

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

PROCESO EVALUADO: Gestión de Salud Pública — Plan de Acción Cuatrienal Ambiental (PACA), Proyecto de Inversión 8141 *"Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C."*

DIRECCIÓN EVALUADA: Subsecretaría de Salud Pública - Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva (Subdirección de Determinantes en Salud y Subdirección de Vigilancia en Salud Pública)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL LÍDER DEL PROCESO/DEPENDENCIA EVALUADA: María Belén Jaimes Sanabria, Diana Marcela Walteros Acero, Diana Sofía Ríos Oliveros

NOMBRE DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA A APLICAR: Seguimiento al Plan de Acción Cuatrienal Ambiental (PACA) 2025 — Avance PACA 2026, Proyecto de Inversión 8141

PERIODO EVALUADO: DEL 01/01/2025 AL 30/06/2026

FECHA DE INICIO DE LA EVALUACIÓN: 01/07/2026

FECHA DE TERMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN: 30/07/2026

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

José Gregorio Bueno Hernández / Oscar Hernando Rojas Suárez

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

1. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA:

Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental (PACA) 2024-2027 de la Secretaría Distrital de Salud, correspondiente a la vigencia 2025 y al avance registrado a junio 30 de 2026, ejecutado por la Subsecretaría de Salud Pública a través del Proyecto de Inversión 8141 *"Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C."*, mediante la verificación documental de las metas 40, 41, 42 y 43, el análisis de las evidencias reportadas por la dependencia y sus subredes integradas de servicios de salud, y la evaluación del estado de las acciones derivadas de auditorías y evaluaciones institucionales previas.

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

2. CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN:

INSTRUMENTO NORMATIVO	AÑO	DESCRIPCIÓN Y RELEVANCIA PARA LA SDS
Decreto Distrital Único 646 (Sector Ambiente)	2025	Compila y actualiza la normativa ambiental distrital; en su artículo 186 define el PACA como instrumento operativo de planeación ambiental de corto plazo, formulado a partir del Plan Distrital de Desarrollo.
Acuerdo Distrital 927 "Bogotá Camina Segura"	2025	Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas 2024-2027. Objetivo Estratégico 2 "Bogotá confía en su bien-estar", Programa 2.10 "Salud Pública Integrada e Integral", del cual se desprende el PI 8141.
Plan Territorial de Salud 2024-2027	2024	Marco de planeación sectorial en salud del cual se derivan las metas 40 a 43 del PI 8141 asociadas al PACA.
Ley 1335	2009	Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de menores y no fumadores; sustenta las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) frente a espacios libres de humo de tabaco, base de la meta 42 y de la actividad 43.1.
Lineamiento de Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas (Dirección de Planeación Institucional y Calidad) SDS-DFO-LN-09	Vigente	Establece, en su numeral 4.3, la obligación de los procesos auditados de formular oportunidades de mejora frente a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno, o de remitir la justificación técnica correspondiente.
Resolución 1438	2026	Actualiza el Comité de Gestión y Desempeño de la SDS y, en su artículo 5, asigna a dicho comité la competencia para designar la dependencia responsable del gestor ambiental institucional.
Formulario de Formulación y Ajustes PACA "Bogotá Camina Segura" 2024-2027	2025	Instrumento oficial mediante el cual la SDS reporta ante la Secretaría Distrital de Ambiente (SDA) la programación física y presupuestal de las metas del PACA; última entrega con corte a 31/12/2025.
Formulario de Seguimiento PACA 2024-2027 "Bogotá Camina Segura"	2025-2026	Instrumento de reporte semestral y acumulado anual del avance del PACA ante la SDA; última entrega con corte a 31/12/2025.

3. FUENTES DE INFORMACIÓN Y DATOS ANALIZADOS:

Para la presente evaluación, la Oficina de Control Interno adelantó cinco (5) mesas de trabajo con los referentes técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública y de las subredes integradas de servicios de salud, complementadas con la revisión documental de la información remitida previamente a través del repositorio dispuesto para la auditoría. Las mesas se desarrollaron conforme al siguiente cronograma:

FECHA	MESA DE TRABAJO	ALCANCE
09/07/2026	Mesa de contextualización	Presentación general del PACA, el PI 8141 y las metas 40 a 43; entrega formal de la documentación solicitada mediante memorando.

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

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

	14/07/2026	Verificación de evaluaciones previas	Seguimiento a las acciones para abordar el riesgo derivadas de la auditoría PACA 2025 y a las recomendaciones de evaluaciones institucionales previas (EGD y seguimiento al PI 8141).
	15/07/2026	Mesa de trabajo — Metas 40 y 41	Verificación de la red intersectorial y comunitaria de salud ambiental (meta 40) y de la estrategia de gestión integral de zoonosis (meta 41).
	21/07/2026	Mesa de trabajo — Meta 42	Verificación de farmacovigilancia, tecnovigilancia e inspección, vigilancia y control (IVC)/aseguramiento sanitario.
	23/07/2026	Mesa de trabajo — Meta 43	Verificación del plan de respuesta sectorial de gestión integral del riesgo en salud por calidad del aire (actividades 43.1 y 43.2).

La revisión documental incluyó, entre otros: el documento de formulación PACA 2024-2027 y su formulario asociado; el informe de seguimiento PACA con corte a 31/12/2025 y su certificado de cargue ante la SDA; los planes de acción por meta para la vigencia 2026; los reportes SEGPLAN del PI 8141 correspondientes a julio de 2025 a mayo de 2026; los 20 Planes Locales de Salud Ambiental (PALSA) y sus actas de aprobación en las Comisiones Ambientales Locales (CAL); las bases de seguimiento a la vacunación antirrábica y a la vigilancia integrada de la rabia; la trazabilidad de reportes en la plataforma VigiFlow de farmacovigilancia; los registros del Programa Distrital de Tecnovigilancia; las bases de inscripción de establecimientos objeto de IVC sanitaria; y la matriz de seguimiento a la actividad 43.2 (plan territorial de adaptación al cambio climático), entre otros documentos técnicos y actas de reunión aportados por los referentes.

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

Dado que la presente evaluación corresponde a un ejercicio de seguimiento y no a una prueba selectiva, la Oficina de Control Interno no aplicó un método de muestreo estadístico, sino que adoptó un enfoque de verificación aleatoria y por trazabilidad documental sobre la totalidad de las cuatro (4) metas del PACA a cargo del PI 8141 (metas 40, 41, 42 y 43) y de sus respectivas actividades (40.1, 40.2, 41.1, 41.2, 41.3, 43.1 y 43.2), contrastando la información física y financiera reportada en el SEGPLAN y en el PACA frente a las evidencias documentales, bases de datos y actas puestas a disposición por la dependencia. Dado el alto volumen de información remitida, particularmente en la meta 42, cuyo repositorio superó el gigabyte de contenido, el equipo auditor priorizó la revisión de los componentes de mayor materialidad (farmacovigilancia, tecnovigilancia e IVC sanitaria) y dejó constancia expresa de que no fue posible verificar la totalidad de la evidencia aportada dentro del tiempo disponible para el seguimiento.

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

COMPONENTE	DOCUMENTOS / EVIDENCIAS VERIFICADAS
Formulación y seguimiento PACA	Documento de formulación PACA 2024-2027 y formulario asociado; informe de seguimiento PACA con corte a 31/12/2025 y certificado de cargue ante la SDA.
Planeación por meta	Planes de acción por meta (40, 41, 42 y 43) para la vigencia 2026, formato estandarizado SDS.
Ejecución física y presupuestal	Reportes SEGPLAN del PI 8141 correspondientes a julio de 2025 a mayo de 2026.
Meta 40 — Red intersectorial y comunitaria de salud ambiental	20 Planes Locales de Salud Ambiental (PALSA) y actas de aprobación en las Comisiones Ambientales Locales (CAL) por localidad.
Meta 41 — Zoonosis	Bases de seguimiento a la vacunación antirrábica y a la vigilancia integrada de la rabia; indicador de vigilancia centinela publicado en SaluData.
Meta 42 — Farmacovigilancia	Trazabilidad de reportes en la plataforma VigiFlow (INVIMA); matriz de gestión de casos y planes de mejoramiento.
Meta 42 — Tecnovigilancia	Registros del Programa Distrital de Tecnovigilancia.
Meta 42 — IVC / Aseguramiento sanitario	Bases de inscripción de establecimientos objeto de IVC sanitaria; listas de autoevaluación; soportes de megatomas.
Meta 43 — Calidad del aire y cambio climático	Matriz de seguimiento a la actividad 43.2 (plan territorial de adaptación al cambio climático); tableros de control de atención de quejas; documentos técnicos y actas de reunión aportados por los referentes.
Fuente: documentos suministrados por parte de las dependencias que participaron en la verificación.	
5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, DATOS Y EVIDENCIAS:	
5.1. Verificación de evaluaciones previas y seguimiento a compromisos derivados de auditorías anteriores	
5.1.1. Antecedente: Auditoría con énfasis en riesgos al cumplimiento del PACA (2025)	
Entre los meses de mayo y julio de 2025, la Oficina de Control Interno adelantó la "Auditoría con énfasis en riesgos al cumplimiento del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental (PACA)", en el marco del Plan Territorial de Salud 2024-2027. Como resultado de dicho ejercicio se identificaron dos (2) no conformidades y se dejaron en firme nueve (9) acciones para abordar el riesgo, formalizadas en el respectivo plan de mejoramiento suscrito por la Subsecretaría de Salud Pública.	
Con el fin de dar continuidad al seguimiento periódico que la Oficina de Control Interno realiza sobre el cierre efectivo de sus hallazgos, se llevó a cabo el 14 de julio de 2026 una mesa de trabajo de verificación de evaluaciones previas, en la que se revisó, acción por acción, el estado de avance de dicho plan de mejoramiento.	

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

1.1.1. Estado de las acciones para abordar el riesgo

En la verificación documental y la mesa de trabajo se evidenció que siete (7) de las nueve (9) acciones formuladas como resultado de la auditoría de la vigencia 2025 se encuentran cerradas, permanecen abiertas dos (2) acciones con solicitud de prórroga:

a) Designación formal del gestor ambiental. La Subsecretaría reportó que, con la expedición de la Resolución 1438 de 2026 (junio de 2026), la potestad de designar la dependencia responsable del gestor ambiental recae en el Comité de Gestión y Desempeño de la entidad, conforme lo dispuesto en el artículo 5. Como evidencia de gestión se aportó el acta de la reunión de articulación del 8 de julio de 2026 entre la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría Corporativa, en la que se revisaron alcances y funciones de las dependencias frente al tema, sin que se haya logrado, a la fecha, una designación distinta a la ya reglamentada; en consecuencia, el gestor ambiental continúa radicado en la Subdirección de Bienes y Servicios mientras el Comité de Gestión y Desempeño resuelve el asunto. Se constató que la fecha de compromiso pactada en el plan de mejoramiento ya se encuentra vencida, por lo cual el equipo auditor instruyó a la dependencia para que, conforme al lineamiento de formulación de acciones correctivas y preventivas de la Dirección de Planeación Institucional, tramite mediante memorando dirigido a la Oficina de Control Interno la solicitud formal de ampliación del plazo — no la terminación de la acción—, quedando así la fecha límite propuesta al 31 de diciembre de 2026.

b) Actualización de lineamientos en la página web institucional. La dependencia expuso que ya cuenta con la propuesta de organización y contenidos del micrositio de vigilancia sanitaria, la cual fue socializada y priorizada ante la Dirección TIC; sin embargo, la puesta en marcha de la actualización depende de la ejecución por parte de esa dirección, por lo que igualmente se encuentra en trámite de prórroga con fecha de cierre proyectada al 31 de diciembre de 2026.

Sobre ambas acciones, el equipo auditor dejó constancia de que su reporte en el informe de seguimiento corresponderá a una condición de incumplimiento del plazo original, dado que la ampliación de término debe tramitarse formalmente antes del vencimiento y no de manera posterior o verbal.

5.1.2. Gestión frente a recomendaciones de evaluaciones institucionales (EGD y seguimiento al Proyecto de Inversión 8141)

De manera adicional a las no conformidades, la Oficina de Control Interno indagó sobre el tratamiento dado a las recomendaciones emitidas en dos ejercicios de evaluación institucional: la Evaluación de Gestión por Dependencias (EGD) correspondiente a la vigencia 2025, presentada al Comité Coordinador de Control Interno en enero de 2026, y el informe de seguimiento a la ejecución física y presupuestal del Proyecto de Inversión 8141, en el cual se habían formulado observaciones relacionadas con brechas puntuales de cumplimiento en indicadores de resultado e impacto, así como con la necesidad de fortalecer el monitoreo integral y la gestión del riesgo operativo y financiero del proyecto.

Al momento de la mesa de trabajo, el equipo auditor manifestó no haber recibido retroalimentación formal por parte de la Subsecretaría de Salud Pública sobre el análisis técnico de dichas recomendaciones ni

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

sobre la eventual formulación de oportunidades de mejora en el aplicativo de gestión documental de la entidad, conforme a lo dispuesto en el numeral 4.3 del Lineamiento de Acciones de Mejora (Código SDS-DFO-LN-09 de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad). Este hecho fue registrado como una observación a incluir en el informe de seguimiento.

Con posterioridad a la mesa de trabajo, la dependencia allegó el documento "Seguimiento al Informe Consolidado de Evaluación de Gestión por Dependencias – julio 2026", mediante el cual da respuesta puntual a cada una de las recomendaciones formuladas por la Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva y por la Dirección de Salud Colectiva, e igualmente se pronuncia sobre el estado de los proyectos de inversión de la Subsecretaría (8141, 8143, 8145, 8147 y 7919) frente a las observaciones de Control Interno. Para el Proyecto 8141, específicamente, la dependencia reitera que el reporte de las metas y actividades se realiza con un mes de rezago respecto al corte técnico, dado el proceso de depuración y consolidación de múltiples fuentes de información (Estadísticas Vitales, SIVIGILA, reportes de Medicina Legal, DANE, entre otras), y sostiene que, bajo esa lógica de reporte, las metas y actividades del proyecto se cumplen al 100% en la gran mayoría de los casos a diciembre de 2025. La recepción de este documento permite dar por atendida, aunque de manera extemporánea frente al cronograma de la presente evaluación, la observación relacionada con la falta de retroalimentación formal.

5.2. META 40 - Implementar 1 red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad

Proyecto de Inversión 8141 — Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C. SEGPLAN de la meta: 40. Subdirección responsable: Subdirección de Determinantes en Salud, con apoyo de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

5.2.1. Descripción y componentes de la meta

La meta 40 tiene como propósito implementar, a 2027, una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental en cada una de las veinte (20) localidades de Bogotá D.C. El indicador oficial de seguimiento es “Red intersectorial y comunitaria de salud ambiental implementada por localidad”, de tipo constante, medido en número de localidades con red en funcionamiento sobre un total de 20.

