventualidad. Esto resulta especialmente relevante si se considera que el sistema se encuentra en una etapa de construcción, en la cual el conocimiento del estado de los instrumentos, de los compromisos pendientes y de los plazos vigentes es fundamental para asegurar la continuidad operativa.

Código de Integridad

Desde la perspectiva de los valores institucionales, la SDS cuenta con el Código de Integridad adoptado mediante Resolución 1954 de 2018, que establece los principios de Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia como ejes de la gestión ética.

*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					

Adicionalmente, la Resolución 1518 de 2024 actualizó la plataforma estratégica institucional. Sin embargo, en la auditoría no encontró evidencia de que estos instrumentos hayan sido actualizados o reforzados de manera específica para integrar las obligaciones del SARLAFT y el SICOE en los términos exigidos por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, que requiere que los lineamientos de conducta incluyan pautas frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno, así como el tratamiento de actuaciones ilegales o sospechosas y pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones.

Política de Administración de Riesgos

La política de administración de riesgos, formalizada mediante la Resolución 200 de 2025, constituye el instrumento institucional que incorpora los riesgos de LA/FT y define las responsabilidades del Oficial de Cumplimiento dentro del esquema de administración del riesgo de la entidad.

Al momento de la auditoría, esta política se encontraba en proceso de actualización con el propósito de armonizar su contenido con la versión 7 de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y con el enfoque del Sistema Integrado para la Gestión del Riesgo y la Integridad Pública (SIGRIP). Si bien el proyecto de acto administrativo fue aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno en sesión del 27 de abril de 2026, al cierre del trabajo de auditoría permanecía pendiente de suscripción por parte del Secretario Distrital de Salud, publicación en el aplicativo ISOLucion y socialización en la entidad.

Verificación Normograma

En el marco de la verificación del Ambiente de Control, se evaluó la disponibilidad y actualización de la Matriz de Normatividad del proceso de Desarrollo y Fortalecimiento Organizacional (DFO) registrada en la plataforma ISOLucion, instrumento que constituye el referente normativo formal para la gestión del proceso y que determina el marco de obligaciones legales sobre el cual los servidores orientan su actuación institucional.

De dicha verificación se constató que la Matriz de Normatividad del proceso DFO no incorpora el marco normativo que regula el SARLAFT/COF/FPADM ni el SICOE. Al corte de la auditoría (12/06/2026), de las treinta normas del marco SARLAFT/COF/FPADM referenciadas en el presente informe, únicamente seis figuran en la matriz; entre las ausentes se encuentran la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud —norma de obligatorio cumplimiento para la SDS desde el 17 de septiembre de 2021—, las Leyes 526 de 1999 y 1121 de 2006, los Decretos 830 de 2021, 1080 de 2021 y 1122 de 2024, las Resoluciones internas 1028 de 2026, 306 de 2025 y 1954 de 2018, así como los instrumentos internacionales vinculantes para Colombia (Resoluciones del Consejo de Seguridad ONU 1540/2004 y 2325/2016, Convención sobre Armas Biológicas BWC/CABT y Recomendaciones del GAFI).

*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					

Esta condición tiene una incidencia directa sobre el Ambiente de Control del SARLAFT/COF/FPADM, toda vez que la Matriz de Normatividad es el instrumento mediante el cual el proceso formaliza el universo de obligaciones legales que enmarcan su gestión y que sirve de base para la definición de controles, procedimientos y responsabilidades. En consecuencia, la ausencia del marco normativo SARLAFT/COF/FPADM en dicho instrumento impide que los servidores del proceso DFO cuenten con el referente normativo actualizado para orientar su actuación frente a los riesgos de LA/FT/FPADM, debilita la base de legitimidad y exigibilidad del sistema al interior de la entidad y limita la capacidad de la segunda línea de defensa para verificar el cumplimiento de las obligaciones del sistema con fundamento en un inventario normativo completo y vigente.

Lo anterior configura el incumplimiento del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, que establece como objetivo del Sistema de Control Interno garantizar que la entidad disponga de información oportuna y confiable sobre la normativa aplicable a su gestión, y del artículo 4 literal b) de la misma ley, que exige el diseño e implementación de métodos y procedimientos que aseguren el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes. Esta brecha se concatena con el déficit de planeación formal del sistema identificado en el componente de Actividades de Monitoreo, reforzando el diagnóstico de un sistema cuyo Ambiente de Control no ha sido construido sobre un inventario normativo completo y articulado a las obligaciones específicas del SARLAFT/COF/FPADM.

6.3 Actividades de Control

Las actividades de control son las políticas, procedimientos y mecanismos concretos que mitigan los riesgos identificados. En el SARLAFT/COF/FPADM, las actividades de control más críticas son los procedimientos de debida diligencia para conocer a las contrapartes, la consulta de listas restrictivas, el análisis de operaciones inusuales y su derivación a reportes de operaciones sospechosas cuando corresponda, y el envío de dichos reportes a la UIAF a través del SIREL. Adicionalmente, el sistema exige controles documentales que garanticen la trazabilidad de cada verificación y análisis realizado.

Controles de Verificación Precontractual - SARLAFT

Como resultado de la verificación realizada, se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud dispone de controles de verificación precontractual que incluyen la consulta de antecedentes en el SIPLAFT, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM), el Registro Nacional de Medidas Correctivas y los antecedentes judiciales de la Policía Nacional. Estos mecanismos constituyen una base para el proceso de conocimiento 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					

las contrapartes; sin embargo, durante la auditoría se observó que aún no se encuentran formalmente integrados a los procedimientos de debida diligencia definidos para el SARLAFT/PADM.

En este contexto, la principal oportunidad de fortalecimiento corresponde a la incorporación de los elementos propios del SARLAFT/PADM dentro del proceso de debida diligencia. En particular, no se evidenció la consulta sistemática de las listas restrictivas internacionales aplicables, especialmente las listas consolidadas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, ni de otras fuentes de información de referencia utilizadas en la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM, como las listas OFAC. De igual forma, las verificaciones realizadas no generan un registro estandarizado dentro del sistema ni contemplan procedimientos diferenciados según el nivel de riesgo de las contrapartes.

No obstante, se observó la oportunidad de fortalecer estos controles mediante la incorporación de las verificaciones previstas en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 para la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM, particularmente la consulta de las listas restrictivas internacionales vinculantes para Colombia, así como otras fuentes de información que permitan identificar alertas o restricciones asociadas a las contrapartes.

Lineamiento de Debida Diligencia (En construcción)

Durante la auditoría se verificó que el Lineamiento de Debida Diligencia V.1 actualmente se encuentra en construcción incorpora la consulta de listas restrictivas internacionales y establece orientaciones para su aplicación dentro del proceso de conocimiento de las contrapartes. No obstante, al no encontrarse formalmente adoptado, dichos procedimientos aún no hacen parte de la operación regular del SARLAFT/PADM, lo que limita la estandarización y trazabilidad de las actividades de debida diligencia en la entidad.

Adicionalmente, El formato de debida diligencia versión 1, aunque incompleto al momento de la auditoría, incluye los campos esenciales del registro: información general de la contraparte, tipo de persona, resultado de la verificación en listas, nivel de riesgo asignado y declaración de origen de fondos. Este formato es el instrumento que permitirá documentar y dar trazabilidad a la debida diligencia una vez sea formalizado. La auditoría valoró positivamente su construcción como un avance concreto en el diseño de las actividades de control.

El mecanismo de escalamiento de casos de riesgo alto o de operaciones sospechosas no está definido al cierre del período auditado. El lineamiento de debida diligencia establece que ante riesgo alto se debe reportar al Subdirector o Director responsable del proceso, a la Subdirección de Contratación y al oficial de cumplimiento, pero el procedimiento completo de escalamiento, incluyendo el análisis por el oficial, la decisión sobre el reporte a la UIAF, la elaboración del ROS y su envío por SIREL, no ha sido documentado. Esta

*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					

cadena de decisión es el núcleo operativo del sistema y su ausencia deja al sistema sin el procedimiento más crítico.

Reporte en Línea SIREL - UIAF

De la verificación documental y de la información suministrada por el proceso auditado, se identificó que la Secretaría Distrital de Salud no cuenta con un usuario activo en el Sistema de Reporte en Línea (SIREL) de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF). El SIREL constituye el canal oficial, exclusivo y obligatorio habilitado por la UIAF para la presentación de los reportes, entre ellos el Reporte de Operación Sospechosa (ROS). El acceso a esta plataforma requiere de manera previa la solicitud de código y la solicitud de usuario ante la UIAF, gestión sin la cual la entidad reportante queda imposibilitada para remitir cualquier reporte.

