

INFORME CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

VIGENCIA 2023

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITORES

Lady Dahiana Tibaduiza
Gilberto Poveda Villalba
Ángela González Palacio
Julián Camilo Cuellar García
Doris Pilar Ojeda Pérez
Francisco Javier Pinto
Lyda Rocio Manrique Garzón
Óscar Hernando Rojas Suárez
Marisol García Villamarín
José Gregorio Bueno Hernández

CONSOLIDÓ:

José Gregorio Bueno Hernández

REVISADO POR:

Olga Lucía Vargas Cobos

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Bogotá D.C., febrero de 2024

SIGLAS

AMED:	Programa Atención Medica Domiciliaria
CAPS:	Centro de Atención Prioritaria en Salud
CNSC:	Comisión Nacional del Servicio Civil
DAEPDSS:	Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
EGAT:	Entidad de Gestión Administrativa y Técnica
EAPB:	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
EGD:	Evaluación de Gestión por Dependencias
EPS:	Entidad Promotora de Salud
DUES:	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
FFDS:	Fondo Financiero Distrital de Salud
IEC:	Información, Educación y Comunicación
ICBF:	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPS:	Institución Prestadora de Servicios en Salud
MINSALUD:	Ministerio de Salud y Protección Social
MIPG:	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
OCI:	Oficina de Control Interno
PAA:	Plan Anual de Adquisiciones
PAAC:	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
PBS:	Plan Básico de Servicios
PAI:	Programa Ampliado de Inmunización
POGD:	Plan Operativo de Gestión y Desempeño
PQR:	Peticiones, Quejas y Reclamos
PSPIC:	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectiva
RIAS:	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPSS:	Redes Integradas de Prestadores de Servicios de Salud
SDS:	Secretaría Distrital de Salud
SDQS:	Sistema Distrital de Quejas y Soluciones
SEGPLAN:	Seguimiento al Plan de Desarrollo
SED:	Secretaría de Educación Distrital
SEM:	Sistema de Emergencias Medicas
SIRC:	Sistema Integrado de Referencia y Contrareferencia
SIDCRUE:	Sistema de Información Distrital del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
SIVIGILA:	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SG-SST:	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SVEMM:	Sistema de Vigilancia epidemiológica de Mortalidad Materna
SGC:	Sistema de Gestión de la Calidad
TIC:	Tecnologías de la Información y Comunicación
VAC:	Vigilancia del Ambiente y el Consumo
VE:	Vigilancia de Enfermedades

1. INTRODUCCIÓN

De conformidad con lo establecido en el artículo 9° de la Ley 87 de 1993, se le asigna a la Oficina de Control Interno – (OCI), entre otras funciones que debe... “medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos”

En cumplimiento de la Ley 909 de 2004, que establece:

“El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente:

- a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo;*
- b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados;*
- c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo con lo programado en la planeación;*
- d) institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como;*
- e) resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno”.*

De igual manera, en cumplimiento del Decreto 1083 de 2015 *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”*, en su numeral 2.2.21.4.9 Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes... literal e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, que, de acuerdo con éste, es un criterio a tener en cuenta para la evaluación de los empleados públicos, más no un requisito.

Como resultado de la aplicación de estas funciones, se realizó la “Evaluación de gestión por dependencias de la vigencia 2023” y se compiló en este informe mostrando los resultados de cada una de ellas.

2. OBJETIVO

Determinar el nivel de cumplimiento de las actividades programadas por las dependencias y si los recursos asignados a la Secretaria Distrital de Salud son ejecutados de acuerdo con lo previsto en los diferentes planes, programas y proyectos.

Lo anterior con el propósito de fortalecer el sistema de control interno y garantizar una adecuada coordinación y funcionamiento de los procesos, identificando vulnerabilidades, riesgos y oportunidades de mejora en la gestión de recursos y su cumplimiento normativo.

3. ALCANCE

La evaluación se realizó a la totalidad de dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, teniendo como fecha de corte el 31 de diciembre del 2023, mediante la aplicación selectiva de muestras para la validación de evidencias en los instrumentos denominados Plan Operativo de Gestión y Desempeño – (POGD) (soportes y productos), Indicadores de Gestión de cada proceso y el reporte de seguimiento a los proyectos de inversión – (SEGPLAN), pasando por la evaluación y calificación de dicho ejercicio en cada una de las subsecretarías, hasta la compilación y publicación del presente informe.

4. MARCO NORMATIVO

Ley 909 de 2004 “Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones”

“Artículo 39. (...)

El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias.

Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de la Función Pública”

“Artículo 2.2.21.4.9 Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación:

e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.”

Lineamiento Evaluación Gestión por Dependencias Código: SDS-ESC-LN-001 V8.

5. CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo con el ordenamiento normativo, la “Evaluación de Gestión por Dependencias” (EGD), es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio del cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad y se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas, útil para la valoración de la gestión que permite cerrar el ciclo de ejecución anual operativa, administrativa y de ejecución presupuestal.

Para el ejercicio de evaluación de la vigencia 2023, se tomaron los reportes de ejecución de la gestión (POGD) y de seguimiento a la inversión en SEGPLAN, entregados por las Direcciones de Planeación Institucional y Calidad y de Planeación Sectorial (Segunda línea de defensa) así como de las evidencias reportadas por cada dependencia (Primera línea de defensa).

Es importante resaltar que, dado que la información entregada por la segunda línea de defensa (Planeación Sectorial y Planeación Institucional y Calidad) no fue suficiente, se tuvo que acudir a la primera línea de defensa. De lo anterior, se puede percibir la necesidad de fortalecer en este tema, el monitoreo y control de segunda línea y el cumplimiento en la entrega oportuna de información solicitada por la Oficina de Control Interno, lo que es necesario para asegurar la confiabilidad y veracidad de la información en este ejercicio de evaluación.

Cada evaluación se realizó aplicando promedio aritmético simple de los reportes dados por cada una de las dependencias que conforman una Subsecretaría. Los valores corresponden tanto a gestión (POGD) como a inversión (SEGPLAN).

En esta última fuente se tomó avance físico y de ejecución presupuestal del (los) proyecto(s), meta(s) o actividad(es) a cargo de cada una de las Subsecretarías de la entidad.

El valor de ejecución en cada Subsecretaría se obtiene del promedio simple de la calificación de cada una de las Direcciones que la conforman. Asimismo, la calificación del Despacho del Secretario de Salud, se obtiene del promedio simple de las calificaciones alcanzadas por las cuatro oficinas que tiene a cargo.

6. EVALUACIÓN

6.1 DESPACHO DEL SEÑOR SECRETARIO DE SALUD

Con base en el promedio obtenido por las Oficinas de Asuntos Jurídicos, Comunicaciones, Control Interno y Control Disciplinario Interno, se da la siguiente calificación:

Dependencia	Calificación
Asuntos Jurídicos	9,93
Comunicaciones	9,79
Control Interno	9,99
Control Disciplinario Interno	9,95
Promedio	9,91

Comparado con el año 2022 cuando se obtuvo una calificación de 9,55, aumentó su puntuación en un 0.36. A continuación, se anotan los principales logros de cada una de estas dependencias:

Oficina de Asuntos Jurídicos

1. En cumplimiento del rol de asesoría de la Oficina de Asuntos Jurídicos, se evidenció la estructuración de 354 documentos, consistentes en actos administrativos, conceptos, oficios, acompañamiento a 8 procesos especiales de competencia, apoyo jurídico en 445 solicitudes provenientes de las diferentes dependencias y entidades adscritas.
2. Es de destacar que se documentó el manual de la “Política de Prevención del Daño Antijurídico” y se publicó en la plataforma ISOLUCION, lo que permite al equipo de Defensa Judicial tener una herramienta que facilita la toma de decisiones y unificación de criterios al momento de ejercer la defensa de la entidad.
3. Se gestionaron 28 procesos judiciales de la vigencia 2023, igualmente se adelantaron 2 procesos administrativos, 48 conciliaciones extrajudiciales, se calificaron 507 procesos judiciales por el equipo de defensa judicial en la plataforma SIPROJ. En otros sistemas de información se registraron 2994 tutelas y se emitieron 99 conceptos técnicos jurídicos; se ingresaron 791 investigaciones administrativas provenientes de la facultad sancionatoria de la SDS y para la vigencia no se presentaron actuaciones disciplinarias en segunda instancia.
4. El proceso elaboró y socializó el Plan Estratégico de MIPG, igualmente surtió su seguimiento por parte del equipo de trabajo. En lo que respecta a la sostenibilidad del SGC, el proceso gestionó y propendió por la actualización de los documentos codificados. En la vigencia 2023 adoptó y actualizó el procedimiento de segunda instancia de acuerdo con los cambios normativos dados.

Recomendaciones por parte de la OCI:

- Es de sugerir a la Oficina de Asuntos Jurídicos, se trabaje de manera transversal con el Sistema de Gestión Documental y la Política de Cero Papel, digitalizando los expedientes administrativos y judiciales.

Oficina Asesora de Comunicaciones

1. Se realizó la verificación de las actividades relacionadas con el POGD soportadas a través del Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO), se evidenció una ejecución adicional sobre lo programado así:
 - Boletines de prensa 117/100, ruedas de prensa 30/25, campañas y/o acciones de comunicación externa 74/50, planes de medios 49/30, campañas enviadas por la SDS a otras Entidades para divulgación 17/15 (4 a EAPBS y 13 a Entidades del Distrito), sinergias 83/70, Facebook live 56/50, publicaciones en la web e intranet 2646/2646, Sinergias publicadas de las Subredes 9/10, campañas de comunicación interna 5/5, publicaciones por el correo interno SDS/Comunicaciones 1395/640, publicaciones en pantallas 774/400, boletines internos 'Sintonízate con nuestra Secretaría' 15/15, videos realizados 619/400, piezas comunicativas diseñadas 4513/2000 y adaptadas 2032/2000.
 - Se realizó la grabación y edición de 200 videos; toma de 3577 fotografías, producto en su mayoría del cubrimiento de eventos o actividades, grabación y edición de 14 cuñas para radio y redes sociales.
2. Se evidencia que, el proceso realizó actividades de apoyo en la contratación, seguimiento, supervisión, monitoreo y asistencia técnica en estrategias comunicativas por requerimiento de las Subsecretarías de Salud Pública, Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía y Servicios de Salud y Aseguramiento en los proyectos 7904 – "Implementación y fortalecimiento de la Red Distrital de Servicios de Salud", 7750 - Construcción de confianza, participación, datos abiertos para el Buen Vivir Bogotá y 7822 - Fortalecimiento del aseguramiento en salud con acceso efectivo Bogotá, se evidenció que dichas actividades fueron cumplidas al 97% por parte de la OAC; sin embargo estas actividades no se incluye dentro del seguimiento del POGD, actividades que demandan un alto porcentaje de operatividad y gestión por parte de la Oficina.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. El repositorio de información de la gestión realizada en la vigencia, muestra compilación de actividades de los diferentes meses y años caracterizados por temas; sin embargo, es necesario que se organice por periodo de gestión

- ya que no facilita el acceso y comprensión, lo que pudo conllevar al sesgo sobre la evaluación de la dependencia.
2. Se recomienda realizar la inclusión del apoyo a la supervisión y monitoreo de los proyectos 7904, 7750 y 7822 dentro del POGD, contemplando que esto demanda de un alto nivel de operatividad de la oficina.
 3. Se recomienda ajustar la fecha de la planeación, elaboración y puesta en marcha del Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO), dado que su ejecución debe ser correspondiente a toda la vigencia, no solo al segundo semestre, como se evidenció en el año 2023.
 4. Se recomienda diseñar otro tipo de indicadores de gestión, ya que los que actualmente se miden, no dan cuenta para la toma de decisiones por parte del líder del proceso, adicionalmente no existe una medición que evidencie el impacto generado desde el proceso hacia los medios de comunicación y una medición de la imagen institucional.

Oficina de Control Disciplinario Interno

1. Se pudo establecer que de manera oportuna se realizó el análisis, evaluación, gestión, trámite y respuesta de las quejas recepcionadas, por intermedio del aplicativo “Bogotá te escucha - Sistema Distrital de Quejas y Soluciones” (SDQS), el Sistema CORDIS, AGILSALUD y correo electrónico institucional, dando trámite a 341 solicitudes que hacen parte integral de cada expediente disciplinario.
2. Se continuó asumiendo el conocimiento de los asuntos de competencia de ese Despacho con la observancia de las garantías procesales, se abrieron 67 expedientes, se gestionaron 92 procesos disciplinarios, se adelantaron 39 indagaciones previas y 32 investigaciones.
3. Vistas las actividades programadas para el año 2023, se concluye que la Oficina de Asuntos Disciplinarios dio cumplimiento a las actividades programadas en materia de disciplina preventiva, ejecutando las actividades de transferencia de conocimiento en los temas de Manejo de Archivo de Gestión, Capacitación sobre Ley Disciplinaria, Orientación y Sensibilización, Lineamientos para la adecuada aplicación de tipicidad en el proceso Disciplinario.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Es de resaltar y sugerir la continuidad e impulso en la digitalización de los expedientes, lo cual facilita su accesibilidad, consulta y asegura su integridad de la información documentada - propendiendo por el Sistema de Gestión Ambiental.
2. Es importante la continuidad de la Política de Mejora Normativa - por el dinamismo de las normas y en consecuencia con la actualización del inventario documental.

6.2 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Resultante del promedio obtenido por las Direcciones de Salud Colectiva y de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva, se generó la siguiente puntuación:

Dependencia	Calificación
Direcciones de Salud Colectiva	9,81
Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva	9,82
Promedio	9,86

Comparado con el año anterior cuando obtuvo una calificación de 9,97, disminuyó 0.11. A continuación, se anotan los principales logros de cada una de estas dependencias:

Cabe aclarar que el cierre de metas de salud pública para el año 2023 se realiza entre los meses de marzo y abril del año 2024, debido a que las variables de algunas dependen de información externa como: DANE, unidades de análisis, información de medicina legal, depuración de bases de datos de la SDS y demás sistemas de información con los que cuenta la Subsecretaría de Salud Pública, por lo que se realiza una validación de la información existente con proyecciones y datos preliminares y se hacen precisiones respecto a los siguientes proyectos de inversión:

- Con respecto al proyecto 7828, de acuerdo con las proyecciones realizadas, existe la probabilidad de que no se cumplan algunas de las metas de la vigencia 2023. Tal es el caso de la meta 17 "Incrementar en un 40% la oportunidad en el inicio de tratamientos para cáncer cervical y de seno de las mujeres", el proceso manifiesta que se proyecta cumplirla para cáncer de seno; pero no para cáncer de cuello uterino, debido al aumento significativo de casos nuevos, dificultando el ajuste oportuno en el sistema de vigilancia de las variables de inicio de tratamiento por parte de las EAPB, además, las instituciones donde son diagnosticados los casos, no son los mismos donde

inician tratamiento, por lo tanto, genera un retraso en la obtención de la información y en el ajuste de datos.