La meta se desagrega en dos actividades: la actividad 40.1, relacionada con la conformación, concertación e implementación de las redes locales a través de los Planes de Acción Locales de Salud Ambiental (PALSA), documento que recoge la priorización de problemáticas ambientales de cada localidad y las acciones acordadas con la comunidad para atenderlas; y la actividad 40.2, relacionada con el desarrollo de acciones de educación y apropiación social de la salud ambiental en los entornos de vida cotidiana (comunitario, educativo, institucional, hogar y laboral).

El proceso de conformación e implementación de las redes de salud ambiental se desarrolla por fases: caracterización y mapa de actores, caracterización ambiental y sanitaria, priorización de problemáticas, formulación del PALSA (concertado con la comunidad y aprobado por la respectiva Comisión Ambiental

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

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

Local – CAL) y, finalmente, ejecución y evaluación anual del plan. Los PALSA vigentes cubren el horizonte agosto de 2025 a diciembre de 2027.

De manera adicional al indicador constante (20 de 20 localidades con red implementada), el Plan de Desarrollo estableció una meta de ejecución incremental anual para el periodo 2024-2027, según la cual para la vigencia 2026 se debe avanzar en un 25% adicional en la implementación de las acciones de las 20 redes. Esta dualidad de medición —indicador constante binario vs. avance porcentual incremental— se desarrolla en el numeral 6.1.6 del presente documento.

5.2.2. Avance físico — serie mensual verificada (SEGPLAN técnico y financiero Proyecto de Inversión 8141)

A partir de la revisión de los archivos SEGPLAN Técnico y Financiero del Proyecto de Inversión 8141 correspondientes a cada corte mensual disponible entre julio de 2025 y mayo de 2026 (informe con datos técnicos a abril de 2026), se verificó el reporte físico de la meta 40, el cual se mantuvo constante en 20 de 20 localidades con red implementada durante todo el periodo evaluado.

Corte	Programado físico	Ejecutado físico	% Cumplimiento
Julio 2025	20	20	100%
Agosto 2025	20	20	100%
Septiembre 2025	20	20	100%
Octubre 2025	20	20	100%
Noviembre 2025	20	20	100%
Diciembre 2025 (cierre vigencia)	20	20	100%
Febrero 2026	20	20	100%
Marzo 2026	20	20	100%
Abril 2026	20	20	100%
Mayo 2026 (corte técnico a abril)	20	20	100%

Fuente / Evidencia: Archivos “8141 Seg Tec y Fin” mensuales, hoja “Metas”, fila META=40, columnas “Programado Físico” y “Ejecutado Físico” (julio 2025 a mayo 2026).

No se identificó archivo SEGPLAN correspondiente al corte de enero de 2026 dentro del repositorio suministrado; esta ausencia no afecta la continuidad del análisis dado que el indicador se mantiene constante en el periodo, pero se deja como una brecha documental a subsanar por la dependencia.

5.2.3. Ejecución presupuestal — serie mensual verificada

El SEGPLAN técnico y financiero del Proyecto de Inversión 8141 reporta, para cada meta, el presupuesto inicial y definitivo asignado, así como los valores ejecutados o comprometidos, los giros realizados y las reservas presupuestales constituidas. Para la meta 40, la asignación presupuestal se gestiona por vigencia fiscal (2025 y 2026 son bolsas presupuestales independientes), por lo cual los valores no son acumulables entre años.

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

Vigencia 2025

La meta 40 inició la vigencia 2025 con un presupuesto inicial de \$7.117.820.193, el cual fue objeto de adiciones presupuestales hasta alcanzar un presupuesto definitivo de \$11.078.652.034 al cierre del año (incremento del 55,6% frente a la asignación inicial). El valor comprometido/ejecutado alcanzó el 100% del presupuesto definitivo desde el corte de octubre de 2025, manteniéndose así hasta el cierre de diciembre de 2025. Los giros efectivos, en cambio, evolucionaron de manera gradual a lo largo del año: 51,2% en julio, 72,5% en agosto, 82,3% en septiembre, 79,6% en octubre y noviembre, y 91,6% al cierre de diciembre de 2025, quedando una reserva presupuestal definitiva de \$277.884.495 para giro posterior.

Vigencia 2026 (corte más reciente: mayo de 2026, con datos técnicos a abril de 2026)

Para la vigencia 2026 la meta 40 cuenta con un presupuesto inicial de \$8.601.142.031, prácticamente sin variación frente al presupuesto definitivo (\$8.604.032.158, ajuste marginal del 0,03%). El valor comprometido alcanzó el 100% del presupuesto definitivo desde el primer corte disponible (febrero de 2026). Sin embargo, los giros efectivos muestran un ritmo de ejecución más lento que el observado en 2025 para las mismas alturas del año: 21,5% en febrero y marzo, y 36,3% en abril de 2026. Adicionalmente, se identificó una reserva presupuestal definitiva de \$932.515.642 constituida desde el inicio de la vigencia, de la cual se han girado \$727.653.214 (78,1%) según el reporte más reciente disponible (archivo con corte técnico a abril, reportado en el set de mayo).

Corte	Presup. inicial (\$)	Presup. definitivo (\$)	Ejecutado/comprometido (\$)	% Compromiso	Giros (\$)	% Girado
Jul-2025	7.117.820.193	11.078.809.141	7.165.362.513	64,7%	5.669.626.398	51,2%
Ago-2025	7.117.820.193	10.940.769.136	7.928.846.794	72,5%	5.989.785.293	54,7%
Sep-2025	7.117.820.193	11.078.652.034	9.123.251.918	82,3%	6.309.944.188	57,0%
Oct-2025	7.117.820.193	11.078.652.034	11.078.652.034	100,0%	8.822.878.618	79,6%
Nov-2025	7.117.820.193	11.078.652.034	11.078.652.034	100,0%	8.822.878.618	79,6%
Dic-2025 (cierre)	7.117.820.193	11.078.652.034	11.078.652.034	100,0%	10.146.136.392	91,6%
Feb-2026	8.601.142.031	8.601.142.031	8.601.142.031	100,0%	1.846.317.481	21,5%
Mar-2026	8.601.142.031	8.604.032.158	8.601.142.031	100,0%	1.846.317.481	21,5%
Abr-2026	8.601.142.031	8.604.032.158	8.601.142.031	100,0%	3.123.931.751	36,3%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=40, columnas PRESUPUESTO INICIAL, PRESUPUESTO DEFINITIVO, EJECUTADO O COMPROMETIDO y GIROS (julio 2025 a abril 2026). Porcentajes calculados por la Oficina de Control Interno sobre el presupuesto definitivo de cada corte.

El comportamiento descrito evidencia una gestión de compromiso presupuestal oportuna (100% comprometido desde etapas tempranas de cada vigencia) pero con un rezago sistemático en la velocidad de giro efectivo de los recursos, patrón que se repite en ambas vigencias analizadas y que constituye un punto de atención para la ejecución financiera de la meta, sin que ello implique per se una alerta de subejecución, dado que la totalidad del presupuesto definitivo se encuentra comprometido.

Reservas presupuestales constituidas y su ejecución

Con referencia las reservas presupuestales de la Meta 40 representan compromisos legalmente adquiridos en una vigencia fiscal que, por su naturaleza, se atienden financieramente en la vigencia siguiente. Su comportamiento mensual se presenta a continuación:

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

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

Corte	Reserva presupuestal definitiva (\$)	Giros de reservas (\$)	% Reserva girada
Jul-2025	299.815.410	125.150.497	41,7%
Ago-2025	299.815.410	125.150.497	41,7%
Sep-2025	299.815.410	125.150.497	41,7%
Oct-2025	299.815.410	125.150.497	41,7%
Nov-2025	299.815.410	125.150.497	41,7%
Dic-2025 (cierre)	277.884.495	125.150.497	45,0%
Feb-2026	932.515.642	0	0,0%
Mar-2026	932.515.642	0	0,0%
Abr-2026	932.515.642	222.672.868	23,9%
May-2026 (corte a abril, consolidado)	932.515.642	727.653.214	78,1%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=40, columnas RESERVAS DEFINITIVA y GIROS DE RESERVAS.

Se observa que la reserva constituida en 2026 (~\$932,5 millones) es más de tres veces superior a la de 2025 (~\$277,9-299,8 millones) y que, si bien al corte de febrero y marzo de 2026 no se había girado ningún valor de esa reserva, para el corte de abril de 2026 el giro se aceleró de manera significativa, alcanzando el 78,1% de la reserva en el reporte más reciente disponible. Esta aceleración debe seguir siendo objeto de monitoreo por parte de la dependencia para evitar el riesgo de pérdida de apropiación por vencimiento de términos.

5.2.4. Avance de gestión y ejecución de actividades

5.2.4.1. Cierre de la vigencia 2025

De acuerdo con el reporte SEGPLAN con corte a diciembre de 2025, durante el periodo enero-diciembre de 2025 se avanzó en un 25% del ciclo de conformación e implementación de las redes, con el ajuste del documento orientador de la estrategia, la definición del plan de acción 2025, la elaboración de las metodologías para los mapas de actores, la caracterización ambiental y sanitaria y la priorización de problemáticas, y la elaboración de los 20 mapas de actores, las 20 caracterizaciones ambientales y sanitarias, las 20 priorizaciones de problemáticas y los 20 PALSA, con su respectiva socialización y aprobación en las Comisiones Ambientales Locales, iniciando la ejecución de las acciones planteadas desde el mes de agosto de 2025.

A nivel distrital, la dependencia reporta participación en las sesiones de la mesa de adaptación y mitigación al cambio climático, el Consejo Consultivo de Ambiente (CCA) y su mesa de salud ambiental, la Comisión Intersectorial para la Protección, Sostenibilidad y Salud Ambiental (CIPSSA), con sus mesas de residuos peligrosos y de salud ambiental, la Comisión Intersectorial de Educación Ambiental (CIDEA) y el Consejo Distrital de Protección y Bienestar Animal.

A nivel local, durante 2025 se gestionaron acciones de salud ambiental en 252 sesiones de la Comisión Ambiental Local (CAL), 199 sesiones de los Consejos Locales de Gestión del Riesgo y Cambio Climático (CLGRCC), 178 sesiones de los Consejos Locales de Protección y Bienestar Animal (CLPYBA), 135

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

mesas de residuos, 67 mesas de humedales y 34 mesas de agricultura urbana, con la participación de 16.261 personas en estos espacios de coordinación. Se desarrollaron 1.632 actividades intersectoriales con la comunidad, con 52.068 personas participantes, en el marco de la implementación de los PALSA. Se recibieron 462 problemáticas de salud ambiental para gestión de riesgo, con intervención a 2.765 personas de la comunidad.

El detalle por entorno de vida cotidiana durante el cierre de 2025 fue el siguiente: en el entorno comunitario se desarrollaron 3.548 acciones itinerantes con 148.156 personas participantes, se socializaron el Índice Bogotano de Calidad del Aire y Riesgo en Salud (IBOCA) y el índice de radiación solar ultravioleta a 75.734 personas mediante la estrategia “Cuídate Sé Feliz”, se realizaron 40 jornadas de salud ambiental con 3.168 asistentes, 78 unidades demostrativas con 11.218 personas, y se formularon 352 Planes de Gestión Barrial y Veredal de Entornos Ambientalmente Saludables, abordando en total 95.111 personas en 8.488 acciones educativas. En el entorno educativo se caracterizaron 248 instituciones, con 4.872 intervenciones a estudiantes de los cuatro ciclos y 220 unidades demostrativas integradas a los Proyectos Ambientales Escolares (PRAE); se inició la estrategia de mascota verde en 57 jardines (733 sesiones, 1.982 niños). En el entorno hogar se abordaron 3.816 viviendas y se hizo seguimiento a 12.674 personas. En el entorno institucional se abordaron 499 unidades de atención a la primera infancia y 59 instituciones prestadoras de servicios de salud bajo el enfoque de hospitales verdes y saludables. En el entorno laboral se identificaron 6.900 unidades de trabajo informal con espacios libres de humo, socializando el IBOCA a 15.574 trabajadores informales.

5.2.4.2. Avance acumulado a abril de 2026 (corte técnico más reciente)

Para la vigencia 2026, el plan de acción de la meta prevé un avance incremental del 25% durante el año. Con corte a abril de 2026 se registra un avance acumulado del 8,30% (equivalente a un 33,2% de cumplimiento de lo programado para el año), materializado en la elaboración de los mapas de oferta y demanda de productos y servicios de los nuevos activos comunitarios y sociales por localidad, los planes de desarrollo de capacidades comunitarias (en fase de implementación) y la construcción de la metodología para los encuentros de las Redes de Salud Ambiental (REDSAL) interlocales por subred y a nivel distrital, cuyo proceso de planeación y organización se encuentra en curso.

En el acumulado enero-abril de 2026 se gestionaron acciones en 78 sesiones CAL, 61 sesiones CLGRCC, 65 sesiones CLPYBA, 55 mesas de residuos, 8 mesas de agricultura urbana y 17 mesas de humedales, con 5.380 personas participantes; se desarrollaron 588 actividades intersectoriales con 15.288 personas, y se gestionaron 163 problemáticas de salud ambiental con intervención a 444 personas de la comunidad. Por entorno: en el comunitario, 550 acciones itinerantes con 21.498 personas y 32.388 personas abordadas en 3.171 acciones educativas; en el educativo, caracterización de 426 instituciones y 11.025 estudiantes en 139 jornadas de salud ambiental; en el hogar, 1.366 viviendas abordadas y 4.726 personas en seguimiento; en el institucional, 34 IPS abordadas bajo el enfoque de hospitales verdes (1.079 profesionales) y 25 unidades demostrativas con 5.584 personas en instituciones de población diferencial; en el laboral, 1.427 unidades de trabajo informal identificadas con 2.493 trabajadores sensibilizados.