Esta situación tiene una causa estructural en el contexto distrital, es así como la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá actúa como intermediaria en la gestión de los usuarios del SIREL para las entidades del Distrito Capital; no obstante, dicho proceso avanza con lentitud y sin una fecha definida de asignación. En consecuencia, si bien la entidad informó que la gestión para la obtención del usuario se encuentra en trámite a través de la Secretaría General, al cierre del levantamiento de información este aún no había sido asignado. Durante el período evaluado la entidad careció, por tanto, del mecanismo habilitante para efectuar los reportes exigidos por la normativa, lo que impidió tanto la presentación oportuna de los ROS, en caso de identificarse operaciones de esta naturaleza, como la remisión de los reportes objetivos de periodicidad fija que el sistema demanda. Esta situación afecta directamente el componente de Información y Comunicación del SARLAFT, dado que el SIREL es el canal único de comunicación con la entidad de inteligencia financiera.

Se reconoce la complejidad de este proceso en el contexto distrital y la participación de un tercero en su tramitación; sin embargo, advierte que la ausencia del usuario no puede asumirse como un estado indefinido, toda vez que constituye un requisito obligatorio e indispensable para la operación del sistema y para el cumplimiento de los deberes de reporte. Lo anterior evidencia el incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 6 y 7 de la Ley 526 de 1999 reglamentada parcialmente por el Decreto 1497 de 2002, el artículo 17 de la Ley 1121 de 2006 y las instrucciones operativas de la UIAF, que establecen el SIREL como canal oficial para la remisión de los reportes obligatorios. La ausencia de usuario activo no exime a la entidad de la obligación de reporte; por el contrario, su no gestión oportuna configura una omisión que incrementa la exposición de la entidad ante las autoridades de control.

*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					

6.4 Gestión de los Riesgos

La evaluación de riesgos en el marco del SARLAFT/COF/PADM comprende la identificación, análisis y medición de los riesgos asociados al lavado de activos, la financiación del terrorismo, la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM), así como los riesgos de corrupción, opacidad y fraude que pueden afectar a la entidad. Este proceso incluye la segmentación de los factores de riesgo y el diseño de herramientas que permitan determinar los niveles de riesgo inherente y residual.

Actualmente, este componente representa la principal brecha estructural en la Secretaría Distrital de Salud (SDS), dado que la ausencia de una evaluación integral y consolidada de riesgos limita la adecuada implementación y funcionamiento de los demás componentes del sistema, al no contar con los lineamientos y criterios necesarios para orientar la gestión y el control de los riesgos identificados en marco al SARLAFT.

Verificado en el desarrollo de esta auditoria el lineamiento de gestión de riesgos, en su versión 2 de 2025, incorpora la clasificación de los riesgos conforme al enfoque del Sistema Integrado para la Gestión del Riesgo y la Integridad Pública (SIGRIP), incluyendo las categorías de integridad pública, lavado de activos y financiación del terrorismo. No obstante, la verificación realizada al mapa de riesgos institucional vigente evidenció que el riesgo de LA/FT/FPADM no se encontraba incorporado como un riesgo identificado, valorado y asociado a sus respectivas causas, consecuencias y controles. Durante las mesas de trabajo, el proceso auditado manifestó que su incorporación se efectuaría una vez se definieran los controles correspondientes. En consecuencia, aunque el lineamiento adopta el enfoque metodológico previsto para la gestión de este tipo de riesgos, dicha incorporación aún no se encuentra reflejada en el mapa de riesgos institucional, lo que limita la documentación y gestión formal del riesgo de LA/FT/FPADM dentro del instrumento vigente.

Segmentación de los Factores de Riesgo del SARLAFT/COF/PADM

Por otra parte, de la revisión documental y de la información obtenida durante las mesas de trabajo, se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud no ha desarrollado una metodología de segmentación de los factores de riesgo del SARLAFT/COF/PADM, pese a que la Circular Externa N.º 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud establece este componente como un elemento esencial para la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM. En atención a la naturaleza y complejidad de las funciones de la entidad, dicha segmentación debe considerar, entre otros, las diferentes categorías de contrapartes, tales como prestadores de servicios de salud, proveedores de insumos médicos y tecnológicos, proveedores de bienes y servicios, servidores públicos, contratistas y aquellos terceros vinculados a la operación del Laboratorio de Salud Pública BSL-3, cuyos factores de riesgo presentan características diferenciadas. La ausencia de esta metodología limita la clasificación de las contrapartes conforme a su nivel 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					

exposición al riesgo y restringe la aplicación de medidas diferenciadas de conocimiento y monitoreo, afectando la operación basada en riesgos prevista para el SARLAFT/PADM.

El lineamiento de debida diligencia versión 1 (En construcción al momento de esta auditoría), en su etapa de construcción al momento de la auditoría, incluye una clasificación de riesgo en tres niveles (bajo, medio y alto) con criterios definidos para cada nivel. Este es un avance importante porque establece la base conceptual para la segmentación de contrapartes. Los criterios incluyen el tipo de persona (natural o jurídica, PEP), la actividad económica, el origen de fondos, la ubicación geográfica, el historial y comportamiento, la relación con la entidad, los medios de pago, la complejidad de la estructura jurídica, la verificación en listas restrictivas y el volumen de operaciones. Esta clasificación es coherente con los estándares internacionales en materia de debida diligencia y representa un trabajo técnico relevante. Sin embargo, no ha sido formalizada mediante acto administrativo ni ha comenzado a ser aplicada en la práctica institucional.

Adicionalmente se reitera que el formato de debida diligencia versión 1, se encontraba en construcción al momento de esta auditoría, en el cual se logró observar que se establecieron los campos básicos de la ficha de conocimiento de la contraparte, información general, tipo de persona, verificación en listas restrictivas, nivel de riesgo y declaración de origen de fondos. Este formato es el instrumento operativo que materializará la debida diligencia en los procesos de contratación y vinculación de personal. Al no estar formalizado, las verificaciones actuales que realiza la entidad no generan el registro estándar que el sistema requiere para la trazabilidad de la debida diligencia.

Gestión Riesgos de Corrupción y Fraude

Desde la perspectiva del SICOF, los controles de gestión del riesgo de corrupción son más maduros. La Matriz de Riesgos de Corrupción y Fraude versión 2026 tiene los riesgos identificados con sus causas, efectos, probabilidad, impacto, controles y acciones de mejoramiento. La entidad realiza seguimiento cuatrimestral a estos controles y los publica en la página web institucional. Sin embargo, la Matriz no integra los riesgos de LA/FT ni el componente PADM, y no establece señales de alerta diferenciadas para los riesgos de opacidad y fraude desde la perspectiva del SICOF, más allá de lo que ya contempla el mapa de riesgos de corrupción general.

De acuerdo con la información suministrada por la Oficial de Cumplimiento y la profesional de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad durante la Mesa de Trabajo No. 4 (10 de junio de 2026), la Dirección de Contratación adelantaba la actualización de los estudios previos, las minutas contractuales y las cláusulas de los contratos con el propósito de incorporar los lineamientos del SARLAFT/PADM. No obstante, durante la auditoría no se evidenciaron actas, cronogramas u otros soportes que permitieran verificar el avance de estas actividades. En este contexto, se identifica una oportunidad de fortalecimiento consistente en formalizar las mesas de coordinación mediante actas y establecer un

*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					

cronograma de trabajo que permita documentar, hacer seguimiento y controlar la actualización de los instrumentos contractuales asociados a la implementación del sistema

Personas Expuestas Políticamente (PEP)

En materia de Personas Expuestas Políticamente (PEP), la SDS debe considerar que su actividad la pone en contacto frecuente con funcionarios públicos de otros niveles del sistema de salud, representantes de entidades territoriales, directivos de EPS e IPS públicas y miembros de Juntas de Administración Local, entre otros. El Decreto 830 de 2021 establece la obligación de identificar y aplicar debida diligencia intensificada a las PEP, lo que en el contexto de la SDS es una obligación de alta frecuencia. El lineamiento de debida diligencia menciona a las PEP como factor de riesgo que aumenta el nivel de clasificación, pero el procedimiento específico de debida diligencia intensificada para PEP no ha sido definido ni documentado.