- Con respecto al proyecto 7829, meta 1 "A 2024 disminuir en 20% la razón de mortalidad materna", de acuerdo con los datos analizados y la manifestación por parte del proceso, la meta proyectada para la vigencia 2023, no dará cumplimiento, debido a la disminución en la adherencia a los servicios esenciales de atención tales como: planificación, acceso a métodos anticonceptivos, consulta preconcepcional, control prenatal, interrupción voluntaria del embarazo, atención del parto institucional y atención oportuna de las emergencias obstétricas e impacto de Covid-19 sobre los servicios de salud, aumento de migrantes irregulares en estado de gestación y disminución significativa en el número de nacidos vivos.

Dirección de Salud Colectiva

1. **Meta 1 POGD:** Se verificó por muestreo las evidencias de cumplimiento de las 6 actividades relacionadas en el POGD, encontrando que:

- Se aportaron los documentos de los convenios Interadministrativos, celebrados entre el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. del D.C. para la implementación y ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y las acciones de Gestión de Salud Pública (GSP) en la vigencia 2023, incluyendo estudios previos, actas de inicio, clausulados, evidencia de cargue en SECOP de las actas de inicio, documentos de adiciones y modificaciones para garantizar la continuidad de las acciones de GSP-PSPIC. Estos corresponden a los convenios 4802142-2023 (Subred Sur), 4802117-2023 (Subred Norte), 4802228-2023 (Subred Centro Oriente) y 4802135-2023 (Subred Suroccidente), con vigencia marzo 27 a diciembre 31 de 2023.
- De igual forma se aportó evidencia de las adiciones y prórrogas realizadas a los cuatro convenios suscritos en la vigencia 2022 para el periodo comprendido entre el 1 de febrero de 2022 hasta el 26 de marzo de 2023.

Con respecto a la implementación y documentación de las acciones del PSPIC y GSP, desde las líneas operativas, en el marco del Modelo "Salud a mi Barrio Salud a mi Vereda", se evidenciaron actas de comités de seguimiento al Modelo Territorial de Salud (MTS) y de instancias de articulación con las Coordinaciones Locales, actas de reunión con las instancias del Sistema Distrital del Cuidado y actas de seguimiento a los equipos funcionales en el marco del Plan Rescate a la Salud. De otra parte, se aportaron actas de comité técnico operativo, mesas de supervisión, y evidencias de la supervisión, vigilancia y control en el marco de los convenios para el PSPIC - GSP.

- La dependencia aporta el seguimiento y monitoreo (supervisión) frente al cumplimiento del objeto y obligaciones de los convenios para el PSPIC - GSP en lo local, a través de las actas de comité técnico operativo, los documentos de declaración de recursos subejecutados, las actas de madrinazgo a las Subredes, los documentos de mensualización de productos, las actas de mesas de supervisión de convenios, las actas de reprogramación de metas del Plan Programático Presupuestal, las matrices o documentos de realimentación de informes de ejecución, informes de supervisión y memorandos enviados a la Subdirección de Contratación con su respectiva remisión, actas de inicio y cierre del seguimiento retrospectivo y actas de reunión con el equipo de apoyo a la supervisión.
- Aportan el seguimiento técnico a las acciones de GSP y PSPIC a través de actas de reunión con los entornos laboral, educativo, comunitario, hogar e institucional, así como matrices de realimentación de informes por entornos; también se evidenciaron actas de reunión con relación al seguimiento de la Dimensión de Salud Ambiental y GPAISP.
- Se aportó el seguimiento a las políticas, planes programas y acciones de interés de salud pública a través de las actas, correos electrónicos de retroalimentación de informes, matrices de seguimiento de las Políticas de Salud Ambiental, Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN, Salud Mental, Salud Sexual y Salud Reproductiva - SSR, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras de Bogotá D.C., víctimas de conflicto armado, así como de Condiciones Crónicas, Programa de Tuberculosis y Lepra, Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV, Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. También se evidenció el seguimiento a las acciones de gestión de la información en el marco de la PSPIC a través de los reportes de calidad del dato, informes de seguimiento GESI, presentaciones de seguimiento.
- Fue entregada información sobre la ejecución de acciones de asistencia técnica para la GSP y el PSPIC a través de la publicación de los lineamientos en la página web de la SDS, actas de asistencia técnica correspondientes a los entornos cuidadores (comunitario, educativo, hogar, institucional y laboral, dimensión de salud ambiental), a las políticas (salud ambiental, SAN, Salud Mental, SSR, Trabajo, Víctimas del conflicto armado), programas (Tuberculosis y Lepra, ETV, PAI), Activaciones de rutas y Canalizaciones, así como actas de asistencia técnica para la gestión de la información de las acciones colectivas en salud pública (GESI) y de procesos de Información, Educación y Comunicación (IEC), en el marco del PSPIC.
- Se aportó la gestión y coordinación de los procesos de información en salud y de fortalecimiento de capacidades generados desde la Subsecretaría de Salud Pública a través de articulaciones realizadas con la Oficina Asesora

de Comunicaciones y la Dirección TIC para la publicación y actualización de información en la página web de la SDS, la realización de piezas comunicativas para difundir a nivel distrital. También se evidenció el seguimiento y monitoreo a los cursos virtuales ofertados en el CDIS.

- Se entregó la actualización y gestión de la información producto de las acciones e intervenciones colectivas a través de los soportes de actualización del aplicativo GESI de acuerdo con los requerimientos generados desde los diferentes entornos, así como del diligenciamiento de las matrices de seguimiento a proyectos de inversión SEGPLAN con el seguimiento técnico y financiero de los proyectos de inversión 7826, 7828, 7829, 7830, 7831, 7832 y 7833. Es importante que para la actividad 6.1 se presenten como evidencia del producto, los reportes de los registros de información en el aplicativo GESI.
2. **Meta 2 POGD:** Se verificó por muestreo las evidencias de cumplimiento de las 4 actividades relacionadas en el POGD, obteniendo lo siguiente:
- Se entregó el seguimiento al ajuste, implementación, análisis y evaluación de políticas, estrategias y programas de salud pública, a través de las actas de participación y articulación intersectorial y sectorial para las políticas (Salud Ambiental, SAN, SSR, trabajo, víctimas del conflicto armado, salud mental), programas (ETV, PAI, Tuberculosis y Lepra), la Dimensión de Crónicos, y GPAISP.
 - Se mostró el seguimiento y evaluación de las políticas públicas a cargo de la Dirección de Salud Colectiva, a través de documentos de análisis e infografía de la política de salud y calidad de vida para los trabajadores, Informe de gestión de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional para la vigencia 2023, actas de seguimiento con relación al proceso de evaluación de la política de Salud Ambiental. Con respecto a la gestión de actividades a cargo de Salud Pública (Línea 106) se evidenciaron las bases de datos de los reportes de atención en la línea 106, reportándose un total de 97,450 intervenciones (15.378, 19.194, 26.363, 36.515, para el primer, segundo, tercer y cuarto trimestre respectivamente), incluyendo acciones como intervenciones, remisiones, información, referenciación, acompañamiento y seguimiento institucional.
 - Como evidencia de la definición, implementación y seguimiento de las estrategias para el fortalecimiento en la generación y gestión del conocimiento orientadas al desarrollo científico, tecnológico y de innovación en salud pública, se evidenciaron documentos relacionados con el proyecto de integración de los sistemas de vacunación de la SDS y el Ministerio de Salud y Protección Social, participación en la publicación de boletines, documento de análisis del impacto presupuestal de la vacunación contra Herpes Zoster en población de 50 años en la ciudad de Bogotá, entre otros.

- Se evidenció la respuesta a requerimientos internos y externos de competencia de la Dirección de Salud Colectiva, a través de correos electrónicos con entrega de información para la Contraloría de Bogotá, Informes PACA, actas de reunión para la formulación de planes de mejoramiento resultantes de las auditorías, documento de seguimiento a acciones reportadas en Isolución, entre otros. De igual forma se evidenció la gestión de requerimientos de información, quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias asignadas a la dependencia, de acuerdo con las bases de datos aportadas por el proceso; se reportó la gestión de 1203 SDQS (389, 314, 299, 201 para el primer, segundo, tercero y cuarto trimestre, respectivamente).

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Se recomienda a la Dirección de Salud Colectiva que en la formulación del POGD se relacionen los productos y servicios finales que se esperan obtener en el desarrollo de las actividades, teniendo en cuenta que, se reflejan entregas intermedias (actas, listados, asistencias, etc...) que finalmente no denotan un producto y/o servicio final. De igual manera es necesario generar una medición de las acciones que permitan visualizar el impacto del PSPIC.

Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva

Meta 1. “Realizar el 100% de las acciones establecidas en la vigencia, para el mantenimiento y fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, en el Distrito Capital.”

Dependencia Responsable: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

- Se evidenció la certificación del 100 % de las defunciones y nacidos vivos del distrito cumpliendo con el indicador de cobertura de acuerdo al plan de contingencia que se estableció desde el Ministerio de Salud y Protección Social – Resultados programados y emitidos por demanda del servicio.
- Se evidenció acompañamiento a las 4 subredes mediante asesoría técnica, fortaleciendo las competencias de los procesos de Estadísticas Vitales - EEVV en los temas de, presentación y calidad, oportunidad y cobertura de la información (Actas mesas técnicas de gestión y fortalecimiento – Subredes).
- Se demostró cumplimiento de 98% en las notificaciones semanales de la red de operadores del Distrito con oportunidad en la notificación

semanal del 96 % e inmediata 95 % y cumplimiento en el porcentaje de ajuste del 97 %. (indicadores SIVIGILA de 2023).

Meta 2. “Realizar el 100% de los análisis de muestras con criterios de calidad y oportunidad; en el marco del desarrollo de las actividades de monitoreo y evaluación de la Red de Laboratorios en el Distrito Capital, en apoyo a la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, vigilancia y control sanitario.”

Dependencia Responsable: Subdirección Laboratorio de Salud Pública.

- El proceso reportó la estadística de muestras analizadas para comprobar la gestión que se realiza en las marchas analíticas dentro de los tiempos establecidos para cada uno de los eventos de interés en salud pública para vigilancia en el Distrito Capital, obteniendo que las muestras fueron procesadas en 100% por parte de las áreas de Vigilancia del Ambiente y el Consumo y Vigilancia de Enfermedades, sin disminuir el índice de oportunidad que corresponde al 80% durante toda la vigencia. Para el último periodo, se reportó un cumplimiento del 100% de las muestras procesadas con un índice de oportunidad del 89,2%.
- El proceso reportó el desarrollo de las actividades establecidas para el mantenimiento y alcance de la Acreditación de ONAC, con la ejecución de la totalidad de las asesorías técnicas y mesas de trabajo programadas.
- Se verificaron los estándares de calidad y asistencia técnica realizadas a los laboratorios programados pertenecientes a las redes de Aguas, Alimentos y Medicamentos y clínicos, los cuales realizan eventos de interés en Salud Pública, asistencia técnica para EEID citologías, actualización Malaria, vigilancia a mosquitos, asistencia técnica de Lepra, verificación de Estándares de Calidad en los Laboratorios de la Red Distrital y aplicación de verificaciones en la Laboratorios de Aguas y Alimentos de consumo humano y sistema de abastecimiento de agua.

Meta 3. “Establecer las acciones relacionadas con la orientación técnica para la formulación e implementación, y desarrollar el monitoreo, análisis y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos de Salud Pública, según la normatividad vigente”.

Dependencia responsable: Subdirección de gestión y evaluación de políticas en salud pública.

En relación al cumplimiento de la meta, la dependencia adelantó actividades relacionadas con los aportes técnicos en la formulación de políticas, así como

en la implementación y seguimiento de sus planes de acción, a través de la participación en los diferentes espacios o instancias sectoriales e intersectoriales de acuerdo con los lineamientos distritales. En términos generales se ejecutaron las siguientes actividades:

- Implementación de mesas locales, coordinación intersectorial y asesoría en la reformulación de los planes operativos anuales de las políticas, presentación de avances en las acciones de gestión y posicionamiento de las políticas, articulación con actores sectoriales e intersectoriales con atención de la población a nivel local y distrital, apertura de espacios de diálogo con consultivos, líderes, comisionados y delegados de las diferentes instancias y los diferentes grupos de interés, empalme distrital y la presentación de las cifras de impacto por política, ejecución del análisis y evaluación de las políticas, elaboración de documentos técnicos, reportes, informes y respuestas a los órganos de control frente a los avances de las acciones desarrolladas por el sector salud para el cumplimiento de los objetivos de cada una de las políticas.

Meta 4, en la actividad “Definir, implementar y contribuir en el desarrollo de estrategias para el fortalecimiento en la generación, gestión del conocimiento e innovación en salud pública, en el marco de las competencias de la Subsecretaría de Salud Pública y las directrices institucionales”

- Se reportaron avances para la gestión del conocimiento institucional a través de productos generados desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, en articulación con las Subredes Integradas de Servicios de Salud y el CDEIS, evidenciando productos como:
 - Producción del Boletín Epidemiológico Distrital (BED)
 - Realización de 10 Jornadas de Epidemiología y Salud Pública del Distrito Capital.
 - Seguimiento al proyecto Covida, en el marco del convenio especial de cooperación suscrito entre la Universidad de los Andes y el Fondo Financiero Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
 - Publicación de 2 artículos científicos.
 - Realización de 15 actividades de fortalecimiento de la gestión del conocimiento, que incluye, cursos, desarrollo de proyectos, asistencia a convocatorias de cooperación interinstitucional, etc...

Con base en resultados de una encuesta dirigida a los funcionarios del proceso, se identificaron dificultades que incluyen la limitación en la producción y gestión del conocimiento por parte de los profesionales de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, relacionado con el exceso de actividades, responsabilidades en la gestión cotidiana de la dependencia y

debilidades en las competencias para la formulación, desarrollo y construcción de publicaciones.