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

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

5.2.4.3. Síntesis de la evolución mensual

Periodo	Hito principal reportado en SEGPLAN
Junio 2025	Elaboración de los 20 documentos de priorización de problemáticas por localidad; gestión en 22 sesiones CAL, 18 CLGRCC, 16 CLPYBA, 12 mesas de residuos y 4 mesas de humedales y agricultura urbana.
Julio 2025	Elaboración de los 20 PALSA y avance en su socialización y aprobación ante las respectivas CAL.
Agosto 2025	Socialización y aprobación de los 20 PALSA en las CAL e inicio de la ejecución de las acciones planteadas en los planes.
Septiembre 2025	Avance en la ejecución de las acciones planteadas en los 20 PALSA; 24 sesiones CAL, 17 CLGRCC, 18 CLPYBA, 14 mesas de residuos, 5 mesas de humedales.
Octubre 2025	Continuidad en la ejecución de acciones de los PALSA; 20 sesiones CAL, 16 CLGRCC, 15 CLPYBA, 15 mesas de residuos, 5 mesas de humedales.
Diciembre 2025	Cierre del primer ciclo de ejecución de los 20 PALSA; 20 sesiones CAL, 17 CLGRCC, 16 CLPYBA, 8 mesas de residuos, 4 mesas de humedales.
Enero 2026	Continuidad en la ejecución de los PALSA; 3 sesiones CAL, 11 CLGRCC, 9 CLPYBA, 6 mesas de residuos, 1 mesa de humedales.
Febrero 2026	Elaboración de los planes de desarrollo de capacidades comunitarias y de los mapas de oferta y demanda de activos comunitarios y sociales por localidad; construcción de la metodología para los encuentros REDSAL (interlocales por subred y distrital).
Abril 2026	Implementación de los planes de desarrollo de capacidades comunitarias por localidad; continuidad del proceso de planeación y organización de los encuentros REDSAL; 25 sesiones CAL, 19 CLGRCC, 18 CLPYBA, 18 mesas de residuos, 3 mesas de agricultura urbana, 6 mesas de humedales; 157 actividades intersectoriales con 5.432 personas; gestión de 33 problemáticas de salud ambiental con intervención a 80 personas de la comunidad.

Fuente / Evidencia: Columna "AVANCES" del reporte SEGPLAN mensual, hoja "Metas", fila META=40 (junio 2025 a abril 2026). Síntesis elaborada por la Oficina de Control Interno.

5.2.5. Verificación documental y hallazgos de la mesa de trabajo (15/07/2026)

La verificación documental confirmó la existencia de 18 de los 20 Plan de Acción Local de Salud Ambiental (PALSA) con su respectiva evidencia de concertación y acta de aprobación en la CAL (Comisiones Ambientales Locales) correspondiente. Se identificó la ausencia de dos soportes: el PALSA de la localidad de Usaquén y el acta de la CAL de Rafael Uribe Uribe, frente a los cuales la dependencia manifestó que se trata de un faltante en el cargue documental y no en la ejecución de la actividad, comprometiéndose a subsanarlo.

En relación con la actividad 40.2, el equipo auditor no encontró, dentro de las evidencias inicialmente cargadas, soporte documental que respaldara el 83,5% de avance reportado en el SEGPLAN para dicha actividad. La dependencia explicó que las evidencias de ejecución de esta actividad (formatos de sesiones colectivas, listas de asistencia, registros de las acciones en entorno) reposan en cada subred,

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

a través del convenio del Programa de Salud Pública en el marco de la Atención Primaria Social e Integral en Salud (PSPIC), y que el nivel central no las administra directamente; se comprometió a aportar los informes de seguimiento del equipo de supervisión y los informes trimestrales entregados en relación al convenio (corte más reciente disponible: mayo de 2026).

Adicionalmente, el equipo auditor encontró, en el acta de la CAL de Engativá del 4 de septiembre de 2025, una observación formal de la Personería según la cual los indicadores del PALSA “no dan cuenta de las acciones que están plasmadas” en dicho plan, sin que se evidenciara una respuesta o cierre documentado de esa observación en actas posteriores. La dependencia se comprometió a revisar las actas subsiguientes de esa CAL e informar la gestión adelantada frente a este señalamiento del ente de control.

Se identificó, igualmente, un compromiso pendiente de respuesta por parte de la SDS, consignado en acta de CAL, relacionado con la revisión de la viabilidad de documentar un posible impacto en salud por olores ofensivos en cercanías de la PTAR Salitre, frente al cual la dependencia indicó que existe gestión adelantada desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública (línea de aire, ruido y radiación electromagnética) en espacios de articulación distintos a la CAL, comprometiéndose a documentar y remitir dicha gestión.

Finalmente, se aclaró con la dependencia que la instancia soporte de la ejecución y seguimiento a cada PALSA es el propio archivo del plan de acción (con columna de observaciones mensuales y evaluación anual cualitativa/cuantitativa realizada con la comunidad), y que no existe, ni está previsto en los lineamientos vigentes, un informe individual adicional por localidad.

5.2.6. Análisis de consistencia del indicador

La revisión del campo “Dificultades y soluciones” del SEGPLAN evidenció una precisión relevante reportada por la propia dependencia: si bien la meta a 2027 corresponde a la implementación de 20 redes intersectoriales (una por localidad), el Plan de Desarrollo estableció esta implementación de manera incremental por año, contando la dependencia con un plan de acción según el cual, para 2026, se debe avanzar en un 25% adicional en dicho proceso. En este sentido, el reporte físico de “20 de 20” que se mantiene constante desde 2025 da cuenta de que las 20 redes se encuentran conformadas y en funcionamiento, mientras que el 8,30% acumulado a abril de 2026 corresponde a la medición del avance incremental anual sobre la profundización de su implementación.

El equipo auditor considera pertinente que esta dualidad de indicadores, uno constante (existencia de la red) y otro incremental (profundidad de la implementación), se documente de manera explícita y consistente en todos los instrumentos de reporte del PACA (SEGPLAN, formulario PACA-SDA y presentaciones de seguimiento), con el fin de evitar interpretaciones ambiguas sobre el verdadero estado de avance de la meta ante los entes de control y la ciudadanía.

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

5.2.7. Buenas prácticas identificadas

Se destaca como buena práctica la existencia de un instrumento único de planeación, ejecución y evaluación por localidad (el PALSA), que integra en un mismo archivo la programación mensual de actividades, las observaciones de ejecución y la evaluación cualitativa y cuantitativa anual realizada con la comunidad, lo cual facilita la trazabilidad del ciclo completo de gestión de cada red local sin necesidad de instrumentos adicionales.

Igualmente, la amplitud y el detalle de la información reportada mensualmente en el SEGPLAN por entorno de vida cotidiana (comunitario, educativo, hogar, institucional y laboral), lo cual constituye una fuente de información robusta y granular sobre la operación real de la meta en el territorio, más allá del simple reporte del indicador agregado.

Finalmente, se reconoce la vinculación de la meta con múltiples instancias de coordinación intersectorial y comunitaria a nivel local y distrital (CAL, CLGRCC, CLPYBA, mesas de residuos, de agricultura urbana y de humedales, CCA, CIPSSA, CIDEA, entre otras), lo cual evidencia un enfoque de gobernanza articulada consistente con el propósito de la meta.

5.3. META 41 - Implementar el 100% de la estrategia para la gestión integral de zoonosis en el D.C.

Proyecto de Inversión 8141 — Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C. SEGPLAN de la meta: 41. Subdirección responsable: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, con apoyo del Centro de Zoonosis.

5.3.1. Descripción y componentes de la meta

La meta 41 tiene como propósito implementar, a 2027, el 100% de la estrategia para la gestión integral de zoonosis en el Distrito Capital, con énfasis en la prevención, vigilancia, control e investigación de eventos transmisibles de origen zoonótico y en la vigilancia y control de la rabia. El indicador es de tipo constante y su avance se mide de manera incremental anual, con una programación del 25% para la vigencia 2026.

La meta se desagrega en tres actividades: la actividad 41.1, relacionada con la definición e implementación del plan de trabajo de la estrategia de gestión integral para la prevención, vigilancia, control e investigación de eventos transmisibles de origen zoonótico, con el apoyo del Centro de Zoonosis; la actividad 41.2, relacionada con la vigilancia integrada de la rabia y la gestión del biológico antirrábico para atender a la población humana y animal; y la actividad 41.3, relacionada con la implementación de estrategias de vacunación antirrábica canina y felina conforme a la programación anual en el Distrito Capital, actividad que se mide en número absoluto de animales vacunados y no en porcentaje.

El soporte documental principal de la estrategia es el documento orientador “Estrategia para la gestión integral de zoonosis en el Distrito Capital”, adoptado en el sistema de gestión de calidad ISOLución con

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

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

el código SDS-GTS-DO-026 (versión 1, 12/12/2025), vigente durante todo el periodo del Plan de Desarrollo. De manera complementaria, la dependencia adelanta la construcción de un documento de seguimiento a la implementación de dicha estrategia (actualmente en versión de trabajo N° 7, no codificado), orientado a documentar el avance detallado de cada línea estratégica.

5.3.2. Avance físico — serie mensual verificada (SEGPLAN técnico y financiero Proyecto de Inversión 8141)

A partir de la revisión de los archivos SEGPLAN Técnico y Financiero del Proyecto de Inversión 8141 correspondientes a cada corte mensual disponible entre julio de 2025 y mayo de 2026, se verificó el reporte físico agregado de la meta 41, expresado como porcentaje de avance frente a la programación anual (25% para cada una de las vigencias 2025 y 2026, dado que la meta se ejecuta de manera incremental hasta alcanzar el 100% en 2027).

Corte	Programado físico (anual)	Ejecutado físico acumulado
Julio 2025	25%	12,44%
Agosto 2025	25%	14,53%
Septiembre 2025	25%	16,46%
Octubre 2025	25%	18,80%
Noviembre 2025	25%	20,90%
Diciembre 2025 (cierre vigencia)	25%	25,00%
Febrero 2026	25%	2,10%
Marzo 2026	25%	3,95%
Abril 2026	25%	5,84%
Mayo 2026 (corte técnico a abril)	25%	7,69%

Fuente / Evidencia: Archivos “8141 Seg Tec y Fin” mensuales, hoja “Metas”, fila META=41, columnas “Programado Físico” y “Ejecutado Físico” (julio 2025 a mayo 2026).

Se observa que la meta cerró la vigencia 2025 con el 100% de lo programado para ese año (25% de un total del 100% a 2027). Para la vigencia 2026 el avance acumulado a abril es del 7,69% de un programado anual del 25% (equivalente a un 30,8% de cumplimiento de lo previsto para el año a esa fecha), ritmo de ejecución consistente con el observado en el mismo periodo de 2025. No se identificó archivo SEGPLAN correspondiente al corte de enero de 2026 dentro del repositorio suministrado.

5.3.3. Ejecución presupuestal — serie mensual verificada

Al igual que en las demás metas del PI 8141, la asignación presupuestal de la meta 41 se gestiona por vigencia fiscal (2025 y 2026 son bolsas presupuestales independientes).

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

Vigencia 2025

La meta 41 inició la vigencia 2025 con un presupuesto inicial de \$7.213.219.253, el cual fue objeto de reducciones presupuestales hasta cerrar el año con un presupuesto definitivo de \$5.794.190.317 (disminución del 19,7% frente a la asignación inicial). El valor comprometido alcanzó el 99,5% del presupuesto definitivo desde octubre de 2025 y llegó al 100% al cierre de diciembre. Los giros efectivos evolucionaron de 55,6% en julio a 89,7% al cierre de diciembre de 2025.

Vigencia 2026 (corte más reciente: mayo de 2026, con datos técnicos a abril de 2026)

Para la vigencia 2026 la meta 41 cuenta con un presupuesto inicial y definitivo de \$6.325.436.520 (sin adiciones ni reducciones registradas). El valor comprometido se ha mantenido en 85,8% del presupuesto definitivo desde febrero hasta abril, con un leve incremento a 86,6% en el corte más reciente disponible. Los giros efectivos pasaron de 32,9% en febrero-marzo a 37,3% en abril, un ritmo de giro más lento que el observado en la meta 40 para el mismo periodo, aunque superior en compromiso presupuestal relativo.

Corte	Presup. inicial (\$)	Presup. definitivo (\$)	Ejecutado comprometido (\$)	% Compromiso	Giros (\$)	% Girado
Jul-2025	7.213.219.253	5.852.552.320	4.028.271.119	68,8%	3.253.926.527	55,6%
Ago-2025	7.213.219.253	5.722.274.921	4.318.211.320	75,5%	3.357.951.914	58,7%
Sep-2025	7.213.219.253	5.845.559.704	4.461.137.653	76,3%	3.458.513.235	59,2%
Oct-2025	7.213.219.253	5.824.353.295	5.794.190.257	99,5%	5.113.608.673	87,8%
Nov-2025	7.213.219.253	5.824.353.295	5.794.190.257	99,5%	5.116.610.281	87,8%
Dic-2025 (cierre)	7.213.219.253	5.794.190.317	5.794.190.257	100,0%	5.195.322.576	89,7%
Feb-2026	6.325.436.520	6.325.436.520	5.425.436.246	85,8%	2.080.852.356	32,9%
Mar-2026	6.325.436.520	6.325.436.520	5.425.436.246	85,8%	2.080.852.356	32,9%
Abr-2026	6.325.436.520	6.325.436.520	5.425.436.246	85,8%	2.356.288.882	37,3%
May-2026 (corte a abril)	6.325.436.520	6.325.436.520	5.477.156.728	86,6%	2.356.288.882	37,3%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=41, columnas PRESUPUESTO INICIAL, PRESUPUESTO DEFINITIVO, EJECUTADO O COMPROMETIDO y GIROS (julio 2025 a abril 2026). Porcentajes calculados por la Oficina de Control Interno sobre el presupuesto definitivo de cada corte.

Reservas presupuestales constituidas y su ejecución

Corte	Reserva presupuestal definitiva (\$)	Giros de reservas (\$)	% Reserva girada
Jul-2025	317.229.615	84.843.004	26,7%
Ago-2025	317.229.615	84.843.004	26,7%
Sep-2025	317.229.615	84.843.004	26,7%
Oct-2025	314.859.745	84.843.004	26,9%
Nov-2025	299.168.216	84.843.004	28,4%
Dic-2025 (cierre)	213.737.816	84.843.004	39,7%
Feb-2026	598.867.681	0	0,0%
Mar-2026	598.867.681	0	0,0%

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

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

Abr-2026	598.867.681	18.222.444	3,0%
May-2026 (corte a abril)	598.867.681	191.943.139	32,1%

Fuente / Evidencia: Archivos “8141 Seg Tec y Fin” mensuales, hoja “Metas”, fila META=41, columnas RESERVAS DEFINITIVA y GIROS DE RESERVAS.

La reserva presupuestal de 2026 (≈\$598,9 millones) es aproximadamente el doble de la constituida en 2025 (≈\$213,7-317,2 millones) y, al igual que en la meta 40, presenta giro nulo en los dos primeros cortes disponibles de la vigencia (febrero y marzo), acelerándose a partir de abril (32,1% girado en el corte más reciente). Este patrón, repetido en ambas metas analizadas hasta el momento, sugiere una práctica institucional generalizada de giro tardío de reservas que amerita seguimiento transversal por parte de la dependencia.