Análisis Riesgos Laboratorio BSL3

De acuerdo con la verificación documental realizada y la información obtenida durante las mesas de trabajo con el proceso auditado, se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud no ha incorporado un análisis específico del riesgo de Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) respecto de la operación del Laboratorio de Salud Pública con nivel de contención biológica BSL-3. En la evidencia revisada no se identificó la valoración de factores de riesgo asociados al personal con acceso a las áreas de contención, los proveedores de insumos y materiales biológicos especializados, los contratos de cooperación científica y técnica internacional, ni las demás relaciones derivadas de la operación del laboratorio desde la perspectiva del riesgo de FPADM.

Este análisis adquiere especial relevancia debido a que el Laboratorio de Salud Pública dispone de dos instalaciones BSL-3 destinadas al manejo de agentes biológicos de alto riesgo bajo estrictos protocolos de bioseguridad. Entre los agentes manipulados se encuentran virus como la rabia, la influenza H1N1 y otros agentes biológicos de alta patogenicidad, cuyo manejo se desarrolla en el marco de los compromisos internacionales asumidos por Colombia para prevenir la proliferación de armas biológicas, particularmente los derivados de las Resoluciones 1540 (2004) y 2325 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y de la Convención sobre Armas Biológicas de 1972. Estos instrumentos constituyen el fundamento internacional del componente FPADM incorporado en la regulación nacional y resaltan la necesidad de adoptar medidas de administración del riesgo acordes con la naturaleza de las actividades desarrolladas.

En concordancia con los numerales 5.1.1 y 5.2.2.2 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, la evaluación del riesgo de FPADM debe partir de la identificación, medición y documentación de los factores de riesgo propios de la entidad,

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					

así como de la segmentación de contrapartes y la aplicación de procedimientos de debida diligencia proporcionales al nivel de exposición. Para el caso del Laboratorio BSL-3, esta evaluación debería comprender, como mínimo: i) el personal con acceso a las instalaciones y a los agentes biológicos, mediante procedimientos de conocimiento del personal y verificación frente a listas restrictivas aplicables; ii) los proveedores de insumos críticos, reactivos, equipos de contención biológica y demás bienes estratégicos, a través de procedimientos de debida diligencia y conocimiento de contraparte; iii) los convenios, contratos y actividades de cooperación científica y técnica internacional, considerando los riesgos asociados a la transferencia de materiales, tecnologías y conocimiento especializado; iv) la definición de señales de alerta específicas para la adquisición de insumos, contratación, cooperación científica y acceso a materiales de doble uso; y v) la incorporación de estos riesgos en la matriz institucional, con sus respectivos controles, mecanismos de monitoreo y seguimiento.

Bajo este enfoque, la evaluación del riesgo de FPADM no se limita a identificar la existencia de un laboratorio de alta contención biológica, sino que requiere establecer un perfil de riesgo específico para este componente, documentar los factores de riesgo asociados a su operación, definir controles preventivos y mecanismos de monitoreo acordes con su nivel de exposición, e integrarlos al ciclo de administración del riesgo previsto en el SARLAFT/PADM. La ausencia de este análisis limita la capacidad de la entidad para administrar de manera integral los riesgos asociados a la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva conforme a los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

6.5 Actividades de Monitoreo

El componente de monitoreo y supervisión evalúa la capacidad de la entidad para hacer seguimiento permanente a la efectividad del SARLAFT/COF/PADM, detectar desviaciones de manera oportuna, generar reportes periódicos sobre el estado del sistema y adoptar medidas correctivas antes de que las brechas se conviertan en incumplimientos graves. Este componente es el menos maduro del sistema en la SDS, lo que es coherente con el estadio inicial de implementación, pero que no exime a la entidad de cumplir con las obligaciones de monitoreo que son autónomas y no están condicionadas al estado de implementación de los demás componentes.

El seguimiento trimestral a los mapas de riesgos, implementado desde mediados de 2025 con apoyo de un tablero de control de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, constituye la estructura de monitoreo más sólida disponible en la entidad. Este mecanismo asigna responsabilidades a los líderes de proceso, genera informes de avance y presenta resultados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño y al Comité Coordinador de Control Interno. Sin embargo, este sistema de seguimiento está diseñado para los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información que ya están en 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					

mapas, y no aplica al SARLAFT porque el riesgo de LA/FT aún no ha sido incorporado a los mapas. Es decir, el mecanismo de monitoreo existe, pero su objeto de monitoreo está incompleto.

El seguimiento al PTEP es el mecanismo que más se aproxima a un monitoreo del SARLAFT en su estado actual. Las actividades del SARLAFT en la Temática 1 del PTEP tienen fechas de inicio, fechas de finalización y responsables asignados, y el avance del programa es objeto de reporte periódico. Sin embargo, el nivel de detalle de las actividades PTEP no permite verificar el estado de implementación de cada componente del sistema; una actividad como “diseño e implementación del proceso de debida diligencia” tiene un plazo al 31 de julio de 2026, pero no desagrega qué elementos del proceso deben estar completados en qué fecha, lo que hace imposible un monitoreo granular del avance.

Plan de Trabajo SARLAFT

De acuerdo con la información obtenida durante las mesas de trabajo y la revisión documental realizada, se evidenció que la implementación del SARLAFT/PADM durante la vigencia 2025 no contó con un plan de trabajo formal que definiera actividades, responsables, cronograma, indicadores y mecanismos de seguimiento. En la mesa de contextualización, el proceso auditado informó que la gestión de dicha vigencia estuvo orientada principalmente a la elaboración del proyecto de actualización de la resolución que reemplazaría la Resolución 200 de 2025; sin embargo, no se evidenciaron instrumentos de planeación que permitieran realizar seguimiento al avance de las actividades, verificar su cumplimiento o identificar oportunamente desviaciones. En consecuencia, la ausencia de un plan de trabajo estructurado limitó el establecimiento de mecanismos formales de monitoreo y seguimiento para la implementación del SARLAFT/PADM durante el período evaluado.

Indicadores SARLAFT

Según lo verificado en el desarrollo de esta auditoría, los indicadores de desempeño demostrados en la política de administración de riesgos, materialización de riesgos, cumplimiento de controles e incidentes que afectan activos críticos, son indicadores de resultado de carácter general que no permiten medir el avance del SARLAFT ni la efectividad de sus controles de manera específica. En esta auditoría se identificó que el sistema necesita indicadores propios que respondan al estado de implementación; porcentaje de contrapartes verificadas en listas restrictivas respecto al total de contratos perfeccionados, tiempo promedio entre la detección de una operación inusual y la decisión de reporte al oficial de cumplimiento, porcentaje de funcionarios capacitados en SARLAFT sobre el total de planta y contratistas, número de reportes enviados a la UIAF en el período, entre otros. Estos indicadores no existen actualmente.

*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					

Monitoreo Operaciones de Contrapartes

El monitoreo de operaciones de contrapartes, que la Circular Externa de la Superintendencia Nacional de Salud exige como actividad del sistema, no está implementado. Este monitoreo implica que la entidad establezca el comportamiento usual de sus contrapartes en términos de volumen, frecuencia y características de sus transacciones, de modo que pueda detectar desviaciones de ese patrón como señales de alerta. En el contexto de una entidad pública como la SDS, el monitoreo de operaciones se enfoca principalmente en el comportamiento de los proveedores y contratistas en la ejecución de sus contratos, incluyendo posibles modificaciones inusuales, adiciones injustificadas o patrones de facturación atípicos. Al no estar definidos los factores de riesgo ni los segmentos de contrapartes, el monitoreo de operaciones no puede iniciarse.

La evaluación que se reporta en esta auditoría es la primera evaluación formal del sistema por parte de la Auditoría Interna (OCI) en el período auditado, lo que en sí mismo constituye una brecha que debe ser corregida estableciendo una programación de evaluación del sistema para los períodos siguientes.

Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF)

Desde la perspectiva del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), definido en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud como la metodología interna mediante la cual las entidades vigiladas previenen, controlan y mitigan los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, se constató que el Comité Coordinador de Control Interno (CCCI) constituyó la principal instancia de seguimiento del sistema durante el período auditado.