Meta 5. “Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS”

Se reportó cumplimiento del 100% de las actividades de la meta, en donde se verificó en la página web y en la plataforma ISOLUCION:

- Durante la vigencia el proceso formuló, ejecutó y midió el POGD al 93%.
- Gestionó y monitoreó los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Cumplió con los requisitos establecidos en el Índice de Transparencia de las Entidades Públicas (ITEP), los estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública (TAIP).

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Se recomienda para las actividades de acompañamiento y asesoría en los diferentes escenarios de interacción con las subredes, establecer controles y protocolos, con el fin de fortalecer las acciones de supervisión y monitoreo a la gestión, ya que se evidenciaron actas de reunión sin verificación y seguimiento de compromisos adquiridos o lectura de sesiones anteriores.
2. Se recomienda establecer estrategias para fortalecer la gestión del conocimiento, las cuales permitan a los funcionarios de Vigilancia en Salud Pública, contar con las herramientas y tiempo para la generación de artículos científicos.
3. Se recomienda implementar estrategias y lineamientos para la concordancia de datos en los diferentes periodos de reporte.

Nota: Se recomienda a la Subsecretaria tener en cuenta el carácter excepcional de las reservas presupuestales definidas en el Estatuto Orgánico del Presupuesto, así como realizar de forma oportuna los procesos de liquidación de los contratos y/o convenios al igual que gestionar de manera oportuna los pasivos exigibles y/o saldos que fenecieron con el fin de liberarlos para evitar posibles castigos al presupuesto de las vigencias si se llegasen a reconocer; lo anterior, teniendo en cuenta el porcentaje de reservas constituidas para los proyectos de inversión a cargo.

6.3 SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

Resultante del promedio logrado por las Direcciones de Urgencias y Emergencias en Salud, de Calidad de Servicios de Salud, de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud y de Provisión de Servicios de Salud, se obtuvo el siguiente resultado:

Dependencia	Calificación
Urgencias y Emergencias en Salud	9,59
Calidad de Servicios de Salud	9,46
Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud	7,51
Provisión de Servicios de Salud	9,49
Promedio	8,81

Comparado con el año anterior cuando obtuvo una calificación de 9,90, disminuyó su puntuación en un 1.09. A continuación, se anotan los principales logros de cada una de estas dependencias:

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

Meta 1 - Alcanzar la implementación del 100% de los componentes del SEM en su segunda fase

La meta 1 se encuentra desglosada en 7 componentes, para los cuales el proceso aportó evidencias de las siguientes actividades:

1. Notificación y Acceso al Sistema

- El equipo de radiocomunicaciones de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, trabaja en 4 elementos (Mantenimientos, funcionamiento y operación, radios y capacitación) para la sostenibilidad operativa del sistema, reportando lo siguiente para cada elemento:

Mantenimientos: Preventivos (94) y correctivos (567) conservando un cubrimiento de los mantenimientos en un 95% del total de los equipos en la vigencia.

Funcionamiento y operación: se reportó el promedio de funcionamiento del sistema de grabación, servidores principales y secundarios en un 97.7% durante la vigencia.

Radios: Se reporta una reposición de 36 radios en ambulancias, bases de hospitales y vehículos de visita médica domiciliaria.

Capacitaciones: 71 personas en manejo de sistema de radio y 63 personas en sistema de comando de incidente básico.

- En cuanto al sistema de información se evidenció que el contrato interadministrativo (No. 3021063 de 2021) con la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá S.A. ESP, cuyo objeto fue “Adquirir un sistema de información que permita la articulación operativa y administrativa de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) con los diferentes actores en el marco del Sistema de Emergencias Médicas SEM”, con fecha de finalización 25 de noviembre de 2023, no se lograron culminar todas las actividades estipuladas, sin llegar a mutuo acuerdo para realizar la suspensión del contrato, ni realización de prórroga del mismo, dando lugar

al inicio de proceso de liquidación del Contrato Interadministrativo. A la fecha no se cuenta con un documento oficial que soporte la gestión frente al incumplimiento. Teniendo en cuenta los inconvenientes presentados en la ejecución del contrato que afecta parte de las actividades programadas en el POGD se considera que la ejecución para el componente 1 del SEM no alcanza el porcentaje programado.

2. Coordinación y gestión de las solicitudes – Gestión de Recepción del Incidente y Despacho de Vehículos de Emergencia

- El proceso reportó informes de resultados de adherencia al procedimiento regulación de urgencia médica correspondiente a los meses de septiembre y octubre para los perfiles de despachador, médico, enfermero, técnico auxiliar y psicólogos, incluyendo la medición del porcentaje de adherencia, recomendaciones, propuestas, planes de mejora y requerimientos de socializaciones.

3. Atención prehospitalaria y traslado de pacientes

- Se verifica reporte consolidado de enero a diciembre de 2023 con un total de 626,134 incidentes atendidos y clasificados por prioridad crítica, alta, media o baja, con un despacho de 140,046 ambulancias, de las cuales 132,917 correspondieron a despachos de ambulancias del programa APH y 7,129 a despacho de ambulancias no APH. 75.038 incidentes terminaron en traslado efectivo o valoración y 69.974 finalizaron como despachos no efectivos. Dentro de los incidentes totales ingresados 100.073 correspondieron a salud mental.
- El Fondo Financiero Distrital suscribió en la vigencia 2021 cuatro convenios interadministrativos con las subredes integradas de servicios de salud ESE, con fecha de ejecución del 1 de octubre de 2021 hasta el 30 de marzo de 2024; estos convenios se encuentran en ejecución, seguimiento y contemplan 3 indicadores que son las herramientas que determinan los parámetros de pago en la ejecución de los tiempos operativos en cada subred. En informe consolidado de enero a noviembre de 2023 la DUES reporta frente al indicador de tiempo operativo efectivo que, ninguna de las subredes ha obtenido un porcentaje del mismo, igual o superior al 90%, de acuerdo con lo estipulado en los convenios, generando los descuentos respectivos, reportándose incumplimiento por novedades en el talento humano, falta de equipos móviles y fallas mecánicas. En el indicador de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica presenta un porcentaje del 95% superando lo pactado. El tercer indicador relacionado con la concordancia de las impresiones diagnósticas de los pacientes atendidos por el talento humano de

ambulancias frente a la historia clínica del servicio de urgencias, en general se mantiene en niveles superiores de calidad >95%.

4. Atención de urgencias y hospitalaria

- Se verifica consolidado mensual de traslados realizados, evidenciando la articulación con las diferentes IPS públicas y privadas, igualmente se evidencian actas de reunión con IPS como parte del seguimiento a la atención prehospitalaria y servicio de urgencias.

5. Educación a la comunidad e implementación del programa de primer respondiente

Para el año 2023 la dependencia reporta 6421 participantes en todos los cursos y jornadas.

- Promoción y prevención (virtual presencial): 13
- Primer respondiente básico – Comunidad – Presencial: 4614
- Primer respondiente básico – Salud - Presencial: 269
- Primer respondiente virtual – Componente teórico: 467
- Primer respondiente virtual – Componente práctico: 208
- Primer respondiente de emergencias y desastres: 303
- Primer respondiente en salud mental – Comunidad: 534
- Primer respondiente en salud mental – Salud: 13

6. Investigación y Vigilancia Epidemiológica

- La DUES se articula con la Subdirección de Salud Pública a través de informes periódicos de los eventos de interés en salud pública reportados por la comunidad por medio de la línea de Emergencias 123, registrados en el Sistema de Emergencias Médicas de Bogotá (sistema de despacho premier one) y atendidos por el programa de Atención Prehospitalaria (APH) ofertado por las subredes del distrito. Se evidencia consolidado alertas mensuales de eventos de interés en salud pública.
- En el transcurso del año 2023 se elaboró el “Lineamiento de Emisión de Alertas y de Información de los Eventos de Interés en Salud Pública del Sistema De Vigilancia Nacional Registrados en el Sistema de Emergencias Médicas de Bogotá” en este documento se describe el alcance de las actividades de emisión de alertas y transferencia de información del DUES a la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

7. Formación del talento humano requerido

- Se evidencia la gestión adelantada para la formación del talento humano mediante consolidado de cursos y jornadas para el 2023, con un total de

2333 integrantes del SEM capacitados en temas relacionados con urgencias, emergencias y desastres (Sistema comando de incidente básico, jornada de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, jornada de primeros auxilios psicológicos, jornada de primeros auxilios psicológicos para situaciones de violencia contra la mujer, jornada de abordaje de violencia y primeros auxilios psicológicos, curso misión médica virtual y presencial, jornada de RCP básico y manejo de DEA, curso soporte vital básico y avanzado), resaltando un mayor porcentaje en las jornadas de Abordaje en Violencias y Primeros Auxilios Psicológicos (38%) y en el curso de misión médica virtual (35%).

Meta 2 - Realizar las acciones necesarias para el mantenimiento y sostenibilidad del sistema de gestión de la SDS

- Verificado el cumplimiento de la meta se evidencia que para el segundo trimestre para la subactividad -Implementar Acciones que Contribuyan a la Política de Mejora Normativa - no se realizó el reporte para los meses de abril y mayo, y adicionalmente, el porcentaje de ejecución no se calculó de forma proporcional a la ejecución de la actividad ($0,75/3= 0,25$). De otro lado, en el primer trimestre para la subactividad -Gestión de Recepción del Incidente y Despacho de Vehículos de Emergencia - se reporta un 2,24 % de ejecutado frente a 3.5% de lo programado; sin embargo, no se evidencia reprogramación de la actividad para los siguientes trimestres y a la vez para el reporte del cuarto trimestre no se tiene en cuenta el dato anterior, se registra como ejecutada la actividad en su totalidad, por tal razón, se recomienda a la primera línea implementar un control de verificación para garantizar un reporte oportuno y acorde a la ejecución, aún más teniendo en cuenta que ha sido un incumplimiento reiterado reportado en la evaluación del año inmediatamente anterior. Así mismo y con el fin de evitar los inconvenientes generados en la consolidación de los porcentajes ejecutados se recomienda generar controles en la primera y segunda línea que permitan garantizar el reporte veraz y ajustado de los avances por actividad.

Meta 3 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

- Se verificó en la página de la entidad en el módulo transparencia la publicación de la serie de datos abiertos de llamadas de urgencias y emergencias línea 123, observando que, para las variables – Edad – Unidad – no se registra el dato en 6178 de 13406 (46%) registros publicados correspondientes al mes de marzo y 6310 de 13420 (47%) registros de noviembre, por lo cual, se recomienda implementar estrategias para la recopilación completa de los datos, toda vez que al ser publicado se debe garantizar su completitud atendiendo el principio de calidad de la información.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Se recomienda mejorar el proceso de consolidación y acceso a la información evitando que al momento de ser requerida se remita al responsable de cada actividad, lo cual puede generar demora en su consolidación y duplicidad de esfuerzos; siendo este el insumo para el soporte de la gestión de la dependencia, la cual debe estar disponible y ser de fácil acceso de forma permanente.
2. Se recomienda la implementación de un tablero de control que permita medir los indicadores en relación con los objetivos planteados para cada componente y actividad, generando la visualización y fácil comprensión de la información siendo además útil para la toma de decisiones.
3. En cuanto a la meta transversal para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión y con el fin de evitar los inconvenientes generados en la consolidación de los porcentajes ejecutados, se recomienda generar controles en la primera y segunda línea que permitan garantizar el reporte ajustado de los avances por actividad.
4. Se recomienda implementar controles que permitan garantizar el cumplimiento de tiempos de entrega definidos por la segunda línea en lo relacionado con actualización normativa toda vez que en el año inmediatamente anterior se presentó la misma dificultad.
5. Con relación al índice de transparencia y acceso a la información pública se recomienda implementar estrategias para la recopilación completa del dato, toda vez que al ser los datos publicados se debe garantizar su completitud atendiendo el principio de calidad de la información.
6. En cuanto a la gestión adelantada por el proyecto de inversión 7835 se recomienda que, en el momento de la construcción y formulación de las actividades por meta, es importante realizar un ejercicio conjunto entre los referentes operativos y financieros para establecer la pertinencia de las actividades y de su programación, esto debido a que varias de las actividades no se programaron y en otra se reportó una ejecución mayor al porcentaje programado.
7. Es necesario anotar que los datos reportados por el proceso en el componente de comunicación y capacitación a la comunidad se unifiquen antes del reporte del POGD, ya que no coinciden el reporte aportado con los registrado en el informe del POGD del 4 trimestre de 2023.

Dirección de Calidad de Servicios de Salud (DCSS)

Meta 1 - Cumplir con la programación de visitas de verificación de condiciones del Sistema Único de Habilitación para el 2023

- Se observa que el proceso realizó 1.176 visitas en la vigencia 2023, del Sistema Único de Habilitación del total de las visitas solicitadas, gestionadas así: I trimestre: 7, II trimestre: 5, III trimestre: 513 visitas y IV trimestre: 651, cumpliendo el 100% de las visitas.
- Respecto a la autorización de títulos, la dependencia recibió un total de 11,177 solicitudes las cuales se gestionaron en su totalidad.

Meta 2 - Ejecutar las solicitudes y trámites presentados de Licencias de SST y Autorización de Títulos en los términos establecidos para el 2023

- Para las licencias de seguridad y salud en el trabajo se radicaron en el primer trimestre 3928 y se gestionaron 2624 correspondiente al 66,80%, para el tercer trimestre se radicaron 4,198 y se tramitaron 3,499 correspondiente al 83,34%; de acuerdo con lo anterior, se evidencia que, no se cumplió con la totalidad del porcentaje programado en el primero y tercer trimestre de trámite de licencias SST y no se reprogramó para los siguientes trimestres.

Meta 3 - Lograr la participación del 75% de los PSS inscritos para visita previa a las asistencias técnicas grupales programadas de visita previa

- Se observó que para el primer trimestre se programaron 29 asistencias técnicas las cuales se cumplieron en su totalidad; para el segundo trimestre se programaron 31 asistencias técnicas y asistieron 27 para un cumplimiento del 87% y para el tercer trimestre programaron 22 y asistieron 21 para el cumplimiento de 95%.