5.3.4. Avance de gestión y ejecución de actividades

Cierre de la vigencia 2025

De acuerdo con el reporte SEGPLAN con corte a diciembre de 2025, la actividad 41.1 alcanzó el 25% de avance programado para el año, mediante la concertación del plan de trabajo de la estrategia, la descarga, depuración y consolidación mensual de las bases de reportes de zoonosis, la puesta en marcha del indicador de vigilancia centinela en el observatorio SaluData (avance técnico del 99% al cierre del año), la socialización de protocolos de vigilancia de eventos transmisibles de origen zoonótico (ETOZ) —incluida una jornada dirigida a estudiantes de posgrado de la Uniagraria— y el ajuste del documento de estrategia con base en la retroalimentación del equipo técnico de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, iniciándose adicionalmente su gestión de inclusión formal en el sistema de gestión de calidad ISOLución.

En materia de vigilancia integrada de la rabia (actividad 41.2), durante el periodo enero-diciembre de 2025 se hizo seguimiento a 9.805 animales (6.846 caninos y 2.959 felinos), se gestionaron y siguieron 25.798 casos de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia notificados por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de cada localidad, se observaron 71 animales en el Centro de Zoonosis y se remitieron 223 muestras al Laboratorio de Salud Pública de la SDS para vigilancia de rabia por laboratorio.

En cuanto a la vacunación antirrábica canina y felina (actividad 41.3), durante 2025 se vacunaron 553.282 animales (294.859 perros y 258.423 gatos), mediante el funcionamiento de 42 puntos fijos mensuales y 2.061 jornadas de vacunación extramural en el año. La propia dependencia reporta en el campo “Dificultades y soluciones” del SEGPLAN que se dio cumplimiento al 96,2% de lo programado para el año, y que el 3,8% restante corresponde al incumplimiento de esta actividad específica, derivado de la falta de continuidad del talento humano de las subredes requerido para completar la inmunización de la totalidad de animales programados en el periodo.

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

Avance acumulado a abril de 2026 (corte técnico más reciente)

La actividad 41.1 registra un avance acumulado del 8,3% del 25% programado para 2026, con la adopción formal del documento orientador de la estrategia en el sistema ISOLución (código SDS-GTS-DO-026) y el avance en la formulación del documento de seguimiento a su implementación.

En el acumulado enero-abril de 2026, la actividad 41.2 registra seguimiento a 3.469 animales (2.413 caninos y 1.066 felinos), gestión y seguimiento de 9.192 casos de agresión por posible transmisor de rabia, observación de 25 animales en el Centro de Zoonosis y remisión de 58 muestras para vigilancia de rabia por laboratorio.

La actividad 41.3 registra, con corte a abril de 2026, un total de 109.803 animales vacunados (57.954 perros y 51.849 gatos), mediante 783 jornadas de vacunación y el funcionamiento constante de 42 puntos fijos mensuales.

Síntesis de la evolución mensual

Periodo	Hito principal reportado en SEGPLAN
Jul-Sep 2025	Ejecución sostenida al 2,1%/mes de la actividad 41.1 (plan de trabajo de la estrategia de gestión integral de zoonosis); vacunación mensual entre 53.717 (julio) y 57.706 (septiembre) animales; funcionamiento estable de 39-42 puntos fijos.
Oct-Dic 2025	Continuidad del avance 41.1; descenso estacional de vacunación mensual a 35.446 (octubre) y 33.644 (diciembre); cierre de año con habilitación del indicador de vigilancia centinela en SaluData (avance técnico del 99%) y ajuste del documento de estrategia con base en la retroalimentación del equipo técnico de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.
Enero 2026	Reinicio del ciclo anual de la actividad 41.1 (2,1%); vacunación de 23.669 animales (12.510 perros, 11.159 gatos) en 124 jornadas.
Febrero-Marzo 2026	Continuidad 41.1 (2,1%/mes); adopción formal del documento orientador de la estrategia en el sistema de gestión de calidad ISOLución (código SDS-GTS-DO-026); vacunación de 30.780 (febrero) y 29.908 (marzo) animales.
Abril 2026	Avance 41.1 del 2,1% (8,3% acumulado en el año); seguimiento a 822 animales y gestión de 2.556 casos de agresión por posible transmisor de rabia (41.2); vacunación de 25.446 animales (13.175 perros, 12.271 gatos) en 195 jornadas, con 42 puntos fijos activos.

Fuente / Evidencia: Columnas "AVANCES" y "RESULTADOS" del reporte SEGPLAN mensual, hoja "Metas", fila META=41 (junio 2025 a abril 2026). Síntesis elaborada por la Oficina de Control Interno.

5.3.5. Verificación documental y hallazgos de la mesa de trabajo (15/07/2026)

Durante la verificación se contrastó la base de datos de población canina y felina remitida por la Subred Norte (archivo "SB1", fragmentado por subred) frente al reporte distrital consolidado. Se identificó una diferencia entre ambas fuentes (165.160 caninos según el archivo SB1 de la Subred Norte para Usaquén, frente a 117.953 caninos según el consolidado distrital para la misma localidad y periodo). La dependencia aclaró que el archivo SB1 corresponde a una proyección poblacional inicial por subred, mientras que el dato distrital incorpora los ajustes definitivos de la proyección anual de población y es el que se emplea oficialmente como denominador; precisó además que la consolidación distrital se realiza

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

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

a través del módulo SIVIGILA DC, el cual valida de manera cruzada tres fuentes: el archivo Excel por subred (SB1), el reporte del módulo SIVIGILA y el reporte diligenciado en el SEGPLAN distrital.

De igual manera, se verificó una aparente discrepancia entre la cifra de animales vacunados reportada en un documento (archivo “SB1”, fragmentado por subred) inicialmente consultado por el equipo auditor (54.442 animales) y la cifra reportada por la subred para enero de 2026 (23.669 animales: 12.510 perros y 11.159 gatos). Una vez la dependencia mostró en vivo el archivo SEGPLAN oficial correspondiente, se confirmó que la cifra correcta y validada es de 23.669 animales, coincidente con el reporte oficial.

Se verificó igualmente el indicador “Vigilancia centinela de zoonosis en perros y gatos”, publicado en el observatorio SaluData, confirmándose que se encuentra actualizado con corte al 30 de junio de 2026. Esta actualización da cierre a la observación formulada en la auditoría 2025, en la cual dicho indicador se encontraba aún en fase de formulación.

En relación con el documento orientador de la estrategia, la dependencia confirmó que la versión 1 (código SDS-GTS-DO-026, 12/12/2025) se encuentra vigente y no requiere actualización durante el actual Plan de Desarrollo, dado que continúa siendo el documento “sombrilla” de la estrategia. De manera diferenciada, la dependencia informó que adelanta la construcción de un documento de seguimiento a la implementación de dicha estrategia (actualmente en versión de trabajo N.º 7, de carácter no codificado), el cual será sometido a asesoría del equipo de gestión de calidad para definir su formalización dentro del sistema de gestión documental de la entidad.

Respecto de la actividad 41.2, el equipo auditor identificó una aparente inconsistencia entre un valor de 83,65% que había calculado de manera manual a partir de la comparación de periodos no homologables, y el valor de 8,36% (acumulado enero-abril de 2026) que la dependencia mostró directamente en el archivo SEGPLAN oficial. La dependencia explicó que el porcentaje de cumplimiento de esta actividad se calcula como un promedio ponderado de cuatro acciones trazadoras (seguimiento a animales agresores, gestión de casos notificados en SIVIGILA, manejo de muestras en el Centro de Zoonosis y observación del animal agresor), cada una de las cuales se ha cumplido en su totalidad mensualmente; el equipo auditor aceptó la aclaración, dejando constancia de que la diferencia se originó en una comparación entre bases de acumulación distintas por parte del equipo auditor, y no en una inconsistencia de la información reportada por la dependencia.

Se confirmó que las cuatro subredes han reportado de manera completa y oportuna la información de la actividad 41.2 correspondiente al periodo diciembre de 2025 a mayo de 2026; a la fecha de la mesa de trabajo se encontraba pendiente únicamente el cargue del reporte de junio de 2026, cuyo plazo regular de consolidación vence en los primeros días del mes siguiente. La dependencia confirmó adicionalmente la existencia de un rezago estructural de 30 días en el reporte de esta actividad, y precisó que los reportes SEGPLAN aprobados y definitivos disponibles llegan hasta el corte de mayo de 2026 (con datos técnicos de abril de 2026), encontrándose el reporte de junio de 2026 en fase de análisis por parte de Planeación Sectorial al momento de la mesa de trabajo.

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

5.3.6. Análisis de consistencia del indicador

De manera similar a lo identificado en la meta 40, la meta 41 presenta múltiples niveles de medición que deben leerse de forma articulada: (i) un porcentaje de avance acumulado a nivel de la meta agregada (7,69% de un programado del 25% para 2026, con corte a abril de 2026); (ii) porcentajes independientes por actividad (41.1 en 8,3% acumulado; 41.2 en 8,36% acumulado, calculado como promedio ponderado de cuatro acciones trazadoras); y (iii) una actividad medida en unidades absolutas y no en porcentaje (41.3, número de animales vacunados frente a una programación anual). La coexistencia de estas distintas bases de medición —confirmada además por el episodio de comparación entre periodos no homologables ocurrido durante la propia mesa de trabajo— evidencia un riesgo de interpretación que amerita que la dependencia documente, en una nota metodológica explícita dentro del SEGPLAN o del PACA, la forma de cálculo de cada indicador y su relación con el porcentaje agregado de la meta.

Adicionalmente, se identifica una precisión relevante reportada directamente por la dependencia en el campo “Dificultades y soluciones” del cierre 2025: pese a que el indicador agregado de la meta reporta 100% de cumplimiento de lo programado para el año, la propia dependencia reconoce un cumplimiento real ponderado del 96,2%, atribuible al rezago de la actividad 41.3 por discontinuidad del talento humano de vacunación en las subredes. Esta autoidentificación de brecha por parte de la dependencia constituye una buena práctica de transparencia en el reporte, pero al mismo tiempo evidencia que el indicador físico agregado (100%) no siempre refleja fielmente el desempeño real de todas las actividades que lo componen.

5.3.7. Buenas prácticas identificadas

Se destaca como buena práctica la validación cruzada de tres fuentes de información (archivo por subred, módulo SIVIGILA y reporte SEGPLAN distrital) a través del módulo SIVIGILA DC para la consolidación del dato distrital de zoonosis, mecanismo que otorga robustez a la cifra oficial reportada y que fue determinante para resolver, en la propia mesa de trabajo, las aparentes discrepancias inicialmente identificadas por el equipo auditor.

Se destaca igualmente la gestión adelantada para el cierre de la observación de auditoría relacionada con el indicador de vigilancia centinela de zoonosis, el cual pasó de encontrarse en fase de formulación (auditoría 2025) a estar publicado y actualizado semestralmente en el observatorio SaluData, con corte verificado al 30 de junio de 2026.

Finalmente, se reconoce como buena práctica que la propia dependencia identifique y documente, de manera proactiva en el campo de dificultades del SEGPLAN, las brechas de cumplimiento real de sus actividades (como el 96,2% frente al 100% reportado para 2025), en lugar de reportar cumplimientos formales que oculten las causas raíz de la ejecución incompleta, lo cual facilita la gestión del riesgo operativo por parte de la propia entidad.

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

5.4. META 42 - Incrementar mínimo un 50% de establecimientos inscritos ante la autoridad sanitaria, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de autorregulación y las acciones de inspección, vigilancia y control en el D.C.

Proyecto de Inversión 8141 — Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C. Código SEGPLAN de la meta: 42. Subdirección responsable: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública (Vigilancia Sanitaria y Ambiental, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia).

5.4.1. Descripción y componentes de la meta

La meta 42 agrupa el componente más amplio del PACA en términos de alcance operativo y presupuestal dentro del PI 8141. Su indicador oficial mide el incremento de establecimientos inscritos ante la autoridad sanitaria, en el marco de la estrategia de autorregulación y de las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) sanitaria. La meta se desagrega en dos actividades: la actividad 42.1, de tipo incremental anual (programación 2026: 34%), relacionada con la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones de IVC sanitario orientadas a incrementar la inscripción de establecimientos y a implementar los sistemas de vigilancia de eventos priorizados en salud ambiental; y la actividad 42.2, de tipo constante, relacionada con la construcción, seguimiento y evaluación de los lineamientos para la ejecución de la salud ambiental, el trámite de los procesos sancionatorios y la operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológico y Ambiental (SISVEA).

Bajo esta meta se reportan de manera consolidada, además del proceso de inscripción y autorregulación de establecimientos (aseguramiento sanitario/IVC), los programas de Vigilancia Sanitaria Ambiental (VSA), vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, tecnovigilancia, farmacovigilancia y vigilancia en salud ambiental de la exposición a sustancias químicas. Conforme al alcance definido para la presente evaluación, la mesa de trabajo del 21 de julio de 2026 se concentró en los tres componentes de mayor materialidad: farmacovigilancia, tecnovigilancia e IVC/aseguramiento sanitario, dejando expresamente fuera de su alcance el componente de vigilancia de calidad del agua.

5.4.2. Avance físico — serie mensual verificada (SEGPLAN técnico y financiero Proyecto de Inversión 8141)

La actividad 42.1 (inscripción de establecimientos e IVC sanitaria) determina el indicador físico agregado de la meta:

Corte	Programado físico (anual)	Ejecutado físico acumulado
Julio 2025	16,32%	10,23%
Agosto 2025	16,32%	11,25%
Septiembre 2025	16,32%	12,26%
Octubre 2025	16,32%	13,28%

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

Noviembre 2025	16,32%	14,29%
Diciembre 2025 (cierre vigencia)	16,32%	16,32%
Febrero 2026	34%	19,13%
Marzo 2026	34%	20,60%
Abril 2026	34%	22,07%
Mayo 2026 (corte técnico a abril)	34%	23,54%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=42 (equivalente a la actividad 42.1), columnas "Programado Físico" y "Ejecutado Físico" (julio 2025 a mayo 2026).

La meta cerró la vigencia 2025 con el 100% de lo programado para ese año (16,32% de un total del 50% a 2027). Para 2026 la programación anual se incrementó a 34%, con un avance acumulado del 23,54% a abril (69,2% de cumplimiento de lo previsto para el año a esa fecha), ritmo de ejecución superior, en términos relativos, al observado en el mismo periodo de 2025.