Adicionalmente en este esquema, la Dirección de Planeación Institucional y Calidad (DPIC), en su rol de segunda línea de defensa y como responsable de brindar la línea técnica en materia de gestión de riesgos institucionales, ejerce el monitoreo cuatrimestral a los mapas de riesgos mediante tablero de control con responsables e indicadores asignados; adicionalmente, de la revisión de las actas del CCCI de las vigencias 2025 y lo transcurrido de 2026 se evidenció que el reporte de riesgos se presenta semestralmente ante dicho Comité. No obstante, tanto el monitoreo cuatrimestral como el reporte semestral están circunscritos a los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información ya incorporados en los mapas institucionales, sin que contemplen el riesgo de LA/FT/FPADM por no haber sido este incorporado formalmente; en consecuencia, estos mecanismos no satisfacen la estructura de reporte específica e independiente que la Circular 2021 exige para el SICOF como subsistema autónomo.

*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					

6.6 Información y Comunicación

El componente de información y comunicación evalúa la calidad, oportunidad, disponibilidad y flujo de la información que soporta el SARLAFT/COF/PADM, tanto en su dimensión interna como en sus canales de comunicación con la alta dirección, los órganos de control y las autoridades externas. Este componente es especialmente crítico en sistemas de compliance como el SARLAFT, dado que la efectividad del sistema depende directamente de que la información fluya correctamente entre el oficial de cumplimiento, las dependencias de primera línea, la alta dirección y la UIAF.

Repositorio Información SARLAFT

En el marco de la verificación del componente de Información y Comunicación, la auditoría tuvo por objeto comprobar si la entidad dispone de un mecanismo institucional formal para la administración, conservación, disponibilidad, integridad y recuperación de la documentación asociada al SARLAFT/COF/FPADM. Para tal efecto, la verificación se adelantó durante la Mesa No. 3 de verificación de información (02/06/2026), mediante la aplicación combinada de tres técnicas de auditoría: en primer lugar, la entrevista al Profesional Especializado de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad (DPIC), responsable de la segunda línea de defensa, quien confirmó directamente el esquema de almacenamiento; en segundo lugar, la revisión documental de los soportes del sistema resoluciones, actas, lineamientos, correos electrónicos y, finalmente, la observación directa de la forma en que se custodia y comparte la información.

Como resultado de lo anterior, se constató que la documentación del sistema reposa en la carpeta personal de trabajo del servidor responsable y se comparte con la Oficial de Cumplimiento a través del correo electrónico institucional, sin que la entidad cuente con un repositorio institucional centralizado (tipo SharePoint o OneDrive). En consecuencia, la información carece de un mecanismo que garantice su conservación, acceso y continuidad operativa; por consiguiente, se limita la trazabilidad de los registros, se dificulta la gestión documental del sistema y se incrementa el riesgo de pérdida o indisponibilidad de la información ante cambios de personal o durante los períodos de conservación documental. Cabe resaltar, finalmente, que esta deficiencia adquiere especial relevancia por tratarse de una entidad certificada en su Sistema de Gestión de Calidad, condición que refuerza la exigencia de una gestión documental institucional formal.

Empalme Oficiales de Cumplimiento 2025- 2026

De la revisión documental realizada se evidenció que el acta de empalme suscrita entre el anterior Oficial de Cumplimiento y quien asumió posteriormente dicha función no documenta de manera integral el estado del SARLAFT/COF/PADM. Si bien el documento registra la inexistencia de casos en curso y señala como actividad pendiente la actualización de la Resolución 200 de 2025, no incorpora un inventario 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					

documentación del sistema, la ubicación de los repositorios de información, el estado de los accesos a plataformas de soporte, incluido el SIREL, ni la relación de compromisos y actividades pendientes, lo que limita la transferencia del conocimiento, afecta la continuidad de la gestión y dificulta la trazabilidad de las actuaciones desarrolladas durante la implementación del sistema.

De igual forma, de acuerdo con la revisión documental y la información obtenida durante las mesas de trabajo, se evidenció que la articulación entre el Oficial de Cumplimiento y las dependencias de primera línea de defensa no se encontraba formalmente documentada. Las interacciones con las dependencias involucradas en la implementación del sistema se desarrollaban mediante reuniones, consultas e intercambios de correos electrónicos, sin evidenciar actas, protocolos o registros que definieran los mecanismos de coordinación, los roles y las responsabilidades de cada dependencia dentro del SARLAFT/PADM. En consecuencia, la entidad presenta una oportunidad de fortalecimiento para formalizar los mecanismos de articulación institucional y garantizar la trazabilidad, coordinación y adecuada asignación de responsabilidades en la operación del sistema.

La articulación formal entre el oficial de cumplimiento y las dependencias de primera línea no se encontraba documentada al momento de la auditoría. Las interacciones con la Dirección de Contratación, Talento Humano y la Oficina Jurídica habían sido de carácter informal, consultas, intercambios de correo, reuniones puntuales, sin actas ni registros. El grupo auditado manifestó que el inventario de actores y la formalización de roles quedarán plasmados en el lineamiento de debida diligencia una vez finalizado, pero hasta ese momento la articulación operaba sin la formalidad necesaria para garantizar que las dependencias conocen y asumen sus responsabilidades en el sistema.

Reportes a la Alta Direccion

Los mecanismos de reporte a la alta dirección estaban ausentes al cierre del período auditado. El representante legal de la entidad no había recibido durante el período comprendido entre enero de 2025 y mayo de 2026 ningún informe formal del oficial de cumplimiento sobre el estado del SARLAFT, los riesgos identificados ni la existencia o no de operaciones sospechosas. El lineamiento de debida diligencia en construcción contempla incorporar el mecanismo de escalamiento de informes a la alta dirección, incluyendo los criterios de anonimización de los datos de las personas objeto de análisis.

Este mecanismo, aunque previsto, no estaba operativo al momento de la auditoría y representa una obligación autónoma que no está condicionada a la finalización de los demás instrumentos del sistema.

Con referencia a la comunicación interna y externa determinada en las Tablas de Retención Documental (TRD), el proceso auditado soportó en la mesa de cierre del 08/07/2026, que la entidad incorpora las series y subseries documentales requeridas en el

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					

marco del SARLAFT/COF/FPADM, alineándose con los plazos de conservación y disposición final exigidos por la normativa archivística vigente.

Capacitación y divulgación del SARLAFT

Según lo verificado en materia de capacitación y divulgación, las acciones adelantadas durante la vigencia 2025 y lo transcurrido de 2026, corresponden principalmente al ciclo de capacitación en gestión de riesgos desarrollado por la DPIC durante los meses de enero y febrero de 2026, el cual cubrió a funcionarios de diversas áreas y procesos de la SDS bajo el enfoque de la metodología de gestión de riesgos institucional, alineada con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Si bien estas jornadas resultan relevantes como base conceptual para la apropiación del modelo de administración del riesgo, no abordaron las especificidades del SARLAFT; en particular, no contemplaron el marco normativo del riesgo de LA/FT/FPADM, las señales de alerta propias del sistema, el procedimiento de reporte interno de operaciones inusuales o sospechosas, ni las consecuencias jurídicas derivadas de su incumplimiento.

Por otra parte, la participación de la oficial de cumplimiento en los cursos de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) y en la Red Distrital de Oficiales de Cumplimiento constituye un esfuerzo de autoformación que aporta al fortalecimiento de su competencia técnica. No obstante, dicha formación, al concentrarse en la responsable del sistema, no sustituye la implementación de un programa de capacitación institucional con cobertura definida, periodicidad establecida y registro de asistentes, dirigido a la totalidad de los funcionarios y contratistas que integran la primera línea de defensa.

Gestión con la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá – SARLAFT - SIGRIP

De la verificación adelantada en las mesas de trabajo de la auditoría y de la revisión del correo electrónico de asistencia técnica remitido por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (22/06/2026) en materia de prevención de los riesgos de LA/FT/FPADM, se observó que la Alcaldía Mayor, a través de la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional adscrita a la Secretaría General, adelanta un modelo de gestión centralizada para la obtención y administración de los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL) de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) de las entidades del Distrito Capital, esquema en el cual dicha Dirección actúa como instancia intermediaria ante la UIAF y proporciona acompañamiento técnico a las entidades distritales en la implementación del SARLAFT/COF/FPADM.