Meta 4 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

- En la formulación del POGD, se evidencia que para la subactividad "Gestionar la solicitud o requerimiento de Licencias de SST y Autorización de Títulos", el producto es denominado "Planilla de Solicitud de Licencias en SST y Autorización de Títulos", sin embargo, actualmente éste es un proceso sistematizado que se emplea para gestionar los requerimientos, por lo cual esta planilla no hace parte de las evidencias que se deben gestionar para evidenciar los tramites. Por lo anterior es necesario que el proceso actualice los productos que registran la gestión ante el POGD.
- En relación a la ejecución de los planes de mejoramiento a 31 de diciembre de 2023, se evidencia que el proceso cuenta con 30 acciones abiertas,

correspondientes a 22 “Acciones para Abordar Riesgos” y 8 “No conformidades”, de las cuales se encuentran 24 vencidas.

Meta 5 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

- De acuerdo al reporte trimestral del POGD se evidencia el cumplimiento de las actividades para esta meta, se verificaron las publicaciones de datos abiertos correspondientes a la relación de las clínicas estéticas habilitadas, de acuerdo a lo programado para la vigencia 2023.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Se recomienda al proceso replantear la fórmula del indicador para la meta 2: "Porcentaje de cumplimiento de solicitudes y tramites de Licencias en SST y autorización de títulos gestionadas en los términos establecidos en el periodo" ya que no es claro, porque por una parte mide la gestión del proceso y por otra parte eficiencia, así: Variable A: "Sumatoria total de la diferencia de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual se dio aprobación al trámite de Licencias de SST y autorización de títulos y la fecha en que el usuario lo solicita" (oportunidad) , variable B: "Número total de tramites solicitado por los usuarios de Licencias en SST y autorización de títulos realizados por la Institución".
2. En lo que corresponde a la meta No. 1: Cumplir con la programación de visitas de verificación de condiciones del Sistema Único de Habilitación para el 2023, el proceso de Calidad de Servicios de Salud no contempló las visitas solicitadas a demanda (visitas previas y reactivación), por lo tanto, se sugiere adicionar una tercera variable para este indicador.
3. Se recomienda al proceso realizar un plan que acelere la gestión de los saldos fenecidos.
4. El proceso debe realizar seguimiento a los recursos constituidos como reservas presupuestales, constituidas para la vigencia 2023, ya que no pago el 16% de la reserva constituida.
5. La Dirección de Calidad de Servicios de Salud, debe gestionar los planes de mejoramiento suscritos propendiendo por la mejora continua del proceso.

Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Meta 1 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

- Se verifica cumplimiento de la gestión mediante revisión de información consolidada por Planeación Institucional y Calidad donde se verifica gestión de la actualización de la documentación del proceso, remisión de las actualizaciones en mejora normativa, reporte del informe consolidado trimestral POGD, gestión de salidas no conformes entre otros. Debido a que no se aportó evidencia por parte de la dependencia en relación a esta meta, se califica como no alcanzado el porcentaje programado.

Meta 2 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

- Frente al monitoreo del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública 2023, no se aportó evidencia por parte de la dependencia en relación a de la gestión de toda la meta por lo tanto no alcanza el porcentaje programado, sin embargo, se evidenció la remisión de informes trimestrales y participación en la actualización del PAAC 2023.
- "Para la actividad 1 "Gestionar el 100% de las solicitudes de competencia de la Dirección Aseguramiento que ingresan a través de los diferentes canales de la entidad, ante los actores del SGSSS y su respectivo seguimiento para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población de Bogotá D.C", el proceso adelantó la gestión de respuesta a las peticiones de los ciudadanos conforme a lo establecido en la norma. Se establecieron mesas de trabajo con las EAPB con el fin de dar solución definitiva a las problemáticas en el acceso a los servicios de salud.
- La actividad 2 relacionada con "Realizar el proceso integral de auditoría de la facturación de cuentas médicas (IPS, EAPB, SUBREDES y Proveedores) por la prestación de servicios de salud brindados a la población de Bogotá D.C. a cargo de la Entidad Territorial (desde su recepción hasta el proceso de saneamiento financiero), cumpliendo como mínimo con el 70% de giro de los recursos comprometidos", el proceso soporta mediante informe financiero la ejecución de las metas del proyecto 7822 con un giro de recursos superior al 70%, dando cumplimiento a la actividad programada.
- Para la actividad 3 "Gestionar la garantía del acceso a los servicios de salud al 100% de la población a cargo de la Entidad Territorial, a través de la contratación con la red adscrita y complementaria y la gestión de las autorizaciones de los servicios demandados", revisado el informe financiero del proyecto 7822 se evidenció la gestión de la contratación para el cumplimiento de las metas 1 y 2 del proyecto.

- "Revisada la actividad 4 "Monitorear y hacer seguimiento al 100% del estado de aseguramiento en el SGSSS de la población afiliada en el Distrito Capital", se evidencia matriz denominada estadísticas de aseguramiento en la cual se consolida la información por grupos poblacionales (EPS, régimen, localidad, sexo, edad, población especial), con periodicidad mensual dando cumplimiento a la actividad; sin embargo, no se evidencia informe de depuración del régimen subsidiado por capacidad de pago (actuaciones administrativas gestionadas).
- Con respecto a la actividad 5 "Realizar acciones de IVS al 100% de las EAPB que operan en Bogotá, en el marco de la Gestión del Riesgo Individual en Salud y la Garantía del derecho a la Salud y seguimiento a la implementación del Modelo de Atención y las RIAS" el proceso informa que se encuentra como evidencia los informes correspondientes; sin embargo, con el fin de verificar el cumplimiento la dependencia no aportó los soportes requeridos por la OCI para esta evaluación.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Debido a que las evidencias no fueron aportadas de manera oportuna y completa se recomienda para requerimientos posteriores asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.
2. Es necesario revisar el planteamiento de los indicadores y su visualización en el formato de la formulación del POGD.

Dirección de Provisión de Servicios de Salud (DPSS)

Meta 1 - Monitorear y retroalimentar los indicadores priorizados en el componente de prestación de servicios de salud

- Mediante verificación del tablero de control se evidencia que se trata de una herramienta muy útil que permite medir el avance de los indicadores frente a las metas propuestas, además de ser visualmente entendible y práctico para consulta, sin embargo, el cuadro de mando actualmente no se encuentra operando para la generación de alertas lo que dificulta el monitoreo y la orientación de actividades para la toma de decisiones oportunas, es el caso de los indicadores 3.7, 5.31, 5.42, entre otros.
- Mediante verificación del tablero de control se evidencia que algunas fichas técnicas de los indicadores monitoreados no contienen toda información requerida en el formato (SDS-PSS-FT-640), como son la justificación técnica de rangos de semaforización, porcentaje consolidado para algunos indicadores según periodicidad definida. En

algunas fichas no se ha realizado análisis y seguimiento y/o registrado las acciones de mejora cuando se presenta un bajo porcentaje en el resultado del indicador.

Meta 2 - Analizar y gestionar las PQRS a cargo del proceso de Provisión de Servicios de Salud, acorde a las estrategias definidas.

- Se verificó la construcción de la matriz de seguimiento a la gestión de actividades relacionadas con las PQRS mediante las evidencias aportadas (actas de reunión e informes de gestión) sin embargo, se trata de un archivo en Excel donde no se evidencian controles que permitan asegurar la idoneidad del dato. Toda vez que dicha matriz se estableció como indicador de la meta, el porcentaje de ejecución no puede alcanzar el 100%. Dado que es una herramienta que debe ser alimentada de forma permanente se recomienda incluir el documento dentro del sistema de gestión documental de la entidad.

Meta 3 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión

- Se verificó el cumplimiento de las actividades para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS, de acuerdo a los productos entregados por la primera y segunda línea, evidenciando falencia de los datos registrados en los formatos de formulación y reporte trimestral del POGD 2023.

Meta 4 - Liderar la Medición del Desarrollo Institucional de la Secretaria Distrital de Salud

- Se verificó cumplimiento de la meta mediante información aportada por la primera línea a través de los Informes trimestrales de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Transparencia en lo relacionado con la publicación de la supervisión de los contratos en SECOP II, actualización normativa del proceso de Provisión de Servicios de Salud, así como el reporte de los indicadores entregados a SaluData para publicación y actualización de datos abiertos. Igualmente se verifica participación en la actualización del PAAC 2023.

Gestión financiera de los proyectos de inversión de la Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento

- Del proyecto 7835, se evidencia una buena ejecución presupuestal teniendo en cuenta el valor asignado de \$73.881.641.599 y el valor comprometido de \$73.867.750.403 que corresponde a una ejecución del 99,98%.

- Con respecto al valor no ejecutado persona natural corresponde a un proceso de adición y prórroga en el mes de diciembre de 2023, dado que no se suscribieron 3 adiciones programadas por valor de \$11.439.330, adicionalmente, dentro del proceso contractual se generaron saldos del Certificado de Disponibilidad Presupuestal Vs. Registros Presupuestales por valor de \$238.221. Para persona jurídica lo no ejecutado corresponde a saldos en los CDP Vs. RP por pago de una sentencia proyectándose recursos por valor de \$62.000.000 siendo el RP generado por valor de \$59.787.845 quedando un saldo de \$2.212.155 y cuatro CDP presentaron diferencia frente a los RP por valor de \$1.490.
- Es de anotar que en el año 2023 para el contrato interadministrativo (No. 3021063 de 2021) suscrito con la ETB se suspendieron los pagos correspondientes a los entregables pactados debido a que no se logró culminar todas las actividades estipuladas, se alcanzó un 50% del porcentaje de ejecución de la meta 3. En este momento está en proceso de liquidación el contrato con la ETB, los \$13.460.090.000 comprometidos para el contrato se encuentran dentro de la reserva constituida al 31/12/2023.
- Del proyecto 7904, el proyecto de inversión se encuentra vinculado a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y a la DAEPPS, por tanto, en este informe se tiene en cuenta la ejecución física y presupuestal de las actividades desarrolladas por la dependencia evaluada. Para la ejecución física de las metas se programó para los 4 años de vigencia (2021 a 2024) un valor cercano al 25% por año, se verificó el cumplimiento de la ejecución física mediante las evidencias aportadas por la primera línea.
- En cuanto al componente financiero presenta una ejecución del 91% del presupuesto asignado de \$16.690.871.835 y el ejecutado de \$15.193.920.599. Con respecto al valor no ejecutado persona natural (\$93.803.271) se informa por parte del referente del proyecto que algunos contratos se suscribieron por menor tiempo, lo cual implica menor valor comprometido en contratos de OPS. Para persona jurídica el presupuesto no ejecutado fue de \$1.403.147.965, siendo el monto más representativo los \$1.260.100.138, que se deben reintegrar al Ministerio de Salud, por el saldo de la asignación de recursos para valoraciones de discapacidad no ejecutados. Frente a estos recursos informan que las demoras en el tiempo para el trámite de incorporación al presupuesto son la causa de la baja ejecución. Este recurso fue incorporado en el mes de julio e inició ejecución en el mes de agosto de 2023, el valor total incorporado fue de \$2.267.021.474 ejecutándose a 31 de diciembre \$1.006.921.336. El valor no ejecutado debe ser retornado al Ministerio de Salud antes del 31 de enero.
- Teniendo en cuenta que los recursos asignados por el Ministerio fueron ingresados al presupuesto en el mes de julio y que la ejecución del mismo

depende de la demanda de valoraciones de discapacidad, se considera que la ejecución presupuestal fue adecuada.

- Del proyecto 7791, se observa que el proceso comprometió el 100% del presupuesto definitivo para la vigencia 2023 y giró el 76% de los recursos comprometidos, quedando una reserva presupuestal del 24%. Se evidenció un saldo de reservas presupuestales por valor de \$579.213.165 correspondiente al 16% de la reserva presupuestal constituida.
- Para el proyecto 7822, Se observa que el proceso comprometió el 97% del presupuesto definitivo para la vigencia 2023. El proceso giró el 97% de las reservas constituidas del 2022 que se debían ejecutar en el 2023. Para la vigencia 2024 se constituyeron reservas presupuestales por valor de \$9.891.910.904.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. De forma general se recomienda implementar controles que permitan asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información relacionada con la formulación del POGD y la consolidación de la información en las fichas de los indicadores, por parte de la primera y segunda línea de defensa.
2. En cuanto a monitoreo y retroalimentación de los indicadores priorizados en el componente de prestación de servicios de salud, se recomienda el ajuste en el tablero de control en relación con la generación de alertas visibles en el cuadro de mando que permitan el monitoreo constante de los indicadores y la orientación de actividades para la toma de decisiones oportunas.

6.4 SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA

Resultante del promedio de las Direcciones de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad y de Servicio a la Ciudadanía se obtuvo el siguiente resultado:

Dependencia	Calificación
Direcciones de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad	9,81
Servicio a la Ciudadanía	9,80
Promedio	9,82

Comparado con el año anterior cuando obtuvo una calificación de 9,72, incrementó su puntuación en un 0.10. A continuación, se anotan los principales logros de cada una de estas dependencias:

Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad

Se realizó revisión de las evidencias del POGD de esta dependencia en cada una de sus metas, actividades y tareas encontrando:

Meta 1 - Acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.

- Se aportaron soportes de la actualización, revisión y gestión del cargue en el aplicativo ISOLUCION de la siguiente documentación:
 - “Encuesta de Percepción GSS”, Guía *Medición De Calidad - Equipos De Atención En Casa Modelo Territorial De Salud, Manual Operativo: Equipos De Atención En Casa Modelo Territorial De Salud.*
 - Plantilla Comprensión Territorial, se revisó y ajustó en términos del Sistema de Gestión de Calidad
 - Creación de los formatos: Priorización de procesos críticos, Plan local por el cuidado de la salud, Matriz formulación PLC, Plantilla monitoreo PLC, Jornadas Salud a mi Barrio - Salud a mi Vereda, Plantilla monitoreo PLC y ficha técnica jornadas salud a mi barrio - salud a mi vereda.
- Se evidenció actualización del mapa de riegos y percepción del cliente; sin embargo, no se evidenció el seguimiento de la alineación de acciones, iniciativas y estrategias, de las salidas no conformes y de la participación en las acciones de entrenamiento.
- Se evidenció la elaboración de la encuesta de percepción del cliente.