La actividad 42.2 (lineamientos, procesos sancionatorios y SISVEA), de tipo constante, reportó ejecución del 100% durante todos los meses verificados de 2025; para 2026 se reprogramó con una lógica de acumulación lineal mensual, alcanzando 33,0% a abril de 2026 (avance consistente con una ejecución de aproximadamente 8,25 puntos porcentuales por mes):

Corte	Programado físico	Ejecutado físico
Julio-Diciembre 2025 (constante)	100%	100%
Febrero 2026	100%	8,0%
Marzo 2026	100%	16,3%
Abril 2026	100%	24,7%
Mayo 2026 (corte a abril)	100%	33,0%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Actividades", fila META=42 / Actividad 42.2.

5.4.3. Ejecución presupuestal — serie mensual verificada

La meta 42 concentra, de lejos, el mayor volumen presupuestal de las cuatro metas del PACA evaluadas, con un presupuesto definitivo que supera los \$57.000 millones en ambas vigencias analizadas.

Vigencia 2025

La meta 42 inició 2025 con un presupuesto inicial de \$34.264.826.842, incrementado hasta un presupuesto definitivo de \$56.426.070.831 al cierre del año (adición del 64,7% frente a la asignación inicial). El valor comprometido superó el 99% del presupuesto definitivo entre octubre y noviembre, cerrando el año en 98,7%. Los giros efectivos evolucionaron de 38,6% en julio a 87,6% al cierre de diciembre de 2025.

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

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

Vigencia 2026 (corte más reciente: mayo de 2026, con datos técnicos a abril de 2026)

Para 2026 la meta cuenta con un presupuesto inicial de \$57.742.130.591, prácticamente estable frente al presupuesto definitivo (\$57.028.302.027, ajuste marginal a la baja del 1,2%). El compromiso presupuestal se ha mantenido por encima del 95% desde febrero, llegando a 97,2% en el corte más reciente. Los giros efectivos, sin embargo, muestran un rezago pronunciado en el arranque del año: 17,1% en febrero, 18,4% en marzo, con una aceleración relevante a 34,8%-35,7% en abril, patrón de giro tardío consistente con el observado en las metas 40 y 41:

Corte	Presup. inicial (\$)	Presup. definitivo (\$)	Ejecutado/comprometido (\$)	% Compromiso	Giros (\$)	% Girado
Jul-2025	34.264.826.842	57.530.261.869	38.187.657.231	66,4%	22.188.325.456	38,6%
Ago-2025	34.264.826.842	57.809.082.667	42.684.499.265	73,8%	27.926.615.637	48,3%
Sep-2025	34.264.826.842	57.483.379.653	45.461.575.449	79,1%	33.218.212.331	57,8%
Oct-2025	34.264.826.842	56.141.789.502	55.709.511.283	99,2%	47.801.157.643	85,1%
Nov-2025	34.264.826.842	55.897.073.658	55.706.081.913	99,7%	48.290.517.585	86,4%
Dic-2025 (cierre)	34.264.826.842	56.426.070.831	55.714.785.552	98,7%	49.406.742.589	87,6%
Feb-2026	57.742.130.591	57.742.130.591	55.349.607.659	95,9%	9.864.216.140	17,1%
Mar-2026	57.742.130.591	57.028.302.027	55.349.607.659	97,1%	10.497.535.521	18,4%
Abr-2026	57.742.130.591	57.028.302.027	55.405.624.297	97,2%	19.850.874.785	34,8%
May-2026 (corte a abril)	57.742.130.591	57.028.302.027	55.405.624.297	97,2%	20.381.758.471	35,7%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=42, columnas PRESUPUESTO INICIAL, PRESUPUESTO DEFINITIVO, EJECUTADO O COMPROMETIDO y GIROS (julio 2025 a abril 2026). Porcentajes calculados por la Oficina de Control Interno sobre el presupuesto definitivo de cada corte.

Reservas presupuestales constituidas y su ejecución

Corte	Reserva presupuestal definitiva (\$)	Giros de reservas (\$)	% Reserva girada
Jul-2025	1.774.824.009	867.062.358	48,8%
Ago-2025	1.774.824.009	868.108.218	48,9%
Sep-2025	1.771.217.475	868.108.218	49,0%
Oct-2025	1.770.171.615	868.108.218	49,0%
Nov-2025	1.768.706.582	868.108.218	49,1%
Dic-2025 (cierre)	1.407.750.035	868.108.218	61,7%
Feb-2026	8.202.285.381	1.540.669.883	18,8%
Mar-2026	8.202.285.381	1.540.669.883	18,8%
Abr-2026	8.202.285.381	2.950.538.743	36,0%

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

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

May-2026 (corte a abril)	8.202.285.381	6.403.958.008	78,1%
Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=42, columnas RESERVAS DEFINITIVA y GIROS DE RESERVAS.			
La reserva presupuestal de 2026 (≈\$8.202 millones) es casi cinco veces superior a la constituida en 2025 (≈\$1.407-1.775 millones), lo que en términos absolutos representa el mayor volumen de recursos en reserva de las tres metas analizadas hasta el momento. El giro de esta reserva se aceleró de manera muy significativa entre marzo (18,8%) y el corte más reciente (78,1%), comportamiento que, dada la magnitud de los recursos involucrados, amerita seguimiento prioritario por parte de la dependencia y a través de los seguimientos de la Oficina de Control Interno considerando la importancia del tema.			
5.4.4. Avance de gestión y ejecución de actividades			
Aseguramiento sanitario / IVC — inscripción de establecimientos			
Durante el periodo enero-diciembre de 2025 se inscribieron 64.572 establecimientos (18.298 en la línea de alimentos sanos y seguros, 20.766 en calidad del agua y saneamiento básico, 908 en eventos transmisibles de origen zoonótico, 4.101 en medicamentos y tecnologías en salud, y 20.499 en seguridad química), se adelantaron 217.391 visitas de IVC, se realizaron 1.241 jornadas de sensibilización comunitaria (11.377 asistentes), 4.489 operativos y 210 muestreos de alimentos y bebidas, y se aplicaron 7.428 medidas sanitarias de seguridad sobre 166.697 establecimientos intervenidos. Para el periodo enero-mayo de 2026, según lo confirmado en la mesa de trabajo, el total de establecimientos inscritos acumulado (junio 2025-mayo 2026) asciende a 60.250, con un avance del 16,1% frente a una programación anual del 34% (18.973 establecimientos estimados a inscribir en 2026).			
En diciembre de 2025 se realizó una “megatoma” de inscripción en cuatro localidades priorizadas (Bosa, Ciudad Bolívar, Barrios Unidos y Los Mártires) mediante georreferenciación de establecimientos no inscritos (identificadas a partir del cruce entre el censo de establecimientos y las bases de datos catastrales), logrando la inscripción de 560 establecimientos, siendo la Subred Centro Oriente la de mayor resultado. La dependencia precisó que, dada la alta dispersión geográfica de los establecimientos aún pendientes de inscripción, no se tienen previstas nuevas megatomas para 2026. En materia de instrumentos de autorregulación, la estrategia cuenta actualmente con 53 listas de autoevaluación publicadas en el portal “Negocios Saludables, Negocios Rentables” (frente a 14 al inicio de la estrategia), de las cuales 7 fueron actualizadas y 1 nueva fue generada durante el periodo evaluado, a partir de las necesidades identificadas con las subredes y de solicitudes directas de los establecimientos.			
El proceso de acompañamiento de autorregulación se desarrolla mediante dos visitas: en la primera se identifican los incumplimientos y se solicita al establecimiento radicar un plan de mejora; la subred realiza el seguimiento correspondiente y, una vez finalizado el acompañamiento, el establecimiento retorna al proceso regular de inspección, vigilancia y control, sin que en ninguna de las dos visitas de autorregulación se emita concepto sanitario. Se confirmó igualmente que, cuando un inspector de IVC evidencia en el marco de una visita regular que un establecimiento no se encuentra inscrito, debe inscribir en el mismo acto.			

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

Respecto de la particularidad de la localidad de Sumapaz, la dependencia explicó que el comportamiento de 8 establecimientos inscritos a la fecha de la realización de la auditoria, corresponde a una dinámica normal dadas las características rurales y de baja densidad comercial de esa localidad, y no a una deficiencia de gestión.

Farmacovigilancia

El Programa Distrital de Farmacovigilancia opera sobre la plataforma VigiFlow, dispuesta por el INVIMA como ente regulador nacional, en la cual se centralizan los reportes de todas las IPS del distrito; a la fecha de la mesa de trabajo se registraban 115.586 reportes acumulados en dicha plataforma. Durante el periodo enero-diciembre de 2025 fueron notificados 12.646 reportes (83,98% eventos adversos a medicamentos y el resto incidentes), de los cuales 81,90% se clasificaron como Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), 14,17% como Errores de Medicación y el remanente como Fallos Terapéuticos; se priorizaron para análisis detallado el 34,39% de los reportes (RAM serias, Errores de Medicación o Fallos Terapéuticos), se realizaron 480 visitas de asistencia técnica y, en el componente de farmacovigilancia activa, se revisaron 276 historias clínicas identificando 636 Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Se verificaron, dentro de los reportes analizados, casos de desenlace fatal gestionados mediante unidades de análisis distritales, entre ellos un caso de neutropenia febril asociado a la administración de Citarabina en el Hospital Universitario San Ignacio y un caso de sobredosis de morfina. La dependencia explicó que estos casos se gestionan mediante retroalimentación a las IPS con sugerencia de planes de mejora en el marco de la seguridad del paciente (291 retroalimentaciones realizadas entre enero de 2025 y abril de 2026).

En reconocimiento a la madurez de su proceso, el INVIMA ha designado a Bogotá como nodo territorial de farmacovigilancia, distinción que la dependencia busca escalar a nodo regional, aspiración que constituye una iniciativa propia del programa y no una obligación normativa, y que actualmente no cuenta con recursos específicamente asignados para su desarrollo.

Tecnovigilancia

Durante el periodo enero-diciembre de 2025 el Programa Distrital de Tecnovigilancia recibió 13.908 notificaciones de sucesos de seguridad asociados a dispositivos médicos (799 eventos adversos y 6.851 incidentes adversos, con ocurrencia entre diciembre de 2024 y noviembre de 2025), además de 28.108 notificaciones “en ceros”, todas recibidas a través del aplicativo del INVIMA. Para el periodo enero-abril de 2026 se recibieron 2.854 notificaciones (225 eventos adversos y 2.708 incidentes adversos) y 19.118 notificaciones en ceros.

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

Vigilancia en salud ambiental de sustancias químicas (complementario)

Se identificó, dentro del campo “Dificultades y soluciones” del SEGPLAN, una interrupción relevante en el componente de vigilancia de exposición a plomo y mercurio en menores de edad: entre marzo y noviembre de 2025 el Laboratorio de Salud Pública (LSP) suspendió el análisis de mercurio (Hg) y plomo (Pb) en las muestras de sangre captadas en unidades centinela e instituciones educativas, debido a la falta de insumos requeridos para dicho análisis, reiniciándose únicamente el análisis de plomo en diciembre de 2025. Este hallazgo, aunque no fue objeto de verificación directa en la mesa de trabajo del 21 de julio de 2026 por estar fuera de su alcance definido, se documenta en este informe por su materialidad para la vigilancia en salud pública de poblaciones vulnerables.

5.4.5. Verificación documental y hallazgos de la mesa de trabajo (21/07/2026)

En materia de farmacovigilancia, el equipo auditor indagó sobre el seguimiento a los planes de mejoramiento sugeridos a las IPS a partir de los casos priorizados (837 casos con planes de mejoramiento sugeridos identificados en un mes específico de revisión). La dependencia confirmó que, si bien existe un protocolo de atención y priorización de casos, no se cuenta actualmente con un indicador o medición que permita establecer qué proporción de esos planes de mejoramiento cuenta con verificación de cierre o de seguimiento efectivo, constituyendo una brecha de trazabilidad sobre la efectividad real de dichas retroalimentaciones.

Se verificó igualmente que, para la meta anual de 45 visitas mensuales de asistencia técnica (540 anuales, según lineamiento interno del programa), la dependencia únicamente documenta el valor ejecutado (555 visitas y 37 capacitaciones en 2025), sin que exista un documento de programación formal que respalde dicha meta de 45 visitas/mes, más allá de su mención verbal como lineamiento del equipo de farmacovigilancia.

Respecto de los medicamentos de control especial, se verificó que para 2025 la dependencia contaba con un análisis de tendencia (aumento o disminución) de los 522 reportes correspondientes, mientras que para 2026 dicho análisis de tendencia aún no ha sido elaborado, encontrándose la responsabilidad de este componente en cabeza de un único profesional.

En cuanto a la articulación entre farmacovigilancia y las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC), el equipo auditor constató que dicha coordinación opera de manera informal (contacto directo vía telefónica o correo electrónico entre profesionales), sin que exista un protocolo escrito que defina el procedimiento o los niveles de escalamiento a aplicar frente a los hallazgos que deban trasladarse a IVC. Se identificó la misma situación en el componente de tecnovigilancia: para los casos asociados a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) la notificación se traslada al proceso de habilitación/prestación de servicios, responsable del IVC de prestadores; sin embargo, no se encuentra claramente definido cuál instancia asume el IVC cuando el caso no involucra una IPS.

En relación con el componente de aseguramiento sanitario e IVC, se verificaron y confirmaron sin observaciones adicionales los datos de establecimientos inscritos (60.250, junio 2025-mayo 2026), la megatoma de diciembre de 2025 (560 establecimientos en cuatro localidades Bosa, Ciudad Bolívar,

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

Barrios Unidos y Los Mártires) priorizadas mediante georreferenciación) y las 53 listas de autoevaluación publicadas (7 actualizadas y 1 nueva en el periodo). Se confirmó adicionalmente que no se tienen previstas nuevas megatomas para 2026, dado el alto grado de dispersión geográfica de los establecimientos pendientes de inscripción.

5.4.6. Análisis de consistencia del indicador

La meta 42 presenta la misma lógica de doble medición identificada en las metas 40 y 41: un indicador incremental anual para la actividad 42.1 (34% programado para 2026, con 23,54% ejecutado a abril) y un indicador de tipo constante para la actividad 42.2, reprogramado en 2026 bajo una lógica de acumulación lineal mensual (33% a abril, consistente con aproximadamente 8,25 puntos porcentuales por mes). Se recomienda que ambas lógicas de medición se documenten de manera explícita y diferenciada en los instrumentos de reporte.

Adicionalmente, se identifica un riesgo de coherencia informativa relacionado con la ausencia de indicadores de seguimiento y cierre para los planes de mejoramiento derivados de farmacovigilancia y para la programación formal de las visitas de asistencia técnica: en ambos casos la dependencia reporta únicamente resultados de ejecución (lo ocurrido), sin un dato de programación o de cierre que permita evaluar la efectividad real del proceso, más allá del cumplimiento formal del indicador físico agregado de la meta.