En concordancia con lo anterior, en la Mesa No. 4 (10/06/2026) se informó que la Red Distrital de Oficiales de Cumplimiento (ROC) había socializado la implementación de la metodología SIGRIP en el orden distrital, con un horizonte de aplicación hacia el 15 de septiembre de 2027. No obstante, la operación de este modelo se encuentra supeditada 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					

los tiempos de gestión de la instancia distrital, sin que a la fecha de corte de la auditoría se hubiese definido un cronograma con fechas ciertas de asignación; en consecuencia, dicha condición incide directamente en la oportunidad con que la Secretaría Distrital de Salud puede habilitar su acceso al SIREL y, por tanto, cumplir los deberes de reporte que le asisten como sujeto obligado.

Por consiguiente, dado que la administración del riesgo de LA/FT/FPADM y el cumplimiento de los deberes de reporte ante la UIAF constituyen obligaciones propias e indelegables de la entidad, y que el horizonte distrital del SIGRIP no deroga ni aplaza dichas obligaciones, la dependencia de la instancia distrital no traslada ni suspende esta responsabilidad. En tal sentido, resulta procedente que la Secretaría Distrital de Salud adelante de manera directa y paralela las gestiones necesarias para asegurar la habilitación oportuna de su usuario y la articulación de sus sistemas de información internos con el SIREL, de modo que la operación del sistema no quede condicionada de forma indefinida a la intervención de un tercero distrital

Gestión PQRS y Mecanismos de Denuncia de Actos de Corrupción

De acuerdo con la revisión documental y la información obtenida durante las mesas de trabajo, se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con mecanismos institucionales para la recepción de denuncias, peticiones, quejas y reclamos, incluido el canal de denuncias de corrupción disponible en su página web institucional. No obstante, no se encontró documentada su articulación específica con el SICOF como mecanismo de detección, reporte, monitoreo y seguimiento de posibles eventos de corrupción, opacidad o fraude. Asimismo, no se evidenció la definición de protocolos dentro del sistema que establezcan el tratamiento de la información recibida, su integración con las actividades de seguimiento ni los mecanismos de trazabilidad y confidencialidad asociados a los reportes. En consecuencia, la entidad cuenta con oportunidades para fortalecer la integración formal de los canales institucionales existentes al SICOF, en concordancia con lo previsto en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, que contempla las denuncias, las auditorías internas y externas, y los canales y protocolos de comunicación como mecanismos de detección para la gestión de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

Manual o Documento Equivalente – SARLAFT

De la revisión documental de las tres entregas formales remitidas por el proceso auditado y de la verificación adelantada en las mesas de auditoría, se constató que la entidad no dispone de un manual o lineamiento formalmente adoptado, aprobado y publicado que documente de manera integral la operación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/COF/FPADM). El único instrumento identificado corresponde a un borrador de lineamiento de debida diligencia en versión preliminar, el

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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	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					

cual no cuenta con acto administrativo de adopción ni ha sido incorporado al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad como documento controlado.

El manual en mención debe contemplar como mínimo según lo establecido en el numeral 5.2.4.1 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, lo siguiente:

- I. Las políticas para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- II. Las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT/FPADM.
- III. La estructura organizacional que garantice el desarrollo del SARLAFT.
- IV. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- V. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas del SARLAFT.
- VI. Los procedimientos para identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT/FPADM.
- VII. Los procedimientos de control interno y revisión del SARLAFT.
- VIII. Las estrategias de capacitación y divulgación del SARLAFT.
- IX. Los procesos y procedimientos establecidos en el numeral 5.2.2 de mencionada Circular.

Adicionalmente del análisis del borrador aportado se evidenció que su alcance se limita al procedimiento de debida diligencia y, por tanto, no desarrolla de manera integral los elementos que conforman el SARLAFT/PADM. En particular, el documento no incorpora las cuatro etapas del sistema —identificación, evaluación, control y monitoreo del riesgo—, ni establece las políticas para la administración del riesgo de LA/FT/COF/FPADM, la definición y segmentación de los factores de riesgo, las señales de alerta aplicables a las operaciones de la entidad, los procedimientos para la identificación y el reporte interno de operaciones inusuales o sospechosas, el esquema de reportes externos ante la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), así como la asignación formal de funciones, responsabilidades y mecanismos de articulación de los actores que intervienen en el sistema conforme al esquema institucional de líneas de defensa.

Lo anterior configura debilidades frente al cumplimiento de lo dispuesto en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, que en el numeral 5.2.4.1 (Documentación) exige a los sujetos obligados documentar el sistema mediante un manual o documento equivalente que contenga las políticas, los procedimientos, las etapas, los instrumentos, la estructura organizacional y los mecanismos de control que rigen su operación, manteniéndolo actualizado y disponible para consulta. Dicha obligación se concatena con el marco general de prevención del LA/FT/FPADM previsto en la Ley 526 de 1999, la Ley 1121 de 2006 y el Decreto 830 de 2021, así como con los deberes de documentación y conservación de la información derivados del Sistema de Control Interno establecido en la Ley 87 de 1993.

*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					

Sistema de Reporte en Línea (SIREL) de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)

En relación con los sistemas de información que soportan la operación del SARLAFT/COF/PADM, se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud no dispone de acceso con usuario y contraseña al Sistema de Reporte en Línea (SIREL) de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), plataforma oficial y obligatoria para la presentación de los reportes establecidos en la normativa vigente. Durante la auditoría se informó que la solicitud de creación del usuario se encuentra en trámite a través de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá; no obstante, al cierre del levantamiento de información dicho acceso no había sido habilitado. Esta situación limita la disponibilidad de uno de los sistemas de información requeridos para la operación del SARLAFT/COF/PADM, particularmente para el cumplimiento de las obligaciones de reporte ante la UIAF, por lo que resulta necesario gestionar su habilitación como parte de los mecanismos de soporte del sistema.

7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2)

7.1. Durante la ejecución de la auditoría se identificaron avances y capacidades institucionales que constituyen una base para continuar el fortalecimiento del SARLAFT/COF/PADM en la Secretaría Distrital de Salud. Si bien el sistema presenta oportunidades de mejora relacionadas con su grado de implementación y madurez, las siguientes fortalezas evidencian que la entidad ha desarrollado elementos que favorecen su consolidación.

7.2. Existencia de un marco normativo interno para la implementación del sistema. Se evidenció que la entidad cuenta con la Resolución 1530 del 26 de junio de 2026 acto administrativo vigente que establece el marco interno para la implementación del SARLAFT/COF/PADM, define las funciones del Oficial de Cumplimiento e incorpora el sistema dentro de la estructura institucional de gestión de riesgos.

7.3. La entidad formalizó la designación del Oficial de Cumplimiento y su suplente mediante la Resolución 1028 de 2026, estableciendo la estructura de gobernanza requerida para dirigir la implementación, coordinación y seguimiento del sistema.

7.4. Se evidenció el avance en la construcción de instrumentos técnicos esenciales para la operación del SARLAFT/COF/PADM, entre ellos el lineamiento de debida diligencia, el formato de debida diligencia y la actualización del lineamiento institucional de gestión de riesgos. Aunque estos documentos se encontraban en proceso de revisión y formalización al cierre de la auditoría, su elaboración refleja el avance en el diseño metodológico del sistema.

*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					

7.5. La auditoría verificó que la entidad aplica controles de verificación precontractual mediante la consulta de bases oficiales de información, como los antecedentes de la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Policía Nacional y el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, entre otros. Estos mecanismos constituyen una capacidad institucional susceptible de integrarse y fortalecerse dentro de los procedimientos propios del SARLAFT/COF/PADM.

7.6. La Secretaría dispone de una metodología institucional para la gestión del riesgo en el marco del Sistema Integrado para la Gestión del Riesgo y la Integridad Pública (SIGRIP), así como de un esquema de líneas de defensa formalmente establecido, elementos que proporcionan una estructura organizacional sobre la cual puede consolidarse la implementación del SARLAFT/COF/PADM.

7.7. Durante la auditoría se evidenció el inicio de actividades de coordinación entre el Oficial de Cumplimiento, la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y la Dirección de Contratación para incorporar requisitos del SARLAFT/PADM en los instrumentos contractuales, lo que constituye un avance hacia la integración transversal del sistema en los procesos institucionales.