Meta 2 - Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, se describen las siguientes actividades:

- Se evidenció la realización de sensibilizaciones territoriales y virtuales sobre prácticas de cuidado con diferentes grupos poblacionales y grupos de interés, así como las sesiones de fortalecimiento de capacidades a los representantes de la comunidad ante las Juntas Directivas de las ESE y a los referentes de las Oficinas de Participación Social de las Subredes, EAPB e IPS. En el primer trimestre los ciudadanos sensibilizados fueron 13.674; en el segundo trimestre: 14.803; y en el tercer trimestre: 18.196, para un total de 46.673.
- Se efectuaron seguimientos trimestrales a la ejecución de los planes de acción de las Oficinas de Participación Social, Unidades de Servicios de Salud, EAPB Contributivas y Subsidiadas a través de la retroalimentación de los informes de gestión trimestral.
- Se realizaron 15 asistencias técnicas a la gestión del Comité Ejecutivo de COPACOS locales.

- Se dio cumplimiento con la realización de 4 diálogos ciudadanos.

Meta 3 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

- Se evidenció la implementación de las acciones del PAAC.
- Se realizó en el primer trimestre de la vigencia 2023, el diseño, elaboración y validación del plan de transparencia de la SDS.
- En la página web de la SDS, se evidencian las publicaciones del plan de transparencia; sin embargo, el proceso no cuenta con soporte de la gestión en la publicación de los documentos del plan de transparencia según los tiempos establecidos en la normatividad vigente, así como los definidos en el plan de trabajo.

Meta 4 - Realizar acciones para fortalecer el sistema de control Interno de la entidad, en los componentes de control competencia de la Dirección de Participación.

- Se realizaron 32 reuniones de socialización del Código de Integridad de la SDS, conforme a lo establecido en la Resolución 1954 de 2018.

Frente a la ejecución financiera del proyecto 7827

- Componente financiero: durante la vigencia se observa la apropiación de \$69.397.555.474, con compromisos de \$69.003.229.864 y giros de \$52.127.310.875, quedando para ejecutar reservas en la vigencia 2024 por un monto de \$ 19.079.732.878 correspondiente a un 24.4% siendo un porcentaje alto de reservas.
- Frente a reservas constituidas al cierre de la vigencia 2022 y que se ejecutaron en la vigencia 2023, se observó un valor de \$25.387.817.155 con giros de \$19.079.735.878 evidenciando un saldo por valor de \$6.308.081.227 equivalente al 24.8%, que para la vigencia 2024, se convirtieron en saldos fenecidos o pasivos exigibles; teniendo en cuenta que se tienen hallazgos de contraloría frente a estos dos conceptos en la SDS; es importante que el proyecto gestione las actividades de pago y/o liquidación de los contratos y/o convenios.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Se recomienda continuar con la organización de las evidencias del POGD y su cumplimiento, así como establecer a detalle dentro de la planeación de las actividades y metas de los proyectos de inversión y de la gestión operativa (SEGPLAN, POGD y otros instrumentos empleados), las cantidades de

producto (bien o servicio) programados para ser entregados mes a mes y al final de cada vigencia.

2. Teniendo en cuenta que se constituyeron reservas presupuestales 2023 que se ejecutarán en la vigencia 2024, correspondientes al 24.4% en el Proyecto 7827, es importante tener en cuenta que dado el carácter excepcional que otorga la norma en a reservas presupuestales, es recomendable que los compromisos sean suscritos en la medida de lo posible para ejecutarse dentro de la vigencia presupuestal (anualidad) sin que esto afecte de manera sustancial la prestación de servicios por parte de la entidad. Lo anterior, en concordancia con lo establecido en el Manual Operativo Presupuestal del Distrito Capital y en el Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico del Presupuesto).
3. De la misma forma, es importante que el proyecto 7827 gestione de manera oportuna los saldos fenecidos y/o pasivos exigibles que pueden conllevar a hallazgos de contraloría y/o castigos presupuestales ya que como se mencionó anteriormente, los mismos ascendieron a la suma de \$6.308.081.227 correspondiente al 24.8% del total de las reservas no ejecutadas.

Dirección de Servicio a la Ciudadanía

Meta 1 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS:

- Frente al POGD se realizaron las actividades de formulación, realización de reporte y elaboración del informe trimestral; sin embargo, no reporta nombre de indicador, hoja de vida, ni seguimiento al mismo en los cuatro trimestres.
- Se evidenció actualización del mapa de riegos y de anticorrupción a través de 3 reuniones soportadas en actas.
- Frente al informe de resultados de la gestión del riesgo para el primer trimestre no se evidencia cumplimiento.
- Se evidenció la elaboración de la encuesta de Percepción del Cliente recolectado información a través de 3 medios así: presencial y telefónico 4268 encuesta, virtual 2453 encuestas y línea de servicio a la ciudadanía 9594 encuestas, para un total de 16315, hasta el tercer trimestre, el cuarto trimestre no fue reportado en la página web de la SDS, a la fecha de la evaluación.

Meta 2 - Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS:

- El proceso demostró gestión de las acciones para el cumplimiento de la Política de Servicio a la Ciudadano de acuerdo con lo definido en la Resolución 2765 de 2018, con las siguientes actividades:

- Realización del plan de acción de Servicio a la Ciudadanía al iniciar el año.
- Actualización en la página web del directorio de los puntos de atención de Servicio a la Ciudadanía de la SDS.
- Seguimiento trimestral que se realiza a los convenios red CADE – SUPERCADÉ.
- Encuesta de Percepción del Cliente en aplicativo de la página web de la SDS.
- Implementación de la estrategia territorial de la Dirección de Servicio a la Ciudadanía mediante realización de mesas técnicas.
- Socialización de los resultados de las encuestas de satisfacción de los trámites en línea a las dependencias.

Meta 3 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción:

Se evidenció la formulación del PAAC en el primer trimestre y el reporte de la matriz de monitoreo para la vigencia.

Meta 4 - Realizar acciones para fortalecer el sistema de control Interno de la entidad, en los componentes de control competencia de la Dirección de Participación

Se evidenció la realización del seguimiento preventivos a la oportunidad de respuesta a los derechos de petición dadas por las distintas dependencias de la SDS a la ciudadanía con la verificación de los mismos.

Gestión y ejecución financiera del proyecto 7750

1. Con base en la información enviada por el proceso sobre la gestión del proyecto 7750 - en el componente financiero se evidencio que durante la vigencia 2023 se contó con una apropiación definitiva de \$15.867.444.526, compromisos por valor de \$15.735.163.165 y giros de \$11.835.335.923, quedando para reserva a ser ejecutada en la vigencia 2024 un valor de \$3.899.827.242 correspondiente a un 24.7%; siendo un porcentaje alto, el proceso debe tener en cuenta que las reservas presupuestales son de carácter excepcional por lo cual es importante que gestione sus pagos antes de la terminación de cada vigencia con el fin de no incumplir con el principio de anualidad y planeación.
2. Frente a reservas se evidenció un valor de \$1.393.010.940 con giros de \$1.307.799.030 y giros por pagar en reservas de \$85.211.910 equivalente a un 6.12%, que para la vigencia 2024 se convertirán en saldos fenecidos o pasivo exigibles. Teniendo en cuenta que se tienen hallazgos de Contraloría

frente a estos dos conceptos en la SDS, es importante que el proyecto gestione estos recursos.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Se recomienda continuar con la organización de las evidencias del POGD y su cumplimiento, así como establecer a detalle dentro de la planeación de las actividades y metas de los proyectos de inversión y de la gestión operativa (SEGPLAN, POGD y otros instrumentos empleados), las cantidades de producto (bien o servicio) programados para ser entregados mes a mes y al final de cada vigencia.
2. Gestionar los pagos y/o liquidaciones de contratos y/o convenios de forma oportuna con el fin de evitar posibles castigos al presupuesto de la Entidad.
3. Es importante que el proyecto 7750 gestione de manera oportuna los saldos fenecidos y/o pasivos exigibles, evitando hallazgos de contraloría y/o castigos presupuestales ya que los mismos ascendieron a la suma de \$85.211.910 correspondiente a 6.12% del total de las reservas no ejecutadas.

6.5 SUBSECRETARÍA CORPORATIVA

Con base en los resultados obtenidos por las Direcciones de Gestión del Talento Humano, Administrativa, Financiera, TIC y Planeación Institucional y Calidad, se obtuvo el siguiente resultado:

Dependencia	Calificación
Gestión del Talento Humano	9,45
Administrativa	9,52
Financiera	9,55
TIC	9,0
Planeación Institucional y Calidad	9,50
Promedio	9,50

Comparado con el año anterior cuando obtuvo una calificación de 9,80, decreció su puntuación en un 0.30. A continuación, se anotan los principales logros de cada una de estas dependencias:

Dirección de Gestión del Talento Humano

Meta 1 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

- El proceso aportó la elaboración y ejecución de encuesta de percepción al cliente en materia del Plan de Capacitación, informe de percepción del mismo, seguimiento de 8 acciones de mejora y 4 entrenamientos programados por la DPIYC.

Meta 2 - Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.

El proceso demostró acciones encaminadas a la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la Secretaría Distrital de Salud y se soportan mediante los siguientes entregables:

- Nóminas pagadas, pagos de seguridad social, informe de comportamiento del gasto de las horas extras, conciliaciones, otorgamiento del incentivos, actividades desarrolladas para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan de Capacitaciones y evaluación de la misma, Jornadas de inducción con los soportes de asistencia y documentos de la presentación, Resoluciones de nombramientos, Plan anual de vacantes, certificaciones expedidas, manual de funciones actualizado, Pliegos de solicitudes, respuesta a los pliegos unificados, emisión de resoluciones por permiso, licencias encargo y asignación de funciones, historias laborales archivadas, acompañamiento a los gestores de integridad, informes de gestión y desempeño, actas de reunión y presentaciones.
- En lo que respecta al Plan Institucional de Bienestar, se informa que el contrato tuvo una prórroga para el año 2024, ya que no todas las actividades se lograron finalizar, dicho aspecto afecta la calificación de la meta toda vez que no se cumplió en su totalidad.
- En los programas del SG-SST: respuesta a solicitudes de información de diferentes dependencias y personas, Investigación de Enfermedad Laboral, socialización de recomendaciones médico-laborales de ARL Positiva, exámenes ocupacionales de ingreso de contratistas, revisión y programación de exámenes médicos ocupacionales.
- Ejecución del programa de Estilos de vida saludable, actividades de fortalecimiento de la actividad física, capacitaciones varias, valoración

antropométrica, ejecución de actividades concernientes a la sala amiga de la lactancia, actividades individuales de prevención del riesgo psicosocial.

- Implementación del programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, actividades de prevención del riesgo osteomuscular, actividades presenciales individuales de inspección y educación en higiene postural, distribución de elementos ergonómicos, implementación del programa de conservación visual, programa de teletrabajo, distribución de elementos de protección personal, ejecución de actividades del Plan Estratégico de Seguridad Vial, capacitaciones del plan de emergencias, entre otras.

Meta 3 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

- Se implementaron las actividades del PAAC conforme a lo establecido y se publicaron los documentos relacionados con la administración de personal en la página web de la entidad.

Gestión de los proyectos de inversión de Gestión del Talento Humano

- Respecto a la actividad 1.1 “Dignificación laboral del talento humano en la SDS”, el estudio de cargas arrojó 648 cargo para la SDS; sin embargo, vemos con preocupación que la Secretaría Distrital de Hacienda, mediante el artículo 21 del Decreto 714, acordó no dar viabilidad para la creación de nuevos cargos para la Secretaría de Salud del Distrito, bajo esta perspectiva, la actividad 1.1 no se cumplió ya que en el año 2023 no se creó un solo cargo, lo cual afecta el cumplimiento de la meta establecida.
- En cuanto a Clima y Cultura Organizacional, tema que fue desarrollado mediante el contrato No.3853233 y suscrito con la Asociación Internacional de Consultoría SAS, culminó en el mes de junio de 2023 y se cumplió con lo previsto.
- En el desarrollo del Plan Institucional de Bienestar e incentivos, tema desarrollado mediante el contrato No. 5301297 y suscrito con la Empresa Induhotel SAS, se informa que fue necesaria realizar una prórroga del contrato, a fin de dar cumplimiento en su totalidad a las actividades del plan bienestar y por consiguiente las actividades fueron reprogramadas para el año 2024.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Respecto al ejercicio de Percepción del Cliente, como buena práctica y de cara al requisito del SGC, se sugiere realizar el ejercicio con mayor frecuencia, a fin de determinar fortalezas y debilidades frente al proceso y los servicios ofrecidos.
2. La creación de nuevos cargos, resultado del estudio de cargas, deberá ser reprogramado para el año 2024 y dependerá del aval de la Secretaría Distrital de Hacienda.
3. Las actividades pendientes del plan Institucional de Bienestar e incentivos 2023, deberán ser reprogramadas para el año 2024 para su total cumplimiento.
4. Respecto al SEGPLAN, es indispensable llevar un control más eficiente para el seguimiento del proyecto y sus respectivas actividades, así como se debe contar con un repositorio de los soportes y evidencias de la información consolidada.
5. En lo que respecta a la formulación del POGD 2024, es indispensable en el campo: "PROGRAMADO AÑO (POGD)" definir con exactitud el porcentaje programados para cada meta, a fin de confrontar con el ejecutado año una vez se realice la evaluación de desempeño anual.

Dirección Administrativa

Subdirección de Bienes y Servicios

Meta 1 – Prestar los servicios administrativos de la Dirección Administrativa - Subdirección de Bienes y Servicios

En verificación de la muestra tomada por el equipo auditor a las subactividades que componen la meta se obtuvieron los siguientes resultados:

- Reintegros de bienes a Bodega: I Trimestre > 159, II Trimestre > 180, III Trimestre > 130 y IV > 233
- Reintegros de bienes Transitorios: II, III Trimestre no se reporta, I y IV >10.
- Recuperación de Bienes: I Trimestre No se reporta, II Trimestre > 1, III Trimestre > 17 y IV > 10.
- En la gestión del mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos de la entidad, se identificó la base de datos, formatos de inspección de vehículos, formatos de solicitud de mantenimiento preventivo y correctivo diligenciados.

Mantenimiento de equipos de misión crítica de la SDS: Se verificó la muestra a las siguientes subactividades:

- Equipos de Presión: Durante el I y II trimestre se desarrollaron rutinas de mantenimientos a través de los Contratos 3725447 de 2022, según informes mensuales de las firmas "Ingeniería y Bombas" y SINERGY JDF SAS el cual finaliza el 17 de Julio de 2024.
- Plantas Eléctricas: se desarrollaron rutinas de mantenimientos a través del contrato No 3913111, como soporte presentan informe técnico de actividades y formatos denominados "Orden de Servicio". Se suscribió nuevo contrato con la firma MW Mantenimientos a partir del 19 de junio de 2023 y hasta el 19 de junio de 2024.