5.4.7. Buenas prácticas identificadas

Se resalta como buena práctica la estrategia de georreferenciación de establecimientos no inscritos como insumo técnico para la priorización territorial de las jornadas de inscripción masiva (megatomas), metodología que permitió concentrar recursos operativos en los sectores de mayor densidad de establecimientos pendientes y que resultó en la inscripción de 560 establecimientos en una sola jornada.

Igualmente, el crecimiento sostenido y la apertura progresiva de los instrumentos de autorregulación sanitaria (de 14 a 53 listas de autoevaluación publicadas), herramienta que permite a los establecimientos conocer y autoevaluar sus obligaciones sanitarias de manera voluntaria, incluso sin haber sido objeto de una visita de inspección.

Finalmente, se destaca el reconocimiento obtenido por la Secretaría Distrital de Salud como nodo territorial de farmacovigilancia por parte del INVIMA, distinción que valida la madurez del proceso distrital frente a otras entidades territoriales del país.

5.5. META 43 - Implementar el 60% del plan de respuesta sectorial de gestión integral del riesgo en Salud por calidad del aire en Bogotá

Proyecto de Inversión 8141 — Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C. Código SEGPLAN de la meta: 43. Subdirección responsable: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública (línea de aire, ruido y radiación electromagnética — ARREM — y línea de cambio climático y 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 RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PRUEBA SELECTIVA, PRUEBA DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO NIA 2410			
	Código:	SDS-EIG-FT-006	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

5.5.1. Descripción y componentes de la meta

La meta 43 tiene como propósito implementar el 60% del plan de respuesta sectorial de gestión integral del riesgo en salud por calidad del aire en Bogotá, a través de dos actividades: la actividad 43.1, de tipo constante, relacionada con la implementación de la vigilancia en salud ambiental para las temáticas de calidad del aire, ruido y radiación electromagnética (ARREM); y la actividad 43.2, de tipo incremental anual (programación 2026: 11 puntos porcentuales adicionales), relacionada con la formulación e implementación, en un 40% a 2027, del plan territorial de adaptación al cambio climático desde el componente de salud ambiental, conforme a los lineamientos y políticas distritales y nacionales.

La gestión de la meta se organiza en cuatro ejes: (i) salud poblacional, que comprende el cálculo de la carga de la enfermedad atribuible a la contaminación del aire mediante la herramienta AirQ+; (ii) gestión de la salud pública, que comprende la vigilancia rutinaria ARREM (encuestas, quejas y protocolos); (iii) gestión del riesgo colectivo, que comprende la gobernanza de calidad del aire y la articulación intersectorial e internacional; y (iv) gestión del riesgo individual, que comprende el análisis de vulnerabilidad, la **Consejería en Salud Ambiental** y la estrategia de servicios de salud con enfoque ambiental.

El equipo técnico distrital de la actividad 43.1 está conformado por tres ingenieros (sanitarios y ambientales) y una médica epidemióloga pediatra; el equipo de la actividad 43.2 está liderado por un ingeniero químico y un equipo interdisciplinario de siete profesionales (dos ingenieros ambientales, dos epidemiólogos, dos biólogos y un líder operativo, todos ubicados en la Subred Centro Oriente). A nivel de las cuatro subredes integradas de servicios de salud, la operación de la vigilancia ARREM cuenta con un total aproximado de 12 epidemiólogos, 11 ingenieros, 2 psicólogos, 1 fonoaudióloga (línea de ruido), 4 líderes locales y un total conjunto de aproximadamente 30 técnicos y tecnólogos, cifra que fluctúa mensualmente según la disponibilidad de personal en cada subred.

5.5.2. Avance físico — serie mensual verificada (SEGPLAN técnico y financiero Proyecto de Inversión 8141)

Corte	Programado físico (acumulado)	Ejecutado físico acumulado
Julio 2025	43%	40,48%
Agosto 2025	43%	40,95%
Septiembre 2025	43%	41,34%
Octubre 2025	43%	41,79%
Noviembre 2025	43%	42,24%
Diciembre 2025 (cierre vigencia)	43%	43,00%
Febrero 2026	48%	43,40%
Marzo 2026	48%	43,81%
Abril 2026	48%	44,23%
Mayo 2026 (corte técnico a abril)	48%	44,65%

Fuente / Evidencia: Archivos “8141 Seg Tec y Fin” mensuales, hoja “Metas”, fila META=43, columnas “Programado Físico” y “Ejecutado Físico” (julio 2025 a mayo 2026).

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

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

La meta cerró la vigencia 2025 con el 43% acumulado (100% de lo programado para ese año). Para 2026 la programación se incrementó a 48% acumulado, con un avance del 44,65% a abril (93,0% de cumplimiento de lo previsto para el año a esa fecha). A nivel de actividades individuales, la meta 43.1 (tipo constante) registra un avance acumulado de 33,4% a abril de 2026, mientras que la meta 43.2 (tipo incremental, presenta un 11% programado para el año) registra 3,43% acumulado, equivalente a un 31,2% de cumplimiento de lo previsto para el año en dicha actividad específica.

5.5.3. Ejecución presupuestal - serie mensual verificada

La meta 43 presenta la variación presupuestal más marcada entre vigencias de las cuatro metas evaluadas.

Vigencia 2025

La meta 43 inició 2025 con un presupuesto inicial de \$11.720.617.731, el cual fue objeto de una reducción del 62,5%, cerrando el año con un presupuesto definitivo de \$4.396.960.090. El valor comprometido alcanzó el 100% del presupuesto definitivo desde octubre de 2025. Los giros efectivos evolucionaron de 51,0% en julio a 91,9% desde octubre, manteniéndose estables hasta el cierre de diciembre de 2025.

Vigencia 2026 (corte más reciente: mayo de 2026, con datos técnicos a abril de 2026)

Para 2026 la meta cuenta con un presupuesto inicial y definitivo estable de \$4.658.895.578 (sin adiciones ni reducciones registradas). El valor comprometido se ha mantenido en 100% del presupuesto definitivo desde el primer corte disponible (febrero de 2026). Los giros efectivos pasaron de 36,8% en febrero-marzo a 43,8% en abril, ritmo de giro más lento que el observado en la meta 40 para el mismo periodo, pero más acelerado que el de la meta 41.

Corte	Presup. inicial (\$)	Presup. definitivo (\$)	Ejecutado/comprometido (\$)	% Compromiso	Giros (\$)	% Girado
Jul-2025	11.720.617.731	4.396.965.666	2.889.207.014	65,7%	2.244.638.757	51,0%
Ago-2025	11.720.617.731	4.293.540.576	3.140.168.323	73,1%	2.403.730.212	56,0%
Sep-2025	11.720.617.731	4.396.960.090	3.256.035.029	74,0%	2.562.821.667	58,3%
Oct-2025	11.720.617.731	4.396.960.090	4.396.960.090	100,0%	4.040.459.386	91,9%
Nov-2025	11.720.617.731	4.396.960.090	4.396.960.090	100,0%	4.040.459.386	91,9%
Dic-2025 (cierre)	11.720.617.731	4.396.960.090	4.396.960.090	100,0%	4.040.459.386	91,9%
Feb-2026	4.658.895.578	4.658.895.578	4.658.895.427	100,0%	1.712.468.426	36,8%
Mar-2026	4.658.895.578	4.658.895.578	4.658.895.427	100,0%	1.712.468.426	36,8%
Abr-2026	4.658.895.578	4.658.895.578	4.658.895.427	100,0%	2.039.778.276	43,8%
May-2026 (corte a abril)	4.658.895.578	4.658.895.578	4.658.895.427	100,0%	2.039.778.276	43,8%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=43, columnas PRESUPUESTO INICIAL, PRESUPUESTO DEFINITIVO, EJECUTADO O COMPROMETIDO y GIROS (julio 2025 a abril 2026). Porcentajes calculados por la Oficina de Control Interno sobre el presupuesto definitivo de cada corte.

La reducción del 62,5% entre el presupuesto inicial y definitivo de 2025 es la más pronunciada de las cuatro metas evaluadas y amerita que la dependencia documente, en un espacio posterior de

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

seguimiento, las razones técnicas y administrativas que motivaron dicho ajuste, con el fin de descartar que corresponda a una sobreestimación inicial de la necesidad presupuestal de la meta.

Reservas presupuestales constituidas y su ejecución

Corte	Reserva presupuestal definitiva (\$)	Giros de reservas (\$)	% Reserva girada
Jul-2025	181.079.693	48.808.577	27,0%
Ago-2025	181.079.693	48.808.577	27,0%
Sep-2025	181.079.693	48.808.577	27,0%
Oct-2025	181.079.693	48.808.577	27,0%
Nov-2025	181.079.693	48.808.577	27,0%
Dic-2025 (cierre)	106.519.225	48.808.577	45,8%
Feb-2026	356.500.704	0	0,0%
Mar-2026	356.500.704	0	0,0%
Abr-2026	356.500.704	115.959.217	32,5%
May-2026 (corte a abril)	356.500.704	282.258.385	79,2%

Fuente / Evidencia: Archivos "8141 Seg Tec y Fin" mensuales, hoja "Metas", fila META=43, columnas RESERVAS DEFINITIVA y GIROS DE RESERVAS.

La reserva de 2026 (≈\$356,5 millones) es más de tres veces superior a la de 2025 (≈\$106,5-181,1 millones), con el mismo patrón de giro nulo en febrero-marzo y aceleración pronunciada hacia abril (79,2% girado en el corte más reciente), repitiendo la tendencia observada en las tres metas anteriores.

5.5.4. Avance de gestión y ejecución de actividades

Cierre de la vigencia 2025

En el eje de salud poblacional se avanzó en el cálculo de la evaluación de impacto en salud (EIS) mediante la herramienta AirQ+ V2.2.4, para las mortalidades por causas naturales, IRAB, EPOC, cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares y respiratorias, a nivel local y distrital, para el periodo 2018-2024, en el marco de mesas de trabajo con la organización Vital Strategies. En el eje de gobernanza de calidad del aire se desarrollaron 65 actividades de posicionamiento comunitario (37 en aire, 12 en tabaco, 4 en olores ofensivos, 12 en ruido y 12 en radiación electromagnética), articulación con Comisiones Ambientales Locales, gremios (Fenalco), entidades distritales y nacionales, y participación internacional en la Cumbre de París de la Alianza de Ciudades Saludables y en la 2.^a Conferencia Mundial sobre Contaminación del Aire y la Salud (Cartagena).

En el eje de gestión del riesgo individual se avanzó en el índice de vulnerabilidad en salud frente al cambio climático (serie histórica 2017-2024, publicada en el portal de salud ambiental de la SDS, que integra las variables clima, pobreza multidimensional y salud), en la vigilancia centinela de cáncer de piel (4 unidades notificadoras) y en el pilotaje de la estrategia "hoja verde" (identificación de factores ambientales en población infantil) en articulación con la Universidad de la Sabana. La actividad 43.2 (plan territorial de adaptación al cambio climático) registró un avance acumulado de 30,2% de las actividades programadas para 2025, equivalente al 8% proyectado para esa vigencia dentro del cronograma de

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

implementación del 40% a 2027 (5% en 2024, 8% en 2025, 11% proyectado para 2026 y 16% proyectado para 2027).

En el campo “Dificultades y soluciones” del cierre 2025, la dependencia reportó una baja ejecución de la aplicación de encuestas ARREM en algunas localidades de la Subred Norte, atribuida a la insuficiencia de talento humano técnico y al incremento en la atención de quejas y requerimientos ciudadanos, aclarando expresamente que dicha situación no afectó el cumplimiento global del número de encuestas establecidas a nivel distrital para 2025.

Avance acumulado a abril de 2026 (corte técnico más reciente)

Durante el periodo enero-abril de 2026 se continuó el cálculo de EIS por localidad y quinquenios para ACV y enfermedad isquémica cardíaca (EIC), la actualización de figuras y gráficas del artículo EIS 2018-2022, y el informe de mortalidad atribuible a largo plazo por PM2,5 para el periodo 2018-2024. En gobernanza de calidad del aire se desarrollaron 14 actividades de posicionamiento comunitario (9 en aire, 3 en radiación electromagnética y 2 en ruido) y se participó en mesas de control político, comités de alertas con la Secretaría Distrital de Ambiente y jornadas con Juntas de Acción Local en cinco localidades. La actividad 43.2 registró un avance acumulado de 2,7% en el periodo enero-marzo de 2026 dentro de la programación del 11% para el año.

Para la vigencia 2026, la muestra establecida de encuestas ARREM asciende a 12.924 encuestas distritales, con un registro acumulado de 472 quejas ciudadanas a la fecha de la mesa de trabajo, cifra que la dependencia calificó como un incremento significativo frente a periodos anteriores y que ha requerido la redistribución de actividades del equipo técnico, dado que la atención de quejas no cuenta con una meta cuantitativa establecida equivalente a la de la muestra de encuestas. En el campo de dificultades del corte a abril de 2026, la dependencia identificó un riesgo explícito de no alcanzar la muestra mínima de encuestas programada para la Subred Norte al cierre de la vigencia, frente al cual se adelantan mesas de trabajo conjuntas orientadas a definir un plan de contingencia.

5.5.5. Verificación documental y hallazgos de la mesa de trabajo (23/07/2026)

Se verificó que el documento “Plan Territorial de Adaptación al Cambio Climático desde el Componente de Salud Ambiental”, remitido como evidencia de la actividad 43.2, se encuentra formalmente en estado “en desarrollo”, conforme lo indica su propio nombre de archivo. La dependencia confirmó que dicho documento efectivamente permanece en construcción, si bien las actividades de implementación asociadas a su formulación ya se vienen ejecutando de manera paralela, y explicó que el 40% de avance a 2027 se distribuye en un cronograma escalonado (5% en 2024, 8% en 2025, 11% proyectado en 2026 y 16% proyectado en 2027), aclarando que la ejecución real ha superado, en los periodos ya cerrados, lo mínimamente exigido por dicho cronograma.

El equipo auditor observó que la matriz de seguimiento de la actividad 43.2 reporta un avance de 3,30% acumulado a mayo de 2026 y consultó sobre la forma de medición de dicho porcentaje, dado que el documento base continúa en construcción. La dependencia explicó que el avance se mide contra el cronograma interno de actividades del equipo (no contra el documento final terminado), el cual incluye la

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

construcción del índice de vulnerabilidad, la red de alertas tempranas, la vigilancia de cáncer de piel y la elaboración de documentos técnicos de generación de conocimiento (aeroalérgenos, islas de calor y enfermedades transmitidas por vectores).