7.8. La entidad dispone de un canal institucional para la recepción de denuncias por presuntos hechos de corrupción, accesible a través de su página web institucional. Este mecanismo constituye un elemento que puede articularse con los procedimientos del SICOF para fortalecer la detección, el tratamiento y el seguimiento de eventos asociados a riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

7.9. Se evidenció la participación del Oficial de Cumplimiento en escenarios técnicos de intercambio, como la Red de Oficiales de Cumplimiento, lo que favorece la actualización normativa, el intercambio de experiencias y la incorporación de buenas prácticas para el fortalecimiento del sistema.

7.10. Se evidenció la existencia de documentación técnica relacionada con la implementación del SARLAFT/COF (PADM, incluyendo proyectos normativos, lineamientos, formatos, actas y demás soportes de trabajo). Si bien esta información requiere consolidarse en un repositorio institucional, constituye una base documental que facilita la continuidad y fortalecimiento del sistema.

8. NO CONFORMIDADES (NIA 2431)

8.1. Como resultado de la verificación documental y de la revisión adelantada en las mesas de auditoría, se constató que la Secretaría Distrital de Salud no demuestra la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/COF/FPADM), toda vez que al corte de la evaluación 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					

el desarrollo y operación integral de las etapas, los elementos, los procedimientos y los instrumentos requeridos para su funcionamiento conforme a la normativa vigente; lo anterior configura el incumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con el —Ámbito de Aplicación—que establece expresamente como sujetos obligados a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal en salud, categoría dentro de la cual se encuentra la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., y de los numerales 5.1 —Etapas del SARLAFT— y 5.2 —Elementos del SARLAFT— los cuales contemplan la implementación y operación de los componentes necesarios para la gestión de los riesgos de LA/FT/FPADM.

8.2. De acuerdo con la evidencia obtenida en la Mesa No. 3 de verificación de información (02/06/2026), se identificó que la documentación asociada al SARLAFT/COF/FPADM se encuentra almacenada en carpetas personales y cuentas de correo electrónico institucional de los servidores responsables, sin que la entidad cuente con un repositorio institucional centralizado como SharePoint o OneDrive que garantice la administración, disponibilidad, integridad y recuperación de la información del sistema. En consecuencia, la documentación no cuenta con un mecanismo institucional que asegure su conservación, acceso y continuidad operativa, lo cual incumple los literales b, d y e del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, en el cual se dispone la obligación de proteger los recursos de información, garantizar la confiabilidad de los registros y custodiar adecuadamente la información de la entidad.

8.3. Como resultado de la verificación documental del normograma del proceso de Desarrollo y Fortalecimiento Organizacional (DFO) disponible en la plataforma ISOlución, se evidenció que dicho instrumento no incorpora de manera integral el marco normativo aplicable al SARLAFT/COF/PADM, y al corte de la auditoría, únicamente se identificó una parte (6 Normas) de las disposiciones legales, reglamentarias e institucionales que regulan estos sistemas, por lo que la matriz no refleja de manera completa el universo normativo vigente, lo que evidencia el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, que establece como objetivo del Sistema de Control Interno garantizar el cumplimiento de la normatividad aplicable y la disponibilidad de información confiable para la gestión, así como en el artículo 4, literal b), que dispone la adopción de métodos y procedimientos que aseguren el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias. En consecuencia, el proceso DFO no dispone de un referente normativo integral y actualizado que facilite la implementación, operación y seguimiento del SARLAFT/COF/PADM.

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

9.1. En la revisión de la documentación aportada y de la información obtenida durante las mesas de trabajo, se constató que la SDS no contó con un plan de trabajo formal para la implementación del SARLAFT/COF/FPADM durante la vigencia 2025 y ni en lo

*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					

transcurrido de la vigencia 2026, en el que se definieran actividades, responsables, cronograma, productos esperados y mecanismos de seguimiento. La evidencia revisada permitió establecer que las actuaciones desarrolladas durante dicho período estuvieron orientadas principalmente a la actualización de la Resolución 200 de 2025, sin que se documentara una planificación integral que orientara la implementación progresiva del sistema. Esta situación evidencia una brecha frente a los lineamientos de la UIAF para entidades públicas, la Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) versión 7, y lo previsto en la Ley 2195 de 2022 respecto de la articulación del SARLAFT con el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). En consecuencia, la entidad no dispuso de un instrumento formal que permitiera dirigir, coordinar, monitorear y evaluar el avance de las actividades requeridas para la implementación y consolidación del SARLAFT/COF/FPADM.

9.2. Efectuada la validación documental de las tres entregas formales y de los soportes de capacitación aportados, se constató que la Oficial de Cumplimiento titular y su suplente, designadas mediante Resolución 1028 de 2026 (24/03/2026), cuentan con una sólida trayectoria profesional en las áreas jurídica, contractual y disciplinaria, así como con experiencia en gestión institucional de riesgos; no obstante, al cierre del período de levantamiento de información ninguna de las dos acreditó formación específica en SARLAFT/COF/FPADM; si bien obra evidencia de inscripción al curso e-learning de la UIAF y participación en espacios técnicos de intercambio, no se acreditó la culminación de ninguno de estos mecanismos durante el período auditado. En consecuencia, se identificó que si bien ambas funcionarias cuentan con la experiencia profesional, se debe acreditar la experiencia específica, condición que puede afectar la capacidad técnica para identificar señales de alerta, evaluar la efectividad de los controles, orientar la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM y atender las responsabilidades de análisis y reporte ante la UIAF.

9.3. Realizada la verificación documental y de las entrevistas adelantadas en las mesas de auditoría, se constató que la Oficial de Cumplimiento suplente, designada mediante la Resolución 1028 de 2026, no ha participado de manera formal ni permanente en la gestión del SARLAFT/COF/FPADM; no figura en ninguna de las actas de las mesas de trabajo del sistema (21/01/2026 y 10/02/2026), ni en los registros de actividades del período auditado, limitándose su intervención a la asistencia informal a algunas reuniones del CCCI; sin embargo, el numeral 6.2.1 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 establece que la suplente debe cumplir los mismos requisitos del titular en cuanto a capacidad decisoria, acreditación y participación activa. En consecuencia, la ausencia de participación formal compromete la continuidad operativa de la función de cumplimiento ante eventuales ausencias de la titular y puede afectar la oportunidad y efectividad del monitoreo, el análisis y el reporte de operaciones ante la UIAF.

9.4. De la verificación documental y de las mesas de auditoría Nos. 2 (19/05/2026) y 3 (02/06/2026), se constató que el proceso de debida diligencia de la SDS presenta brechas concurrentes derivadas de la ausencia de un lineamiento formalizado: a) no se consultan

*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					

las listas restrictivas del Consejo de Seguridad de la ONU ni OFAC; b) los controles de verificación no están estandarizados en el SARLAFT/COF/FPADM; c) las actuaciones no se documentan mediante registro trazable con fecha, fuentes, resultados y nivel de riesgo; d) las señales de alerta para la identificación de operaciones inusuales de LA/FT/FPADM no están definidas ni adaptadas al contexto operativo de la entidad; e) y el procedimiento de debida diligencia intensificada para Personas Expuestas Políticamente (PEP) no establece los requisitos adicionales de documentación, las medidas reforzadas de verificación ni el mecanismo de aprobación jerárquica para el establecimiento del vínculo; Si bien el borrador del Lineamiento: Debida Diligencia v1 y el Formato de Registro v1 incorporan elementos parciales, para el momento en que se ejecuto la auditoría (12/06/2026) aun no cuenta con aprobación e implementación, lo que no permite contar con la trazabilidad de la ejecución del procedimiento del sistema. Lo anterior, configura debilidades en el cumplimiento de lo dispuesto en los Numerales 5.2.2 (debida diligencia y señales de alerta), 5.2.2.2.2 (PEP), y 5.2.4 (documentación con integridad y trazabilidad) contenidos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, el Decreto 830 de 2021 y la Recomendación 7 del GAFI. Lo que origina que la entidad no identifique, ni gestione el riesgo de sus contrapartes, al no contar con la disponibilidad de la traza en las actuaciones, lo que implica que no se pueda acreditar ante los órganos de control la ejecución sistemática del SARLAFT/COF/FPADM.