Meta 2 - Gestionar las actividades de elementos en servicio.

Se verificó una muestra sobre la gestión de las actualizaciones de cartera, las cuales se realizaron dando cumplimiento a las funciones establecidas para el proceso de conformidad con el Decreto 507 de 2013.

Meta 3 - Gestionar las acciones para el cumplimiento de la Política Gestión Documental.

En la política documental se encuentran los documentos: PINAR, CCD y PGD, por tanto, se verifica la existencia y actualización de estos:

- Link de transparencia- Numeral 7 "Datos Abiertos" literal D, encontrando publicados así: * Programa de Gestión Documental - PGD NO se encontró publicada la versión 2023.
- CCD - (Cuadro de caracterización documental - CCD): Se accede a la carpeta compartida y se observan los de Aseguramiento, Servicio al ciudadano, Control disciplinario.
- PINAR: Se accede a la carpeta compartida y se observa el documento denominado: "Plan Institucional de Archivos- PINAR Vigencia 2022, este se encuentra publicado en el link de Transparencia y Acceso a la Información Pública >4.Planeación, presupuestos e informes > 4.3 Planes de acción > Planes estratégicos sectoriales e institucionales > Planes Estratégicos Institucionales > Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR.

Meta 4 - "Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS de la DA".

- Se verificó la gestión sobre el estudio de percepción al cliente e informe de consolidación; en cuanto a los planes de mejoramiento se observa al cierre de la vigencia que, pese a que fueron cerradas 8 ARR y 7 No conformidades, continúan 15 acciones abiertas que necesitan de su gestión para análisis del cierre oportuno.

Meta 5 - Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS: Se verifican aleatoriamente actividades tales como: "Realizar el control de la entrega de los residuos sólidos reciclables" evidenciado el cumplimiento a la gestión.

Meta 6 - “Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción (DA): En cuanto a la gestión para la publicación de los documentos del plan de transparencia, se observó gestión encaminada al cumplimiento de la meta, no obstante, el Plan de Gestión Documental- PGD de la vigencia 2023 no se encontró cargado.

Gestión y ejecución financiera de los Proyectos de Inversión de la Subdirección de Bienes y Servicios

Durante la vigencia 2023 los proyectos que contribuyeron al cumplimiento de las metas fueron el 7824 y 7790. En la ejecución de las actividades de Infraestructura Física se presentaron dificultades que impidieron al cierre de la vigencia el cumplimiento total de las actividades, las cuales se describen a continuación:

1. Obras de Modernización de la Red Hidráulica: No se logró la finalización del Contrato de obra No. CO1.PCCNTR. 3644036 de 2022, según plazo establecido de 8 meses, toda vez que fueron surtidas cuatro (4) suspensiones y prórroga en dos (2) ocasiones, siendo la fecha de finalización del 13 de marzo de 2024, por tanto, al cierre de la vigencia las obras no avanzaron y/o se concluyeron de acuerdo con la programación inicial.
2. Obras de modernización del DUES: Se presentaron dificultades para intervenir el 4 piso por su funcionamiento e interacción con otras entidades como Motorola, se observó trámite de 2 prórrogas y una ejecución al finalizar la vigencia del 90%.
3. Construcción de la Antena repetidora: Subactividad ejecutada a través del Contrato de Obra 4181621 de 2022, reportó suspensiones. (...5 y 6) hasta 20 de noviembre de 2023 fundamentadas en trámites de permisos ante la Empresa Enel y dificultades relacionadas con la energización al requerir actividades fuera del terreno objeto de intervención, por tanto, al cierre de la vigencia el proceso reporta NO CUMPLIMIENTO DE LA META de acuerdo con la programación inicial.
4. Realizar la gestión administrativa para la modernización de la red contra incendios de la SDS: Durante la vigencia no se reportó gestión, el proceso informa: "...estas obras se reprogramarán y quedarán a discreción de la nueva administración”.
5. Realizar la gestión administrativa para la modernización de la red de aguas servidas de la SDS: Durante la vigencia no se reportó gestión, el proceso

informa: ... “estas obras se reprogramarán y quedarán a discreción de la nueva administración”.

6. De otra parte, durante la evaluación se observaron debilidades en cuanto al repositorio de información toda vez que el proceso adjuntó como evidencia de la gestión los pantallazos de cargue de información derivada de los Contratos ante la Plataforma Transaccional Seco II, no obstante, se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Numeral 5.8. del lineamiento interno de Contratos y Convenios de la Entidad el cual establece:
 - “(...), El supervisor e interventor deberá enviar toda la información utilizada y elaborada durante la ejecución del contrato o convenio objeto de supervisión o interventoría como correspondencia, planos, documentos necesarios para el control físico y financiero del contrato relacionado en general toda la información que se produzca durante la ejecución del contrato”.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. No se observó ajuste de los indicadores existentes, recomendación dada en la vigencia anterior por lo que se reitera revisar los indicadores de acuerdo con las actividades que se pretendan medir con el fin de plantear acciones y/o controles efectivos para mitigar los posibles riesgos que puedan resultar durante el desarrollo de las actividades.
2. Se encontraron actividades que presentaron dificultades en su ejecución impidiendo su culminación al cierre de la vigencia y otras NO FUERON EJECUTADAS, por lo que se hace necesario al momento de la formulación del POGD, se programen actividades oportunas y eficaces con el fin de lograr los objetivos propuestos.
3. Con el fin de evitar confusiones y/o reprogramaciones en los cronogramas con los cuales se realiza seguimiento a las actividades, se recomienda en el momento de la formulación del POGD efectuar una clara descripción de las actividades programadas, las cuales deben corresponder con lo que realmente se va a ejecutar.
4. Con el fin de evitar traumatismo en la ejecución de los mantenimientos (Instalaciones Físicas y Equipos de Misión Crítica), así como incidencias presupuestales, se sugiere al proceso fortalecer la etapa de planeación en coordinación con la Subdirección de Contratación.
5. Con el fin de contar con información oportuna y efectiva se sugiere mantener actualizado el repositorio de la información - Carpeta compartida "O".
6. Se sugiere, establecer los mecanismos a que haya lugar con el fin de lograr el cierre oportuno y eficaz de las acciones que actualmente se encuentra

vencidas y abiertas establecidas en los diferentes planes de mejoramiento resultado de las diferentes auditorias.

Subdirección de Contratación

Meta 1 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.

En el marco de la meta se encontró mediante evidencias el cumplimiento de las siguientes subactividades:

- Programación de la Formulación, informe y reporte del POGD.
- Actualización de la Gestión Documental: Actividad ejecutada durante los 4 trimestres, se verifica para el cuarto trimestre la actualización de 7 formatos, una guía y un lineamiento.
- Se observó matriz DOFA mediante la cual se toma como muestra para la verificación de las evidencias las "capacitaciones para mejorar el ejercicio de la supervisión y base de datos de requerimientos de dependencias".
- Actualización al Mapa de riesgo: se observó que para la vigencia se desarrolló la actualización de la autoevaluación y la elaboración del informe de resultados de la gestión de riesgos por proceso y de corrupción.
- Actualización de la normatividad: Subactividad con reprogramación en el segundo trimestre, toda vez que hubo demoras en el envío de la Actualización del Normograma.
- Informe de revisión por la dirección: subactividad ejecutada en los trimestres del I al III.
- Análisis de percepción del cliente: Programado y ejecutado en el periodo III Trimestre.
- Mejora Continua: se observa la gestión de los Planes de Mejora. A través de informe consolidado de la DPYC, documentos creados para hacer seguimiento incluidos los planes de la Contraloría.
- Actas de reunión, presentaciones u otros y ejercicio de Adherencia.

Meta 2 - Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS

Frente a la implementación de las políticas de compras y contratación se pudo evidenciar lo siguiente de la muestra del 4 trimestre:

- Gestión de solicitud de Contrataciones: Se gestionaron 61 solicitudes.
- Novedades Contractuales: El proceso cuenta con base de datos y fueron gestionadas 717 novedades.
- Gestión de Liquidaciones y perdida de Competencia: Se observa base de datos en la cual se muestran 118 solicitudes de liquidación.

- Certificaciones Contractuales: se observa la gestión de 702 solicitudes de Certificación.

Meta 3 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

Para la vigencia 2023 se observó la ejecución de las siguientes subactividades:

- Realizar la formulación del PAAC: La Subdirección de Contratación participó en la formulación PAAC en el componente 5 “MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN” ejecutando la actividad “Realizar mensualmente la actualización de novedades en la plataforma del SIDEAP cargando el formato de novedades de la cuenta mensual remitido a la Contraloría de Bogotá, para mantener actualizado el directorio de contratistas de prestación de servicios y en el Componente 6 “INICIATIVAS ADICIONALES”, tales como:
- Realizar entrenamiento a los supervisores de contratos y convenios en la aplicación de los Lineamientos de Supervisión, publicación de la información, obligaciones y responsabilidades de los supervisores, contratos y convenios en la aplicación en el tema de manejo de la plataforma SECOP II y liquidación de contratos.
- Implementación y monitoreo e informe final del PAAC: Se observa la ejecución de las actividades (matriz de monitoreo PAAC).
- Gestionar la publicación del plan de transparencia: Documentos publicados en la página WEB como tabla de honorarios, solicitud base de datos contratación abril 2023, publicación de informes de supervisor, actualización de novedades en el SIDEAP, etc.

La Subdirección de Contratación participa en el proyecto 7824 en la contratación del personal a través de la suscripción de contratos de prestación de servicios, los cuales apoyan la gestión de las actividades según las funciones establecidas para la dependencia. En la vigencia se tuvo un presupuesto programado de \$3.847.048.800 de los cuales se ejecutó un valor de \$ 3.838.279.734 equivalente al 99.77%.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Con el fin de contar con información actualizada y disponible ante requerimientos internos como externos, se recomienda mantener las bases de datos de las solicitudes de contratación, liquidación, certificaciones contractuales y novedades así mismo establecer la línea base por cada una de las actividades.

2. Pese a las bases de datos con las que cuenta el proceso y con el fin de contribuir con el mejoramiento continuo, se recomienda contar con los resultados y/o estadísticas de la gestión (indicadores de resultados) ejemplo: liquidaciones concluidas, certificaciones emitidas etc.

Dirección Financiera

Meta 1 - Implementar durante la vigencia 2023 el plan de sostenibilidad contable que garantice la presentación de información razonable y oportuna de conformidad con los procesos y procedimientos financieros en el FFDS y SDS.

El proceso aportó:

- Cumplimiento a la Circular 031 de 2022, en función de los 4 anexos que la componen.
- Conciliaciones contables suscritas por los diferentes responsables y el consolidado de Conciliaciones realizadas entre dependencias.
- Comunicaciones enviadas a entidades externas, Conciliación contable suscritas e Informes de seguimiento trimestrales del FFDS y de la SDS.
- Ejecución del Plan de Depuraciones y su seguimiento para la vigencia 2023.

Meta 2 - Adelantar el 100% de las acciones administrativas y contables en la vigencia 2023 que permitan la depuración contable de acreencias a favor del FFDS que se encuentren en cobro coactivo, siguiendo los lineamientos normativos establecidos para el procedimiento.

El proceso mostró los siguientes productos:

- Informe contable trimestral de identificación y análisis de procesos y saldos de cartera sujetos a depuración contable ordinaria.
- Fichas Técnicas de depuración extraordinaria
- Actas del comité de cartera y actos administrativo suscritos.
- Registros contables realizados en el aplicativo
- Informe de gestión semestral y reportes emitidos por el aplicativo SIAS

Meta 3 - Adelantar durante la vigencia 2023, el 100% de las actuaciones administrativas y contables relacionadas con el reintegro de saldos a favor del FFDS por concepto de contratos y convenios liquidados y debidamente ejecutoriados de competencia del procedimiento

- Se efectuó la revisión de las actividades trazadas para la meta en el año 2023, las cuales se constatan a través del cargue del plan de trabajo con la Depuración Contable de los Saldos a Favor del FFDS e Informes.

Meta 4 - Garantizar durante la vigencia 2023, la disponibilidad de los recursos de manera eficiente y oportuna para el pago de los compromisos adquiridos por la entidad y los saldos disponibles en cuentas bancarias.

De acuerdo al cumplimiento de la meta, el proceso demostró la gestión de las siguientes actividades:

- 11 ejecuciones presupuestales de ingresos (De enero a noviembre de 2023)
- Documentos de análisis del comportamiento y su proyección por fuente (de abril a noviembre 2023)
- Emisión de Resoluciones del Capital no ejecutado
- Compilado de comprobantes de reintegro de rendimientos
- Conciliaciones realizadas en cada trimestre de 2023
- E informe de seguimiento trimestral de la depuración de los saldos registrados.

Meta 5 - Garantizar el trámite oportuno de las solicitudes de órdenes de pago durante la vigencia de 2023.

De acuerdo al cumplimiento de la meta, el proceso aportó la siguiente información:

- Reportes trimestrales de órdenes de pago
- Informe trimestral de seguimiento de los rechazos
- Memorandos de Informe de Seguimiento Programación y Ejecución PAC.

Meta 6 - Garantizar durante la vigencia 2023 la gestión presupuestal de la SDS-FFDS, dando respuesta oportuna al 100% de las solicitudes de trámites

De acuerdo al cumplimiento de la meta, el proceso mostró los siguientes productos:

- Ejecuciones presupuestales de gastos.
- Informes seguimientos a reservas.
- Informes de análisis y seguimiento a los gastos de funcionamiento y proyectos de inversión-Vigencia y SGR.
- Resoluciones, acuerdos y demás actos administrativos o documentos que soporten los trámites presupuestales realizados.
- Base de datos de CDP - CRP expedidos con fechas de radicación y expedición.

Meta 7 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

De acuerdo al cumplimiento de la meta, el proceso aportó la siguiente información:

- Reportes trimestrales e informes de POGD remitidos a la Dirección de planeación institucional y calidad.

- Normograma actualizado y remitido a la Dirección de planeación institucional y calidad.
- Mapa de riesgos, Autoevaluación e Informe de gestión del riesgo actualizado.
- Matriz de Partes Interesadas actualizada.
- Informes de Percepción del Cliente.
- Informes de gestión de Planes de mejora gestionados.
- Actas de reunión, soportes de capacitación y encuesta remitida.

Meta 8 - Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.