En relación con la concertación de medidas de adaptación y mitigación al cambio climático con las demás dependencias y entidades distritales, se verificó que dicho proceso se encuentra en curso con 12 entidades distritales externas (adicionales a las áreas internas de la SDS, concertadas en 2025), de las cuales se recibieron encuestas diligenciadas de todas salvo dos entidades, cuya respuesta se encontraba pendiente a la fecha de la mesa de trabajo. El equipo auditor cuestionó la ausencia de una fecha de cierre reportada para esta fase de concertación; la dependencia indicó que, una vez recibidas las últimas respuestas, se consolidarán matrices de medidas propuestas para su concertación definitiva con cada entidad, con miras a la expedición de un acto administrativo que formalice la implementación del plan, sin que a la fecha exista un cronograma cerrado para dicha expedición. La dependencia se comprometió a remitir las actas y encuestas de las reuniones de concertación adelantadas.

Sobre el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) en salud por variabilidad y cambio climático, se confirmó que la dependencia se encuentra evaluando múltiples herramientas tecnológicas (incluyendo versiones de prueba gratuitas y herramientas con licenciamiento comercial), sin que se haya seleccionado aún una plataforma definitiva, decisión que depende de la disponibilidad presupuestal, las garantías de procesamiento de datos y los estándares de seguridad de la información. La dependencia manifestó como meta interna contar con una herramienta definida al cierre de 2026, aunque el plazo formal de la meta se extiende hasta 2027.

Finalmente, el equipo auditor precisa que, dado el alto volumen de información documental aportada por la dependencia para esta meta, no fue posible verificar la totalidad de la evidencia dentro del tiempo disponible, por lo que se trabajó sobre una muestra aleatoria de dicha documentación.

5.5.6. Análisis de consistencia del indicador

La meta 43 presenta la misma dualidad de medición identificada en las metas 40, 41 y 42: un indicador agregado acumulado a nivel de meta (44,65% a abril de 2026, sobre una programación anual de 48%) que combina dos actividades de naturaleza distinta: la 43.1, de tipo constante (33,4% acumulado a abril), y la 43.2, de tipo incremental anual (3,43% acumulado a abril, equivalente al 31,2% de lo programado para 2026 en esa actividad específica), más una tercera capa de medición reportada en la matriz de seguimiento interna de la actividad 43.2 (3,30% a mayo de 2026), cuya base de cálculo corresponde a un cronograma de trabajo propio del equipo y no al documento final del plan territorial de adaptación, el cual permanece formalmente en estado de construcción. Esta múltiple capa de indicadores, si bien fue aclarada satisfactoriamente por la dependencia durante la mesa de trabajo, reitera la recomendación general formulada para las demás metas del PACA de documentar de manera explícita, en una nota metodológica única, la relación entre los distintos niveles de medición reportados.

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

5.5.7. Buenas prácticas identificadas

El equipo auditor destaca como buena práctica la solidez metodológica del componente de evaluación de impacto en salud (EIS), sustentada en la herramienta internacionalmente reconocida AirQ+ y desarrollada en articulación técnica con la organización Vital Strategies, lo cual ha permitido a la SDS posicionar sus resultados en escenarios internacionales como la Cumbre de París de la Alianza de Ciudades Saludables y la Conferencia Mundial sobre Contaminación del Aire y la Salud.

Se destaca igualmente la construcción del índice de vulnerabilidad en salud frente al cambio climático, con una serie histórica consolidada desde 2017, metodología replicable que integra variables climáticas, socioeconómicas y de salud en un mapa interactivo de acceso público, herramienta que sienta las bases técnicas para la futura priorización territorial de medidas de adaptación.

Finalmente, se reconoce la transparencia de la dependencia al reportar de manera proactiva, en el propio SEGPLAN, el riesgo de no alcanzar la muestra de encuestas ARREM programada para la Subred Norte en 2026, anticipando dicha situación mediante la formulación de mesas de trabajo conjuntas orientadas a un plan de contingencia, en lugar de esperar al cierre de vigencia para evidenciar la brecha.

5.6. Cierre general del análisis

Una vez verificadas de manera individual las cuatro metas del PACA a cargo del Proyecto de Inversión 8141 (metas 40, 41, 42 y 43), la Oficina de Control Interno presenta a continuación una lectura consolidada de sus resultados, con el fin de evidenciar los patrones comunes y las diferencias relevantes entre ellas antes de dar paso a las oportunidades de mejora, recomendaciones y conclusiones generales del presente informe.

Panorama comparativo de avance físico

Meta	Objeto	Cumplimiento cierre 2025 (% de lo programado)	Ejecutado acumulado cierre 2025	Avance 2026 (corte abril, % de lo programado)
40	Red intersectorial y comunitaria de salud ambiental	100%	100%	8,30% de 25% programado
41	Estrategia de gestión integral de zoonosis	100%	100%	7,69% de 25% programado
42	Establecimientos inscritos / IVC sanitaria	100%	16,32%	23,54% de 34% programado
43	Plan de respuesta por calidad del aire	100%	43,00%	44,65% de 48% programado

Fuente: Elaboración propia equipo auditor

Las cuatro metas cerraron con la ejecución de lo programado al 100% para ese año, resultado que debe leerse en conjunto con lo señalado en el numeral 6 respecto de la coexistencia de distintos niveles de indicador (constante, incremental anual y, en el caso de la meta 43, cronograma interno de trabajo). Para 2026, con corte al mes de abril, las cuatro metas registran avances entre el 69% y el 93% de lo

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

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

programado para el año a esa fecha, sin que se identifique una meta en riesgo crítico de incumplimiento de su programación anual dentro del periodo evaluado.

Panorama comparativo de ejecución presupuestal

Meta	Presup. definitivo 2025 (\$)	% Compromiso cierre 2025	% Girado cierre 2025	Presup. definitivo 2026 (\$)	% Compromiso abril 2026	% Girado abril 2026
40	11.078.652.034	100,0%	91,6%	8.604.032.158	100,0%	36,3%
41	5.794.190.317	100,0%	89,7%	6.325.436.520	86,6%	37,3%
42	56.426.070.831	98,7%	87,6%	57.028.302.027	97,2%	35,7%
43	4.396.960.090	100,0%	91,9%	4.658.895.578	100,0%	43,8%

En conjunto, las cuatro metas movilizan un presupuesto definitivo cercano a \$77.500 millones en 2025 y a \$76.600 millones en 2026, concentrado en más del 74% en la meta 42 (farmacovigilancia, tecnovigilancia e IVC sanitaria). El compromiso presupuestal se ubicó, en los cuatro casos y en ambas vigencias, entre el 86,6% y el 100% del presupuesto definitivo, mientras que el giro efectivo a los cortes más recientes disponibles de 2026 se ubicó de manera consistente entre el 35,7% y el 43,8%, muy por debajo del compromiso presupuestal formal. Este patrón, compromiso presupuestal pleno con giro efectivo rezagado, y giro nulo o marginal de las reservas presupuestales en los primeros meses de cada vigencia con aceleración concentrada hacia el segundo trimestre, se repite sin excepción en las cuatro metas evaluadas y constituye el hallazgo transversal de mayor materialidad financiera identificado en el presente ejercicio de seguimiento.

Patrones transversales identificados

Del análisis conjunto de las cuatro metas se derivan tres patrones que trascienden el ámbito individual de cada una y que sustentan las recomendaciones transversales formuladas en el numeral 7 de este informe:

En primer lugar, la coexistencia, dentro de una misma meta, de distintos niveles y bases de medición del indicador (agregado, por actividad, ponderado por acciones trazadoras o, en el caso de la meta 43, medido contra un cronograma interno de trabajo distinto del documento final) generó, de manera recurrente en las mesas de trabajo de las metas 40, 41 y 43, comparaciones entre periodos o bases no homologables por parte del propio equipo auditor, las cuales requirieron aclaración en vivo por parte de las dependencias. Si bien en todos los casos la aclaración resultó satisfactoria, la ausencia de una nota metodológica explícita representa un riesgo de interpretación que se extiende más allá del ejercicio de auditoría, hacia cualquier tercero que consulte el PACA o el SEGPLAN.

En segundo lugar, se identificó de manera reiterada la existencia de información de ejecución que se reporta de forma agregada o formal sin contar con un indicador de programación, cierre o efectividad que la acompañe (la actividad 40.2 sin trazabilidad centralizada, los planes de mejoramiento de farmacovigilancia sin indicador de cierre, las visitas de asistencia técnica sin

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

programación documentada, el plan territorial de adaptación al cambio climático medido contra un cronograma interno mientras el documento formal permanece en construcción). Este patrón sugiere una oportunidad de fortalecimiento generalizado en la cultura de programación y cierre de ciclo, más allá del cumplimiento del dato de ejecución.

En tercer lugar, se destaca de manera positiva que, en varios de los hallazgos identificados, fue la propia dependencia quien reconoció y documentó la brecha dentro del SEGPLAN antes de que fuera identificada por el equipo auditor (el cumplimiento real del 96,2% frente al 100% reportado en la actividad 41.3, y el riesgo de incumplimiento de la muestra de encuestas ARREM de la Subred Norte en la meta 43), lo que evidencia un ejercicio de autocontrol activo por parte de los equipos técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública, condición que se destaca como buena práctica transversal en el numeral correspondiente de cada meta.

Con este cierre se da por concluido el desarrollo del numeral 5 del presente informe. Los hallazgos aquí sintetizados, junto con los identificados de manera específica en cada meta, constituyen el fundamento de las oportunidades de mejora, las recomendaciones y las conclusiones que se presentan en los numerales siguientes.

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Riesgos identificados específicos de la meta 40

1. La actividad 40.2 reporta un porcentaje de avance (83,5%) sin que el nivel central disponga de manera centralizada de la totalidad de las evidencias que lo soportan, dado que estas reposan de forma descentralizada en cada subred en el marco del convenio PSPIC. Esta condición limita la capacidad de verificación oportuna por parte de la Oficina de Control Interno y de la propia dependencia frente a entes externos.
2. La observación de la Personería sobre la insuficiencia de los indicadores del PALSA (CAL Engativá, septiembre de 2025) permanece sin cierre documentado casi un año después de haberse formulado, lo que expone a la entidad a una eventual reiteración del hallazgo o a una escalada del requerimiento por parte del ente de control.
3. La coexistencia de una medición constante (20/20 localidades) y una medición incremental anual (8,30% a abril de 2026) sin una nota metodológica explícita en los instrumentos de reporte puede inducir a interpretaciones distintas sobre el verdadero estado de avance de la meta, tanto al interior de la entidad como ante la Secretaría Distrital de Ambiente y la ciudadanía.
4. En materia de ejecución financiera, se observa un compromiso presupuestal del 100%, acompañado de un ritmo de giros significativamente menor, situación que fue evidente al inicio de la vigencia 2026, cuando a marzo solo se había girado el 21,5% de los recursos comprometidos. Este comportamiento puede generar presión sobre la ejecución financiera durante el último trimestre del año e incrementar el riesgo de constituir nuevas reservas presupuestales.

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

Riesgos identificados específicos de la meta 41

1. La coexistencia de tres bases de medición distintas dentro de la misma meta (porcentaje agregado, porcentaje ponderado por actividad y unidades absolutas de vacunación en la actividad 41.3) generó, durante la propia verificación de la Oficina de Control Interno, una comparación entre periodos no homologables que derivó en una aparente inconsistencia de 83,65% frente a 8,36%. Aunque la diferencia fue aclarada satisfactoriamente por la dependencia, la ausencia de una nota metodológica explícita en el SEGPLAN o en el PACA que documente la forma de cálculo de cada indicador constituye un riesgo de interpretación errónea por parte de terceros o de futuros ejercicios de auditoría.
2. La actividad 41.3 (vacunación antirrábica) presentó, según lo reportado por la propia dependencia en el campo de dificultades del SEGPLAN, un cumplimiento real del 96,2% frente al 100% reflejado en el indicador agregado de la meta para 2025, atribuible a la discontinuidad del talento humano de vacunación en las subredes. La recurrencia de este factor de riesgo de talento humano en distintas vigencias podría comprometer el cumplimiento de coberturas de vacunación antirrábica en años futuros si no se adoptan medidas de continuidad del personal.
3. El documento de seguimiento a la implementación de la estrategia de zoonosis permanece, a la fecha de la mesa de trabajo, en una versión de trabajo no codificada (versión N.º 7), sin que se haya definido un plazo cierto para su formalización dentro del sistema de gestión de calidad de la entidad, lo que limita su trazabilidad y valor probatorio ante terceros.
4. Al igual que en la meta 40, se observa un patrón de giro tardío de las reservas presupuestales constituidas en la vigencia 2026 (0% girado en febrero y marzo, con aceleración recién a partir de abril), lo que podría generar presión frente a la ejecución en los últimos meses del año y riesgo de pérdida de apropiación por vencimiento de términos.

Riesgos identificados específicos de la meta 42

1. La ausencia de un indicador o mecanismo de medición del cierre y verificación de los planes de mejoramiento sugeridos por farmacovigilancia a las IPS (837 casos identificados en un mes de revisión, sin dato de cuántos cuentan con verificación de cierre) impide a la dependencia y a la Oficina de Control Interno evaluar la efectividad real de dicho proceso de retroalimentación, más allá de su ejecución formal.
2. La falta de un protocolo escrito de articulación y escalamiento entre farmacovigilancia, tecnovigilancia e inspección, vigilancia y control (IVC), actualmente sustentada en comunicación informal entre profesionales, constituye un riesgo operativo ante la eventual rotación de personal o la ocurrencia de casos de alta complejidad que requieran una respuesta institucional coordinada y trazable, particularmente relevante dado el reconocimiento de Bogotá como nodo territorial de farmacovigilancia ante el INVIMA.

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

- La interrupción, entre marzo y noviembre de 2025, del análisis de mercurio y plomo en sangre de menores de edad captados por la estrategia de vigilancia centinela, debido a la falta de insumos en el Laboratorio de Salud Pública, representa un riesgo de salud pública en una población vulnerable y evidencia una debilidad en la continuidad del suministro de insumos críticos para la vigilancia en salud ambiental.
- La reserva presupuestal constituida en 2026 para esta meta (≈\$8.202 millones, la mayor en términos absolutos entre las metas evaluadas) presentó un patrón de giro concentrado en los últimos cortes disponibles (de 18,8% en marzo a 78,1% en el corte más reciente), lo que amerita un seguimiento presupuestal prioritario dado el volumen de recursos involucrados.
- La programación formal de la meta de 45 visitas mensuales (540 anuales) de asistencia técnica de farmacovigilancia no se encuentra documentada más allá de su mención como lineamiento interno del equipo, lo que limita la posibilidad de medir el grado de cumplimiento real frente a lo formalmente comprometido.