9.5. De la evaluación de la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM y de la revisión documental adelantada en las Mesas Nos. 2 (19/05/2026) y 3 (02/06/2026), se constató que la entidad no ha desarrollado los componentes interdependientes de la fase de identificación y evaluación del riesgo, al no evidenciar la evaluación específica del riesgo de Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) para la operación del Laboratorio de Salud Pública BSL-3, toda vez que no se identificaron ni valoraron los factores de riesgo asociados al personal con acceso a las instalaciones y a los agentes biológicos, a los proveedores de insumos y equipos de contención biológica, ni a los contratos o actividades de cooperación científica y técnica internacional vinculados a su operación. Así mismo, no se evidenció una metodología de segmentación de los factores de riesgo de LA/FT/FPADM ajustada al contexto institucional de la SDS, dado que el borrador del Lineamiento DD v1 incorpora criterios de clasificación de riesgo que no se encuentran soportados en un ejercicio formal de segmentación de contrapartes, proveedores, canales y jurisdicciones. Ambas son condiciones que configuran una brecha frente a lo contemplado en los numerales 5.1.1 (identificación del riesgo), 5.1.2 (evaluación y medición) y 5.2.2.2.6.2 (segmentación de factores de riesgo) en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021; así como frente a las Resoluciones ONU 1540/2004 y 2325/2016 y la Convención BWC/CABT en lo relativo al Laboratorio BSL-3. En consecuencia, la entidad no dispone de la base técnica que sustente la definición de controles proporcionales a la exposición al riesgo de LA/FT/FPADM, impide la determinación del riesgo inherente y residual, y limita la aplicación de medidas de debida diligencia diferenciadas según el nivel de riesgo de cada contraparte y componente del sistema.

*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					

9.6. Con base en la evidencia obtenida respecto al mapa de riesgos institucional y a los controles asociados, se constató que el riesgo de LA/FT/FPADM no ha sido incorporado en dicho instrumento, toda vez que no fue formalmente identificado, valorado ni asociado a controles específicos al corte de la auditoría. La Guía para la Administración del Riesgo del DAFP versión 7 y el numeral 5.1.1 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 establecen la obligación de identificar y registrar en el mapa institucional la totalidad de los riesgos significativos de la entidad, incluyendo el riesgo de LA/FT/FPADM. En consecuencia, la entidad no dispone de una base formal para la definición y articulación de controles, señales de alerta y mecanismos de monitoreo acordes con su exposición a eventos de LA/FT/FPADM, lo que incrementa la exposición institucional a riesgos legales, operativos y reputacionales.

9.7. Realizada la verificación documental y de la información suministrada por el proceso auditado en mesas de auditoría, se constató que la SDS no cuenta con un usuario activo en el Sistema de Reporte en Línea (SIREL) de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), canal oficial para la presentación de los Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) y de Ausencia de Operaciones Sospechosas (AROS); la gestión para su obtención se encuentra en trámite a través de la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, sin fecha definida de asignación al corte de la auditoría. Los numerales 8.2.1 a 8.2.5 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, la Ley 526 de 1999 artículo 6 y la Ley 1121 de 2006 artículo 17 establecen la obligación de reporte periódico a la UIAF como componente esencial del sistema. En consecuencia, la entidad no dispone del mecanismo habilitante para cumplir esta obligación, lo que limita la comunicación con la entidad de inteligencia financiera e impide la presentación oportuna de los reportes exigidos.

9.8. Efectuada la revisión documental del período comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 30 de mayo de 2026, se constató que la Alta Dirección no recibió informes formales del Oficial de Cumplimiento sobre el estado del SARLAFT/COF/FPADM; al menos un informe semestral (segundo semestre de 2025) y un informe anual (vigencia 2025); de conformidad con lo dispuesto en el numeral 6.2.2 literal s) de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 el cual establece la obligación del Oficial de Cumplimiento de presentar informes semestrales a los administradores y un informe anual al máximo órgano de administración, de carácter confidencial. En consecuencia, la Alta Dirección no contó con información formal y periódica para realizar el seguimiento al estado de implementación y fortalecimiento del sistema, condición que afecta la capacidad de la dirección para adoptar decisiones oportunas frente a las brechas del SARLAFT/COF/FPADM.

9.9. De la revisión documental de las tres entregas formales y de las entrevistas adelantadas en la Mesa No. 2 (19/05/2026) y en la Mesa No. 3 (02/06/2026), se constató que los funcionarios y contratistas de la SDS no recibieron capacitación específica en SARLAFT/COF/FPADM durante el período auditado; las actividades de formación

*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					

impartidas en el ciclo de enero-febrero de 2026 estuvieron orientadas a la gestión de riesgos en términos generales, sin abordar el marco normativo aplicable, las señales de alerta, los procedimientos de reporte de operaciones inusuales o sospechosas ni las responsabilidades asociadas a la operación del sistema. El numeral 9 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 establece la obligación de implementar programas anuales de capacitación en SARLAFT/COF/FPADM dirigidos a todas las áreas y funcionarios de la entidad, con constancia de fecha, tema y asistentes, incluyendo la inducción de nuevos servidores. En consecuencia, la entidad no dispone de un proceso de formación especializado que fortalezca las competencias de la primera línea de defensa para la identificación, gestión y reporte de eventos asociados a LA/FT/FPADM. Componente MECI.

9.10. Realizado el análisis de la información suministrada por el proceso auditado, se constató que la articulación entre el Oficial de Cumplimiento y las dependencias de primera línea, Dirección de Contratación, Dirección de Talento Humano y Laboratorio de Salud Pública, se ha desarrollado mediante espacios de coordinación no formalizados, sin actas ni registros que soporten las decisiones adoptadas; asimismo, no se evidenció un inventario institucional que identifique los actores del sistema con sus roles y responsabilidades. El numeral 5.2.3.5 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 establece la obligación de definir y asignar formalmente funciones a las instancias que participan en el SARLAFT/SICOF. En consecuencia, la entidad no dispone de un esquema formal de articulación que garantice la coordinación, el seguimiento y la trazabilidad de las responsabilidades asociadas a la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM, ni permite verificar ante los órganos de control el cumplimiento de los compromisos adoptados.

9.11. De la revisión documental y de las entrevistas adelantadas en las mesas de auditoría, se constató que los mecanismos de monitoreo del SARLAFT/COF/FPADM presentan dos brechas estructurales concurrentes: de una parte, los indicadores institucionales de seguimiento a la gestión de riesgos son de carácter general y no contemplan aspectos específicos del sistema, tales como la cobertura de las verificaciones de contrapartes, la consulta de listas restrictivas, el análisis de operaciones inusuales, los reportes a la UIAF o el nivel de madurez del sistema; de otra parte, la entidad no ha implementado mecanismos formales de seguimiento al comportamiento transaccional de sus contrapartes y proveedores que permitan la identificación proactiva y sistemática de operaciones inusuales o sospechosas. El numeral 5.1.4 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 establece la obligación de disponer de mecanismos de monitoreo permanente al perfil de riesgo y a la efectividad de los controles implementados como etapa esencial del SARLAFT. En consecuencia, la función de detección del sistema carece de un componente de análisis sistemático, lo que restringe la capacidad de respuesta del sistema a una naturaleza reactiva en detrimento del enfoque preventivo exigido, y la entidad no dispone de indicadores que soporten el seguimiento objetivo al desempeño del SARLAFT/COF/FPADM, ni la identificación oportuna de oportunidades de mejora.

*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. CONCLUSIONES (NIA 2410-A1)

10.1. La Secretaría Distrital de Salud reconoce las obligaciones del SARLAFT/COF/FPADM y ha iniciado acciones concretas de implementación, particularmente en el período inmediatamente anterior al levantamiento de información. La voluntad institucional existe y se expresa en la designación del oficial de cumplimiento, la construcción de instrumentos, la participación en espacios de formación y la articulación con el ecosistema distrital del SARLAFT. Sin embargo, la implementación está en una etapa inicial que no permite calificar al sistema como operativo dentro del período auditado.