De acuerdo al cumplimiento de la meta, el proceso mostró la gestión de las siguientes actividades:

- Reporte e informe mensual del PAC
- Informe mensual de SGR
- Formato FUT CUIPO
- Informes de Gestión y Desempeño de MIPG
- Participación del comité de Gestión y Desempeño institucional y se cuenta con actas de reunión, presentaciones, entre otros.

Meta 9 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

De acuerdo al cumplimiento de la meta, el proceso aportó la siguiente información:

- Registro de correo electrónico solicitando la publicación de estados financieros.
- Registro de correo electrónico solicitando la publicación de las ejecuciones presupuestales tanto de ingresos, gastos y regalías del FFDS y de la SDS.

Meta 10 - Cumplir con los reportes e informes a entes externos e internos en las fechas establecidas y gestionar las tareas y actividades asignadas por la Dirección durante la vigencia 2023.

De acuerdo al cumplimiento de la meta, el proceso demostró la gestión de la siguiente actividad:

- Seguimiento a reportes internos y externos los cuales fueron reportados oportunamente por los equipos de Presupuesto, Contabilidad, tesorería y Cobro Coactivo.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Se recomienda realizar análisis de la percepción del cliente aplicado a varios servicios prestados por el proceso, ya que para la vigencia 2024, se realizó solo para un servicio.
2. A fin de determinar el cumplimiento integral del proyecto 7824 actividad 3.6, la matriz suministrada debe permitir conocer "el estado" de cada requerimiento a corte 31 de diciembre, aquellos requerimientos que no avanzan por diversas razones deben ser escalados y gestionado adecuadamente y aquellos recursos que no fueron ejecutados, deberán ser trasladados formalmente a otros proyectos.

Dirección TIC

Meta 1 - Gestionar la puesta en producción de la solución integral de la Historia Clínica Electrónica Unificada (HCEU), agendamiento centralizado de citas y gestión de fórmula médica

- Se efectuó la revisión integral de las actividades y subactividades trazadas en el año 2023, las cuales fueron cumplidas de manera satisfactoria; sin embargo, en lo que respecta al tercer trimestre, se logra determinar que la Subred Centro Oriente, no logró interoperabilidad de los documentos clínicos de Apoyo Diagnóstico (Imágenes) y Laboratorio Clínico, por otra parte, la Subred Norte no logro la interoperabilidad en el documento clínico de Apoyo Diagnóstico (Imágenes), lo cual representa un avance del 89% en lo que respecta al componente de interoperabilidad de HCEU.
- La Dirección TIC tenía la intención de replicar el exitoso ejercicio con otros prestadores de servicios de salud, desafortunadamente, el Ministerio de Salud realizo la inhabilitación de la infraestructura de Tecnologías que había sido dispuesta para llevar a cabo esta iniciativa, siendo esto un obstáculo para continuar con el proceso de replicación con otras IPS privadas de alta complejidad que hasta el momento sigue en espera, afectado el cumplimiento de la meta.

Meta 2 - Gestionar la implementación de la herramienta analítica de datos

Se reporta 100% de cumplimiento respecto la meta propuesta y acorde con los productos entregados como son:

- Hoja de ruta de implementación de la analítica para el grupo de eventos en salud Materno Infantil.
- ETL de Conexión entre las fuentes asociadas a Materno Infantil y el entorno de gobierno de datos.
- MVP de Inteligencia de Negocios asociado al grupo de eventos en Salud Materno Infantil.
- ETL de Conexión entre las fuentes asociadas a inspección, vigilancia y seguimiento y el entorno de gobierno de datos.
- MVP de Inteligencia de Negocios asociado al proceso de inspección, vigilancia y seguimiento a EAPB's y Control a establecimientos abiertos al público.

Meta 3 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión y Desempeño

- Se efectuó la revisión integral de las actividades y subactividades trazadas en el año 2023 para la meta, sin embargo, en lo que respecta al cuarto trimestre, se identifica que se presentaron dificultades en la realización de las acciones encaminadas con el reporte del normograma y el cumplimiento de actualización documental.
- Se constata que existe un cumplimiento parcial respecto a lo previsto en las actividades 3,2 y 3.3, lo cual afectó la meta propuesta.

Meta 4 - Realizar las acciones para la implementación de las políticas de Gestión y Desempeño

- Se comprueba la eficiencia de las actividades asociadas 4,1 y 4.3, no obstante, la subactividad numeral 4.1.2 - Gestión de soluciones Software, se culminaron 37 desarrollos en respuesta a las necesidades de las áreas, sin embargo, los desarrollos que no finalizaron, no fueron contemplados al momento de la evaluación; requerimientos tales como: tramites en línea para (1.1. Reconocimiento de personería jurídica de fundaciones y 1.2. Reforma de estatutos de fundaciones).
- El trámite de SIGUEME-Q, el cual se ha escalado en repetidas ocasiones a la alta dirección y aún no ha sido resuelto, ya que la fase de pruebas por la cual cursa actualmente ha tenido varios ajustes y no se logró dar continuidad, toda vez que el contrato con la fábrica de software finalizó y la solución nuevamente no fue entregada. Acorde con lo anterior, no se puede afirmar que el proceso cumplió al 100% y en consecuencia la OCI considera que la calificación no es objetiva; motivo por el cual fue reducida.
- Revisado el numeral 4.2.1. Continuidad de la operación, si bien es cierto, se cuenta con varios documentos elaborados en el año 2023, se había considerado desarrollar pruebas de escritorio o simulación y una prueba de

simulacro y recuperación con al menos un elemento o activo crítico de la infraestructura de red y servicios de la entidad; sin embargo, dentro de los documentos suministrados, no se lograron evidenciar los escenarios de prueba definidos, resultados de las pruebas realizadas y lecciones aprendidas, dicha situación expuesta, fue reiterada en el seguimiento del año 2022. Acorde con lo expuesto, no se puede afirmar que el proceso cumplió al 100% y en consecuencia la OCI consideró que la calificación no fue objetiva y fue reducida.

- Revisado el numeral 4.2.4 Análisis de vulnerabilidades, si bien es cierto, se cuenta con la Matriz-consolidacion-vulnerabilidades_v0r2_Oct2023, en la que reportan 48 activos de información analizados; dicho documento no presenta las acciones de remediación propuestas e implementadas, así como los responsables y el estado de las mismas. Es clave indicar que dicha actividad debe realizarse cuatrimestralmente según el POGD, sin embargo, se desconoce si las remediaciones se implementaron para los activos de información priorizados. Acorde a lo anterior, no se puede afirmar que el proceso cumplió al 100%.
- Revisado el numeral 4.2.2 Análisis de Impacto de Negocio - BIA, al respecto, se logra identificar material de socialización impartida y el plan de trabajo BIA específico, dichos documentos fueron elaborados para el segundo trimestre 2023, sin embargo, información de avance o estado de todo plan, no fue suministrada, por lo cual se desconoce si se logró cumplir todo el plan trazado a corte 31 de diciembre 2023. Por último, para el tercer trimestre 2023, se cuenta con 3 documentos suministrados, que corresponden a formularios de datos de valoración técnica y funcional los cuales no se encuentran diligenciados, es decir, la recolección y consolidación de datos que es el fin último utilizando los formularios, no se realizó y como aspecto a resaltar el documento denominado: BIA_AnalisisdelImpactoalNegocio_v0r1_2023 A2_BIA-.docx, es un documento que se encuentra en blanco y no se definen variables RTO y RPO; en síntesis, el BIA que es un documento que determinar y evaluar los efectos potenciales de una interrupción de las operaciones o procesos críticos del negocio como resultado de un desastre, accidente o emergencia, con la información suministrada no es suficiente. Acorde a lo anterior, no se puede afirmar que el proceso cumplió al 100%.

Meta 5 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y Lucha contra la Corrupción.

- Se efectuó la revisión integral de las actividades y subactividades trazadas en el año 2023 para la meta, sin embargo, en lo que respecta a la subactividad 5.1.2 Implementar las acciones del PAAC, se reporta cumplimiento del 100% en el componente 2 de racionalización de trámites en línea:

1. Reconocimiento de personería jurídica de fundaciones
2. Reforma de estatutos de fundaciones

Dichos trámites no fueron puestos en producción ya que, en la fase de pruebas realizada, surgieron varios ajustes, que al corte del diciembre 31 no fueron atendidos. Adicionalmente el proveedor de la fábrica de software finalizó contrato.

Cabe señalar que la fecha comprometida de entrega fue el día 30 de septiembre y no se cumplió, en tal medida no se puede afirmar que el proceso cumplió al 100% y en consecuencia la OCI considera que la calificación no es objetiva y por tanto se reduce.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Para futuros seguimientos se deberán aportar las evidencias que dan cumplimiento con cada uno de las subactividades definidas en las metas.
2. A fin de determinar el cumplimiento integral de los proyectos 7785 y 7788, las matrices suministradas deben permitir conocer "el estado" de cada requerimiento a corte 31 de diciembre, aquellos requerimientos que no avanzan por diversas razones deben ser escalados y gestionados adecuadamente y aquellos recursos que no fueron ejecutados, deberán ser trasladados formalmente a otros proyectos.
3. Cada vez que se informe de un "porcentaje de cumplimiento de la actividad o promedio ejecución proyecto" por debajo del 100% en los instrumentos POGD y SEGPLAN, es necesario informar y especificar detalladamente las razones o causas por la cuales no se cumplieron en su totalidad, para ello se deberán reportar cada una de las actividades incumplidas con los soportes necesarios.
4. Es importante señalar que el porcentaje de cumplimiento reportado por el proceso en varias de las subactividades de la meta 4 del POGD es del 100%; sin embargo, difiere con el resultado de la revisión y calificación realizada por la OCI. Por lo que se sugiere validar y complementar la información validada, suministrando datos confiables de cumplimiento.
5. Es necesario aportar todas las evidencias que dan cumplimiento durante el periodo evaluado para cada una de las subactividades definidas, ya que toda la información aportada por el proceso no fue suficiente para demostrar el cumplimiento de las metas.
6. Respecto a la actividad 2.11 para la adquisición de los switches de core para el datacenter de la Secretaría de Salud, el proceso se debe retomar para el

primer trimestre de 2024, garantizando la alta disponibilidad de la red de backbone de conectividad de la SDS.

Dirección de Planeación Institucional y Calidad

En desarrollo de la evaluación se identificó adecuada gestión por parte del proceso en la ejecución de las metas formuladas en el POGD de la vigencia 2023; sin embargo, se identificaron reprogramaciones y dificultades en las actividades que conforman las metas del POGD y se obtuvo el siguiente resultado:

Meta 1 - Subactividad: " Realizar la asistencia técnica para la formulación y monitoreo de los POGD",

- Se llevó a cabo en los diferentes trimestres de la vigencia de 2023; no obstante el grupo auditor de la OCI en la revisión a la formulación de los diferentes POGD de las dependencias de la entidad, evidenciaron deficiencias en la calidad de la información así como inconsistencias en el reporte de los datos contenidos en dicha herramienta; tal fue el caso sobre la formulación del POGD de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud en el cual se encontró inexactitud en los porcentajes, diferencia de información en las matrices, falta de diligenciamiento total en las hojas de vida de los indicadores etc., por tanto se observan debilidades en el seguimiento y control que ejerce la DPYC como segunda línea de defensa.

Meta 2 - Subactividad Monitoreo del Plan Estratégico de la Entidad.

- Se identificaron reprogramaciones y dificultades para el cargue en la plataforma dispuesta para tal fin (Isolucion) de los indicadores que permiten monitorear el Plan Estratégico de la Entidad ocasionando la culminación de la subactividad en el 4 trimestre de 2023.
- Asistencia técnica para la medición y reporte del FURAG: Subactividad programada y no ejecutada para el I trimestre, fue reprogramada y ejecutada para el III Trimestre en razón a la implementación al interior de la S.D.S. de las directrices emitidas para el reporte del formulario, como evidencias se presentan formularios, correos, actas etc...

Meta 3 - Subactividad "Publicación de los Documento del plan de transparencia 2023 a cargo de a DPIYC".

- Pese a que la normatividad vigente Resolución 1519 de 2020, Anexo 2 "Estándares de Publicación" emitida por Min Tic - Artículo 2.4.2. " Menú de Transparencia y Acceso a la Información" no establece la publicación del documento en mención, este fue publicado en la vigencia de 2022, por tanto, en aras de contribuir con el acceso a la información, se encuentra abierta la Acción para Abordar el Riesgo No 3095, según auditoría realizada por la OCI

en la vigencia anterior, se establecieron compromisos a cumplir según fechas acordadas en el Plan de Mejoramiento.

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Teniendo en cuenta las debilidades evidenciadas por el equipo auditor en la verificación de los diferentes POGD de las dependencias que conforman la Entidad (deficiencias en la calidad de la información e inexactitud de datos) , en relación con la subactividad de la meta No 01 "Realizar la asistencia técnica para la formulación y monitoreo de los POGD", se recomienda a la DPYC como segunda línea de defensa fortalecer las actividades de asistencia técnica y el monitoreo para la formulación y seguimiento de los POGD así a las hojas de vida de los indicadores, con el fin de mitigar inconsistencias las cuales podrían afectar el reporte de información a nivel interno y externo de la Entidad.
2. Fortalecer el monitoreo que como segunda línea de defensa debe ejercer en la Planeación Institucional y proveer para la vigencia 2025 la información necesaria para que la OCI pueda emitir este informe, sin llegar a la primera línea, evitando la fatiga de auditoría en los demás procesos (acatamiento de las acciones definidas y a cargo en el mapa de aseguramiento institucional).
3. Gestionar oportunamente los compromisos establecidos en el Plan de Mejoramiento de la Acción para Abordar el riesgo No 3095, según Auditoría interna realizada por la OCI en la vigencia anterior.

6.6 Subsecretaría De Planeación Y Gestión Sectorial

Con base en los resultados obtenidos por las Direcciones de Planeación Sectorial, Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud e Infraestructura y Tecnología, se obtuvo el siguiente resultado:

Dependencia	Calificación
Planeación Sectorial	9,64
Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud	9,51
Infraestructura y Tecnología	9,61
Promedio	9,70

Comparado con el año anterior cuando obtuvo una calificación de 9,69, incrementó su puntuación en un 0.01. A continuación, se anotan los principales logros de cada una de estas dependencias:

Dirección de Planeación Sectorial

De manera general y con base en las evidencias revisadas, se observa cumplimiento de las metas establecidas en el POGD para la vigencia evaluada. De igual manera, se observa que se han venido desarrollando las acciones de mejora derivadas de las auditorías de la Oficina de Control Interno.