Riesgos identificados específicos de la meta 43

- El documento base “Plan Territorial de Adaptación al Cambio Climático desde el Componente de Salud Ambiental” permanece formalmente en estado “en desarrollo”, mientras que el avance porcentual de la actividad 43.2 se mide contra un cronograma interno de trabajo del equipo y no contra el documento final. Esta situación implica un riesgo de que, al momento de exigirse el producto documental completo, persista una brecha entre el avance porcentual reportado y el grado real de formalización del instrumento de planeación.
- El proceso de concertación de medidas de adaptación y mitigación con 12 entidades distritales no cuenta con una fecha de cierre definida, ni con un cronograma cerrado para la expedición del acto administrativo que formalizaría la implementación del plan, lo que genera incertidumbre sobre el momento en que las medidas concertadas serán exigibles a las demás entidades del Distrito.
- La ausencia de una herramienta tecnológica definitiva para el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) en salud por variabilidad y cambio climático, aunada a la dependencia de decisiones presupuestales de licenciamiento aún no resueltas, representa un riesgo para la operatividad oportuna de dicho sistema, cuya meta interna de definición (cierre de 2026) antecede en un año al plazo formal de la meta (2027).
- La propia dependencia identificó y reportó en el SEGPLAN el riesgo de no alcanzar la muestra mínima de encuestas ARREM programada para la Subred Norte en 2026, atribuible a la insuficiencia de talento humano técnico y al incremento sostenido en la atención de quejas ciudadanas (472 quejas a la fecha de la mesa de trabajo), sin que exista aún una meta cuantitativa formal para la atención de quejas que permita dimensionar su impacto sobre la capacidad operativa disponible para las encuestas.

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

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

5. Al igual que en las tres metas anteriores, se observa un patrón de giro tardío de las reservas presupuestales de la vigencia 2026 (0% en febrero-marzo, acelerándose a 79,2% en el corte de mayo 2026), y una reducción presupuestal muy pronunciada entre el presupuesto inicial y definitivo de 2025 (-62,5%) que no se encuentra documentalmente justificada dentro del alcance verificado en esta evaluación.

7. RECOMENDACIONES:

Con fundamento en los hallazgos documentados en el numeral 5 del presente informe tanto en la verificación de evaluaciones previas como en las metas 40, 41, 42 y 43 del PACA, la Oficina de Control Interno formula a la Subsecretaría de Salud Pública y a las dependencias corresponsables las siguientes recomendaciones:

- 7.1. Documentar, en una nota metodológica única e incorporada tanto al SEGPLAN como al PACA remitido a la Secretaría Distrital de Ambiente, la forma de cálculo de cada indicador y su relación con el porcentaje agregado de la meta correspondiente, dado que en las cuatro metas evaluadas (40, 41, 42 y 43) se identificaron distintas bases de medición coexistentes (indicadores constantes, incrementales anuales, ponderados por actividades trazadoras y, en el caso de la meta 43, un tercer nivel de medición basado en un cronograma interno de trabajo). La ausencia de esta nota generó, durante la propia verificación de la Oficina de Control Interno, comparaciones entre periodos no homologables que derivaron en aparentes inconsistencias posteriormente aclaradas por las dependencias.
- 7.2. Garantizar que las evidencias de ejecución de la actividad 40.2 (acciones de educación y apropiación social de la salud ambiental en los entornos de vida cotidiana), actualmente custodiadas de manera descentralizada por cada subred en el marco del convenio PSPIC, sean consolidadas y puestas a disposición del nivel central de manera periódica, de forma que el 83,5% de avance reportado para dicha actividad cuente con soporte documental verificable de manera oportuna, y no únicamente a solicitud expresa de un ejercicio de auditoría.
- 7.3. Realizar el seguimiento y cierre formal de las observaciones de entes de control registradas en las actas de las Comisiones Ambientales Locales (CAL), en particular la observación de la Personería sobre la insuficiencia de los indicadores del Plan de Acción Local de Salud Ambiental (PALSA) de la localidad de Engativá (acta de septiembre de 2025), así como el compromiso institucional pendiente de respuesta relacionado con el posible impacto en salud por olores ofensivos en cercanías de la PTAR Salitre, documentando la gestión adelantada en actas subsiguientes.
- 7.4. Fortalecer la continuidad del talento humano destinado a las jornadas de vacunación antirrábica canina y felina en las subredes, dado que la propia dependencia identificó dicha discontinuidad como causa del cumplimiento real del 96,2% frente al 100% reportado para la actividad 41.3 en la vigencia 2025, mediante mecanismos de contratación que reduzcan la rotación de personal operativo durante los periodos de mayor demanda de jornadas de vacunación.

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

- 7.5.** Formalizar, dentro del sistema de gestión de calidad de la entidad, el documento de seguimiento a la implementación de la estrategia de gestión integral de zoonosis, actualmente en una versión de trabajo no codificada (versión N.º 7), estableciendo un plazo cierto para su codificación y publicación, con el fin de dotar de trazabilidad y valor probatorio a la información que actualmente solo existe en versión preliminar.
- 7.6.** Diseñar e implementar un indicador de seguimiento y cierre para los planes de mejoramiento sugeridos por el Programa Distrital de Farmacovigilancia a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que permita establecer la proporción de dichos planes con verificación de cierre efectivo, y formalizar mediante un protocolo escrito los niveles de escalamiento y el procedimiento de articulación entre farmacovigilancia, tecnovigilancia y las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC), actualmente sustentado en comunicación informal entre profesionales.
- 7.7.** Adoptar medidas orientadas a garantizar la continuidad del suministro de insumos de laboratorio requeridos para el análisis de mercurio y plomo en sangre en el marco de la vigilancia centinela de exposición a metales pesados en menores de edad, ante la interrupción de dicho análisis registrada entre marzo y noviembre de 2025 por parte del Laboratorio de Salud Pública, dada la materialidad de este componente para la protección de una población infantil vulnerable.
- 7.8.** Formalizar en un documento de planeación la meta interna de 45 visitas mensuales (540 anuales) de asistencia técnica del Programa Distrital de Farmacovigilancia, actualmente sustentada únicamente en un lineamiento verbal del equipo técnico, y establecer una meta cuantitativa formal para la atención de quejas ciudadanas en la línea de aire, ruido y radiación electromagnética (472 quejas registradas a la fecha de la mesa de trabajo de la meta 43), de manera que su atención no compita, sin priorización explícita, con el cumplimiento de la muestra de encuestas programada.
- 7.9.** Definir un cronograma cierto para el cierre del proceso de concertación de medidas de adaptación y mitigación al cambio climático con las 12 entidades distritales externas de la actividad 43.2, así como para la expedición del acto administrativo que formalice la implementación del plan territorial de adaptación al cambio climático desde el componente de salud ambiental, documento que a la fecha de este informe permanece formalmente en estado de construcción.
- 7.10.** Adelantar la evaluación técnica, presupuestal y de seguridad de la información pendiente para la selección definitiva de la herramienta tecnológica del Sistema de Alertas Tempranas (SAT) en salud por variabilidad y cambio climático, en un plazo que permita su implementación efectiva con antelación a la meta interna fijada por la propia dependencia (cierre de 2026).
- 7.11.** Fortalecer los mecanismos de programación y ejecución del Plan Anualizado de Caja (PAC) para las cuatro metas del PACA evaluadas, dado que en la totalidad de ellas se identificó un patrón recurrente de compromiso presupuestal pleno (cercano o igual al 100% del presupuesto definitivo) acompañado de un ritmo de giro efectivo considerablemente más lento,

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

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

así como de giro nulo o mínimo de las reservas presupuestales constituidas en los primeros cortes de cada vigencia, con aceleraciones pronunciadas y concentradas hacia el segundo trimestre del año.

7.12. Formalizar mediante memorando dirigido a la Oficina de Control Interno la solicitud de ampliación de plazo de las dos acciones aún abiertas del plan de mejoramiento derivado de la auditoría PACA 2025 (designación del gestor ambiental por parte del Comité de Gestión y Desempeño, conforme a la Resolución 1438 de 2026, y actualización de los lineamientos de vigilancia sanitaria en la página web institucional), dado que la fecha de compromiso inicialmente pactada para la primera de ellas ya se encuentra vencida.

7.13. Mantener y fortalecer la práctica de remisión oportuna, ante la Oficina de Control Interno, del análisis y la respuesta institucional a las recomendaciones formuladas en los informes de evaluación de gestión por dependencias y de seguimiento a proyectos de inversión, anticipando dicha remisión al cronograma de cada nuevo ejercicio de auditoría o seguimiento, de manera que no deba gestionarse de forma extemporánea como ocurrió durante el desarrollo de la presente evaluación.

8. CONCLUSIONES:

8.1. La meta 40 registra un cumplimiento físico constante del 100% (20 de 20 localidades con red de salud ambiental implementada) durante todo el periodo evaluado, con una ejecución presupuestal que alcanza el compromiso pleno del presupuesto definitivo en ambas vigencias analizadas, aunque con un ritmo de giro efectivo más lento en 2026 que en 2025 para periodos comparables. La gestión de conformación de las 20 redes y la aprobación de los PALSA en las respectivas CAL se encuentra debidamente soportada en el 90% de los casos verificados (18 de 20), con dos soportes documentales pendientes de cargue. Persisten, sin embargo, brechas relevantes en la trazabilidad documental de la actividad 40.2 y en el cierre de al menos dos observaciones de ente de control (Personería) y de un compromiso institucional (PTAR Salitre) registrados en actas de CAL, las cuales deben ser subsanadas por la dependencia dentro de los plazos acordados en la mesa de trabajo.

8.2. La meta 41 registra un cumplimiento físico del 100% de lo programado para el cierre de la vigencia 2025 (25% del total incremental a 2027) y un avance del 7,69% acumulado a abril de 2026 sobre una programación anual del 25%, ritmo consistente con el observado en el mismo periodo del año anterior. La ejecución presupuestal muestra un compromiso pleno del presupuesto definitivo al cierre de 2025 (100%) y un compromiso del 86,6% en el corte más reciente de 2026, con giros efectivos que continúan rezagados frente al valor comprometido, patrón que se repite frente a lo observado en la meta 40. La verificación documental permitió aclarar satisfactoriamente, con el acompañamiento directo de la dependencia, tres aparentes discrepancias identificadas inicialmente por el equipo auditor (denominadores poblacionales, cifras de vacunación y porcentaje de la actividad 41.2), todas ellas explicadas por diferencias en las fuentes y bases de acumulación consultadas y no por errores de reporte de la dependencia. Se destaca el cierre de la observación de auditoría relacionada con el indicador de vigilancia

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

centinela de zoonosis, hoy publicado y actualizado en SaluData. Persisten como pendientes el cruce formal del consolidado de vacunación enero-mayo de 2026, la confirmación del cargue completo de los registros de animales observados, la recepción del reporte SEGPLAN de junio de 2026 y de la carta de representación del proceso.

8.3. La meta 42 concentra el mayor volumen presupuestal y operativo de las metas del PACA evaluadas, con un cumplimiento físico del 100% de lo programado para el cierre de 2025 y un avance del 23,54% acumulado a abril de 2026 sobre una programación anual del 34% para la actividad 42.1, así como un avance lineal consistente del 33% para la actividad 42.2. La ejecución presupuestal evidencia un compromiso superior al 95% del presupuesto definitivo en ambas vigencias, con un patrón de giro efectivo más lento en el arranque de 2026 que se acelera de forma pronunciada hacia el segundo trimestre, tanto en los giros ordinarios como en los de reservas presupuestales, estas últimas de una magnitud considerablemente mayor a la de las metas 40 y 41. La verificación documental confirmó la solidez de los procesos de inscripción de establecimientos, autorregulación sanitaria y gestión de farmacovigilancia y tecnovigilancia sobre plataformas nacionales estandarizadas (VigiFlow e INVIMA), pero identificó brechas relevantes en la trazabilidad del cierre de planes de mejoramiento, en la formalización de la articulación con IVC, en la programación documentada de metas internas del programa de farmacovigilancia y en la continuidad del análisis de laboratorio para la vigilancia de metales pesados en población infantil, todas las cuales deben ser subsanadas por la dependencia dentro de los plazos que se acuerden con la Oficina de Control Interno.

8.4. La meta 43 registra un cumplimiento físico del 100% de lo programado para el cierre de 2025 y un avance del 44,65% acumulado a abril de 2026 sobre una programación anual del 48%, resultado de la combinación de una actividad de tipo constante (43.1, vigilancia ARREM, 33,4% acumulado) y una actividad de tipo incremental (43.2, plan territorial de adaptación al cambio climático, 3,43% acumulado sobre un 11% programado para el año). La ejecución presupuestal alcanza el compromiso pleno del presupuesto definitivo en ambas vigencias, si bien la meta presenta la reducción presupuestal más pronunciada entre el valor inicial y definitivo de 2025 de las cuatro metas evaluadas (-62,5%), aspecto que amerita explicación documentada por parte de la dependencia. La verificación documental permitió constatar la solidez técnica de los componentes de evaluación de impacto en salud y de vulnerabilidad climática, así como la transparencia de la dependencia al reportar proactivamente sus propios riesgos de incumplimiento (muestra de encuestas en la Subred Norte). Persisten como pendientes la formalización del plan territorial de adaptación al cambio climático —aún en construcción—, el cierre del proceso de concertación con las entidades distritales, la selección de una herramienta tecnológica para el Sistema de Alertas Tempranas y la remisión de la base de datos de talento humano operativo solicitada por el equipo auditor.

8.5. Finalmente, y de manera General, el cumplimiento del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental a cargo de la Secretaría Distrital de Salud es acorde con lo programado. Las cuatro metas evaluadas cumplieron la totalidad de lo previsto para la vigencia anterior y avanzan conforme a su programación anual 2026, sin que ninguna se encuentre en riesgo crítico de incumplimiento.

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

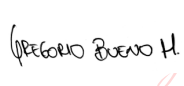
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

La ejecución presupuestal refleja compromiso y ejecución oportuna y es importante que para el mantenimiento de este resultado se gestione desde la Subsecretaría de Salud Pública: 1. Demora en el giro efectivo de los recursos y de las reservas presupuestales, para evitar riesgo de pérdida de apropiación; 2. una nota metodológica que unifique las distintas bases de medición de los indicadores, necesaria para una lectura inequívoca del avance ante los entes de control y la ciudadanía; y 3. las brechas de trazabilidad y cierre de ciclo en actividades y planes de mejoramiento derivados de los programas evaluados.
9. ANEXOS: N/A

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

JOSÉ GREGORIO BUENO H.

OSCAR H. ROJAS SUÁREZ


 Firmado digitalmente
 por José Gregorio
 Bueno Hernández


 Firmado
 digitalmente por
 Oscar Rojas Suarez

FIRMA

FIRMA

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

SAIRA ADELINA GUZMÁN MARMOLEJO


 Firmado
 digitalmente por
 Saira Guzmán

FIRMA