10.2. De la verificación adelantada en las mesas de trabajo de la auditoría y de la revisión del correo de asistencia técnica de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. en la prevención de los riesgos de LA/FT/FPADM, se observó que la Alcaldía Mayor, a través de la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional de la Secretaría General, adelanta un modelo de gestión centralizada para la obtención y administración de los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL) de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) de las entidades del Distrito Capital, esquema en el cual dicha Dirección actúa como instancia intermediaria ante la UIAF; en concordancia, en la Mesa No. 4 (10/06/2026) se informó que la Red Distrital de Oficiales de Cumplimiento (ROC) había socializado la implementación de la metodología SIGRIP en el orden distrital, con un horizonte de aplicación hacia el 15 de septiembre de 2027; no obstante, la operación de este modelo se encuentra supeditada a los tiempos de gestión de la instancia distrital, sin que a la fecha de corte de la auditoría se hubiese definido un cronograma con fechas ciertas de asignación, condición que incide en la oportunidad con que la Secretaría Distrital de Salud habilita su acceso al SIREL; en consecuencia, dado que la administración del riesgo de LA/FT/FPADM y el cumplimiento de los deberes de reporte ante la UIAF constituyen obligaciones propias e indelegables de la entidad, y que el horizonte distrital del SIGRIP no deroga ni aplaza dichas obligaciones, la dependencia de la instancia distrital no traslada ni suspende esta responsabilidad, por lo que resulta procedente que la Secretaría Distrital de Salud adelante de manera directa y paralela las gestiones necesarias para asegurar la habilitación oportuna de su usuario y la articulación de sus sistemas de información internos con el SIREL.

10.3. Con referencia al ambiente de control, este presenta avances normativos relevantes —designación del oficial, política vigente, código de integridad— con posibilidades de mejora en la capacidad técnica del responsable, la continuidad operativa garantizada por el suplente y la oportunidad de actualización del Código de Integridad para incorporar los requerimientos específicos del SARLAFT y el SICOF; debilidades atendibles en el corto plazo con acciones de formación y actualización normativa que no requieren recursos adicionales.

10.4. La evaluación de riesgos es el componente con la brecha más estructural: la ausencia del riesgo de LA/FT en el mapa de riesgos, la falta de segmentación de factores,

*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					

la inexistencia de señales de alerta formalizadas y la ausencia de evaluación PADM para el laboratorio BSL3 configuran un sistema que no tiene completamente definido su objeto de trabajo. Esta brecha es la que con mayor urgencia debe ser cerrada, dado que todo el funcionamiento del sistema depende de tener claridad sobre a qué riesgos se está respondiendo.

10.5. Las actividades de control tienen como fortaleza los controles precontractuales ya existentes, pero presentan brechas críticas en la ausencia de consulta de listas restrictivas internacionales, la incompletitud del lineamiento de debida diligencia, la falta de usuario en el SIREL y la ausencia de controles PADM para el laboratorio. La más urgente de estas brechas es la obtención del usuario en el SIREL, porque sin él el sistema no puede cumplir su función más crítica de comunicación con la autoridad competente.

10.6. El componente de información y comunicación revela vulnerabilidades de continuidad que deben ser atendidas de inmediato: la dependencia de carpetas personales y correos institucionales para custodiar la información del sistema, la ausencia de la TRD actualizada con la serie documental del SARLAFT y la falta de informes formales al representante legal son brechas que pueden causar consecuencias irreversibles si no se corrigen antes de que ocurra un cambio de personal en el sistema.

10.7. El monitoreo y la supervisión del sistema son los componentes con menor desarrollo relativo, consistentemente con el estadio inicial de implementación. La ausencia de indicadores específicos del SARLAFT, la falta de plan de trabajo para 2025, la ausencia de evaluación semestral por la Auditoría Interna en ese año y la inexistencia de monitoreo de operaciones configuran un sistema que no tiene los mecanismos para detectar sus propias brechas de manera autónoma. Estos mecanismos deben ser establecidos de manera independiente al avance de los demás componentes.

10.8. El componente PADM asociado al Laboratorio BSL3 es la obligación más especializada del sistema y la que presenta el mayor nivel de riesgo potencial no gestionado. Requiere una evaluación específica que involucre al personal técnico del laboratorio y que considere la naturaleza particular de los agentes manejados, los regímenes internacionales de control de agentes de doble uso y los vectores de riesgo específicos de un laboratorio de contención biológica de nivel 3. Este análisis no puede ser realizado únicamente con los instrumentos generales del SARLAFT y puede requerir asesoría técnica especializada.

10.9. Es importante incorporar dentro del Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno la evaluación anual del SARLAFT/COF/PADM, en cumplimiento de la periodicidad establecida en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de realizar seguimiento al grado de implementación, la efectividad de sus etapas y elementos, la gestión de los riesgos de LA/FT/FPADM y la eficacia de los controles establecidos. Estas evaluaciones deberán generar recomendaciones orientadas al fortalecimiento y mejora continua del sistema, así

*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					

como al seguimiento de las acciones implementadas por la entidad para el cierre de las brechas identificadas.

10.10. Durante la revisión documental se evidenció que el Código de Integridad de la Secretaría Distrital de Salud, adoptado mediante la Resolución 1954 de 2018, no incorpora de manera expresa orientaciones relacionadas con la prevención de la corrupción, la opacidad, el fraude, el soborno, el manejo de regalos, atenciones e invitaciones, ni lineamientos frente al tratamiento de actuaciones irregulares o sospechosas. En este sentido, se identifica la oportunidad de fortalecer dicho instrumento mediante la incorporación de principios y directrices alineados con el enfoque preventivo previsto para el SICOF en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de robustecer el ambiente de control, promover una cultura de integridad y fortalecer la gestión preventiva de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y LA/FT/FPADM, en coherencia con los principios del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

10.11. En el marco de la Mesa de Cierre celebrada el 08 de julio de 2026, se evidenció la Resolución 1530 del 26 de junio de 2026, suscrita por el Señor Secretario Distrital de Salud, mediante la cual se formaliza la actualización de la política de administración de riesgos, subsanando las condiciones observadas en esta auditoría. En consecuencia, este hallazgo se retira y se deja como recomendación completar la publicación en ISOLUCION y reforzar la socialización institucional del instrumento en el término más breve posible.

10.12. Uso de herramientas de inteligencia artificial: En el desarrollo de la presente auditoría se emplearon herramientas de inteligencia artificial de manera complementaria para apoyar actividades de revisión documental, verificación de consistencia normativa, homologación de criterios de redacción y mejora de estilo del informe. Su utilización se limitó al apoyo metodológico, sin intervenir en la obtención de evidencia, la formulación de hallazgos o la redacción de conclusiones. Todas las valoraciones, análisis, conclusiones y recomendaciones fueron objeto de revisión y validación por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, en ejercicio de su independencia y juicio profesional.

11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).

Como resultado de la auditoría, se requiere que el proceso auditado debe cumplir con el lineamiento establecido por la dirección de planeación institucional y calidad para la elaboración del plan de mejoramiento que tenga lugar con el fin de realizar el tratamiento adecuado a los riesgos incluyendo en las actividades el ciclo PHVA y de ser necesario realizar mesas de trabajo cuando los hallazgos acciones para abordar los riesgos involucren otras dependencias.

*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					

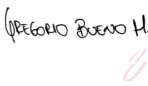
12. ANEXOS.

Con base en la evidencia documental verificada y referenciada a lo largo de esta auditoría se anexan los siguientes soportes en el expediente de auditoría:

- Plan de Auditoría SDS-EIG-FT-003 (23/04/2026)
- Circular Externa 20211700000005-5/2021 de la Supersalud
- Acta mesa de trabajo No. 1 (21/01/2026)
- Acta mesa de trabajo No. 2 (10/02/2026)
- Correo — Borrador Lineamiento Debida Diligencia v1 (10/02/2026)
- Correo — Proyecto Política Administración de Riesgos ajustada (24/04/2026)
- Informe de Empalme Oficial de Cumplimiento saliente (10/02/2026)
- Soportes talleres UNODC y Banco Mundial — Oficial de Cumplimiento
- Constancia inscripción curso e-learning UIAF
- Correo — Solicitud referenciación comparativa SARLAFT (03/02/2026)
- Resolución 1028 de 2026 (designación OC titular y suplente)
- Resolución 306 de 2025 (designación anterior OC)
- Lineamiento SDS-DFO-LN-011 Versión 2 (30/05/2025)
- Informe de Capacitación en Gestión de Riesgos (enero 2026)
- Correo — Borrador formulación PTEP 2026 (01/12/2025)
- Correo — Asistencia Técnica Secretaría General LA/FT/FPADM (22/06/2026)
- Grabaciones Mesa de Apertura y mesas de trabajo.

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


OSCAR ROJAS SUAREZ


 Firmado digitalmente por
 José Gregorio
 Bueno Hernández
JOSÉ GREGORIO BUENO H

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.


 Firmado digitalmente por
 Saira Guzmán
SAIRA ADELINA GUZMÁN MARMOLEJO