Meta 1 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

- Se evidencia gestión en el marco del plan de mejoramiento formulado para la no conformidad 3037, con base en las evidencias y seguimiento disponible en el aplicativo Isolución. Por otra parte, si bien se han llevado a cabo actividades en el marco de la acción para abordar riesgos 2697, a corte 31/12/2023 no se le ha dado cierre y se encuentra vencida.

Meta 2 - Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño.

- Con respecto a la subactividad "Generar información oportuna y confiable que permita aportar a la toma de decisiones en pro de mejorar la calidad de vida de los habitantes de la capital", se verifica gestión y evidencia de entrega de documento ASIS 2023 en su primera versión al Ministerio de Salud, de acuerdo con el cronograma establecido.

Meta 3 - Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

- En verificación efectuada por la OCI en el marco del seguimiento al PAAC - tercer cuatrimestre de 2023, se verificaron soportes del seguimiento realizado a los compromisos que se encuentran registrados en la plataforma Colibrí a nombre de la Secretaría Distrital de Salud.
- Es de anotar que la dependencia no tiene proyectos de inversión bajo coordinación técnica, de acuerdo a roles y responsabilidades derivados de la Resolución 2995 de 2023 de la Secretaría Distrital de Salud.

Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud

De manera general y con base en las evidencias revisadas aleatoriamente, se observa cumplimiento de las metas establecidas en el POGD para la vigencia evaluada, de la siguiente manera:

Meta 1 – Continuar con la implementación del Plan de Asesoría y Asistencia Técnica a las Entidades Adscritas y Vinculadas, con el propósito de fortalecer su articulación, complementariedad y sostenibilidad (financiera y técnica) en el Marco del Nuevo Modelo de Salud 2020 - 2024.

- Se observan evidencias de gestión ante el CONFIS Distrital de adiciones presupuestales a las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud en los meses de octubre y noviembre de 2023, de acuerdo a necesidades expuestas.

Meta 2 – Realizar seguimiento e incrementar de 6 a 8 las Rutas Integrales de Atención en Salud en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud Pública Distritales, de manera progresiva y escalable, en el marco del Modelo de Salud 2020 - 2024.

- Se evidencia acta de apertura de los Convenios 003 y 005 de 2023 en el marco del fortalecimiento en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud: Alteraciones nutricionales y Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Meta 3 - Realizar el seguimiento a la implementación de un (1) Modelo de Salud basado en APS, ajustado con enfoque poblacional, diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo que incluya la ruralidad y aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la ciudad involucrando las EAPB autorizadas para operar en Bogotá D.C. y las IPS priorizadas.

- Entre las evidencias se observa cargue en plataforma SECOP del primer informe trimestral de supervisión (periodo del 24 de agosto al 23 de noviembre) en la ejecución del Convenio No. 4969479 del 2023 suscrito con la Subred Sur ESE. El mismo cuenta con fecha de suscripción el 29 de noviembre de 2023 y fecha de publicación del 21 de diciembre de 2023, por lo que no se cumple con el término establecido en el artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto No. 1082 – 2015.

Meta 4 - Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.

- Se verifica en aplicativo Isolución el cierre de las no conformidades 2787 y 2788, así como de las acciones para abordar riesgos No. 2789, 2790 y 2791 durante los meses de octubre y noviembre de 2023.

Meta 5 – Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

- Se verifica monitoreo de la OCI al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, cuarto trimestre de 2023, frente a las actividades de elaboración de lineamientos y consolidación de informe de gestión anual 2023 de la SDS, actividades en las que participa la DAEPDSS.

Dirección de Infraestructura y Tecnología

De manera general y con base en las evidencias revisadas, se observa cumplimiento de las metas establecidas en el POGD para la vigencia evaluada:

Meta 1 – Evaluar el 100% de los requerimientos de infraestructura y dotación hospitalaria

- Se evidencian, entre otros, concepto técnico de viabilidad para la ejecución del proyecto "Construcción y mejora de la capacidad instalada en la UMHEs calle 80, para fortalecer los servicios de salud de manera integral implementando la Central de Emergencias y Urgencias al gran parque hospitalario de Engativá". De igual manera se verifica respuesta de la Dirección de Planeación Sectorial con registro de actualización al proyecto "Adecuación, reforzamiento y reordenamiento de la USS La Victoria (UHME Salud Mental)". Así mismo, actualización de inscripción en el Banco de Proyectos de las Subredes, para el proyecto: "Adecuación y adquisición de dotación para los servicios de imágenes diagnósticas, hemodinamia, neuro intervencionismo y radiología intervencionista para la Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar"

Meta 2 – Realizar las acciones encaminadas al cumplimiento de lo establecido en el Decreto 555 de 2021 para formular los equipamientos sociales y los estándares del sector salud.

- Se verifica entre otros documentos, acta de mesa de trabajo interinstitucional realizada el 02/11/2023 con el objetivo de: "Realizar sesión virtual de la Mesa de Infraestructura del Cuidado creada por la Unidad de Técnica de Apoyo de la Comisión Intersectorial del Sistema Distrital de Cuidado para socializar (principalmente), los hallazgos de la Contraloría y de reportes internos de la Secretaría de la Mujer sobre el estado físico de las infraestructuras que pueden afectar su operatividad".

Meta 3 – Adelantar las acciones tendientes para mejorar el desarrollo de los proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria priorizados para la vigencia 2023

- Respecto a la evidencia reportada para la subactividad 17 *Actualizar el Tablero de control de Proyectos*, se verifica enlace a herramienta en PowerBI con reporte de datos de ejecución de los proyectos de infraestructura. En la sección 7. *Estado proyectos*, se cuenta con información actualizada a 31 de agosto de 2023.

Meta 4 – Implementar el repositorio de información digital de la Dirección de Infraestructura y Tecnología que integre la información asociada a la gestión en el componente de proyectos en ejecución.

- Se comparte acceso a repositorio de información digital de la Dirección de Infraestructura, en el cual se pudo evidenciar la actualización de información de ejecución de los proyectos.

Meta 5 – Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

- Se evidencia en Isolución, la gestión de acciones de mejora derivadas de las auditorías de la Oficina de Control Interno. De igual manera, para la acción para abordar riesgos No. 2627, se observan actividades reprogramadas y vencidas en cuanto a la fecha de compromiso para su cumplimiento.

Meta 6 – Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

- Se verificó aplicación de controles frente al riesgo "Posibilidad de afectación económica y reputacional, por favorecimiento a terceros, debido a la discrecionalidad en la aprobación de viabilidad de proyectos de inversión en las Subredes Integradas de Servicios de Salud", en el marco del seguimiento a riesgos de corrupción, tercer cuatrimestre de 2023, realizado por la Oficina de Control Interno.

Con relación a la ejecución física de los proyectos de infraestructura, se observa en herramienta Power BI consolidación de información con corte a 31 de agosto del estado de cada una de las etapas de los proyectos (Estudios y diseños, obra, dotación, entre otros). En enlace disponible en reporte POGD IV trimestre no se aprecia consolidación de dicha información con corte a 31 de diciembre. De manera general y con base en la revisión efectuada, se observan evidencias del cumplimiento de las actividades programadas.

Por otra parte, se aprecia un valor no ejecutado del presupuesto del proyecto 7790 por valor de \$ 57.305.026.167, equivalentes a un 24% de la apropiación presupuestal al cierre de la vigencia. Según lo informado por la Dirección de Infraestructura y Tecnología, los valores no ejecutados del presupuesto para los requerimientos relacionados a continuación, se explican por:

- "Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos que permitan efectuar las acciones necesarias para la continuación del proyecto "Construcción y Dotación Bravo Páez": Requerimiento por \$25.000.000.000 a ejecutarse bajo convenio, el cual no fue aprobado en comité de contratación.

- Requerimiento 070-043000_7790: \$30.856.262.000 que corresponden a apalancamiento para financiar vigencia 2024. "Contratar bajo la modalidad de Asociación Público Privada para el diseño, financiación, construcción, dotación, operación, reposición, mantenimiento y reversión de los equipos y de la infraestructura hospitalaria del Hospital de Bosa". A lo anterior es de agregar el alto porcentaje de recursos del proyecto que se constituyen como reservas presupuestales para la vigencia 2024 (59,11% de la ejecución presupuestal).

Gestión de los proyectos de Inversión

1. 7790 - Fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud Bogotá:

Meta 1: Reprogramada su magnitud física (de 19% en febrero a 23,74% en diciembre) durante el transcurso de la vigencia 2023. Si bien se aprecia una disminución del 29% en el presupuesto apropiado para la meta, al cierre de la vigencia se tuvo una ejecución presupuestal del 69,33%, por las razones expuestas anteriormente y que hacen referencia al apalancamiento de vigencias futuras para la operación del Hospital de Bosa.

Meta 2: Reprogramada su magnitud física (de 7,7% en febrero a 13,08% en diciembre) durante el transcurso de la vigencia. Si bien se aprecia un aumento del 110% en el presupuesto de la meta, al cierre de la vigencia se tuvo una ejecución presupuestal del 18,19% por las razones expuestas anteriormente con referencia al proyecto "Construcción y Dotación Bravo Páez".

Meta 3: Tuvo una programación física de 0,1% para la vigencia y se aprecia una disminución del 22% en el presupuesto de la meta, al cierre de la vigencia se tuvo una ejecución presupuestal del 100%.

Meta 4: Reprogramada su magnitud física (de 19% en febrero a 19,94% en diciembre) durante el transcurso de la vigencia y se aprecia una disminución del 33% en el presupuesto de la meta. Al cierre de la vigencia se tuvo una ejecución presupuestal del 99,32%.

2. 7834 - Formulación programa para la producción y uso del conocimiento en salud y bienestar Bogotá

Si bien la ejecución de este proyecto no se encuentra bajo la responsabilidad directa de las 3 dependencias evaluadas, se incluyó como parte de la presente evaluación, dado que su gestión hace parte de las responsabilidades atribuidas a la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial. Con relación a la ejecución del proyecto 7834, de manera aleatoria y de acuerdo a la información entregada, se

verificaron evidencias del desarrollo de determinadas actividades establecidas, encontrando coherencia entre lo planteado como actividad y como producto.

Meta 1: Si bien no tiene magnitud física programada en la vigencia, dado que se reporta cumplimiento de la meta en una vigencia anterior, se registra en matriz de seguimiento una ejecución (indicador) del 25% y una programación y ejecución presupuestal desde el inicio de la vigencia.

Meta 2: Contó con una programación y ejecución de la magnitud física de la meta, no cuenta con apropiación presupuestal. Entre las evidencias se observa documento denominado Propuesta lineamientos Propiedad Intelectual versión preliminar, así como Plan De Trabajo: Diseño, Formulación e Implementación del Lineamiento de Propiedad Intelectual de la Secretaría Distrital De Salud. De lo anterior y de acuerdo a lo programado en el Plan de Trabajo, no se cumple con la fecha establecida para la entrega definitiva del documento (11 de octubre de 2023).

Meta 3: Si bien el porcentaje de avance físico respecto a lo programado para la vigencia es del 117%, para efectos del puntaje de la evaluación se toma el valor de 100%

3. 7904 - Implementación y fortalecimiento de la Red Distrital de Servicios de Salud

Con relación a la ejecución del proyecto 7904, de manera aleatoria y de acuerdo a lo informado frente al alcance de la DAEPSS dentro de la implementación del mismo, se verificaron evidencias del desarrollo de determinadas actividades establecidas, encontrando coherencia entre lo planteado como actividad y como producto.

- Al revisar evidencias del cumplimiento de la actividad 1.10 del proyecto, se verifica publicación de primer informe de supervisión (periodo del 24 de mayo al 23 de agosto de 2023) en SECOP II, del Convenio No. 4969479 del 2023 suscrito entre el FFDS y la Subred Sur ESE, cuyo objeto es Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para el mantenimiento del Sistema Único de Habilitación y avanzar en el proceso de postulación de acreditación según lineamientos del MSPS en las SISS en el marco del Modelo de Salud en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE”. Así mismo se verifica radicación de certificación del supervisor y documentos asociados al segundo desembolso del Convenio.

Adicionalmente, se encontró que con relación al informe de supervisión del Convenio No. 4969479 del 2023 suscrito con la Subred Sur ESE, no se observó lo establecido en la normatividad vigente frente al plazo establecido para su publicación en SECOP II, máxime cuando fruto de la auditoría de gestión realizada por la Oficina de Control Interno en 2022 a la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, la dependencia estableció una acción de mejora relacionada con el

cumplimiento de los términos establecidos para la publicación de dichos informes.

- Al revisar evidencias del cumplimiento de la actividad 3.2 del proyecto, se observa seguimiento continuo al cumplimiento de lo establecido en el Decreto Distrital 332 de 2020, en la ejecución de diferentes Convenios suscritos con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, entre ellos el Convenio 005 de 2023 (Ruta Promoción y Mantenimiento de la Salud).
- Al revisar evidencia del cumplimiento de la actividad 5.1 del proyecto, el proceso aporta presentación con información del seguimiento a la ejecución de plan de trabajo de las 15 actividades definidas por Supersalud, con corte al 31 de agosto de 2023, en el cual se observa cumplimiento de 10 actividades, 4 actividades con cumplimiento parcial y 1 actividad con calificación de "No cumple".

Recomendaciones por parte de la OCI:

1. Fortalecer las herramientas de planeación que permitan reducir el nivel de incertidumbre frente a la programación de las actividades a desarrollarse en la vigencia y así mismo frente a la programación física de la magnitud del indicador a alcanzar para cada una de las metas y/o actividades de los proyectos de inversión, de manera tal que repercuta en un menor nivel de modificaciones tanto a la programación física como presupuestal y reducir el riesgo de baja ejecución presupuestal, alto porcentaje de constitución de reservas y retrasos en la ejecución física de las metas.
2. Verificar que la información cualitativa reportada en seguimiento mensual a proyectos de inversión sea concisa, completa y clara en cuanto a contenidos de alta relevancia no solo del ámbito de la ejecución física (actividades desarrolladas), sino también en cuanto a la ejecución presupuestal.
3. Garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos para la implementación de las acciones de mejoramiento derivadas de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, o en su defecto solicitar su reprogramación con la debida antelación y observando las contingencias que pueden afectar el desarrollo de las mismas y el cumplimiento de los plazos.
4. Garantizar la actualización y acceso a la totalidad de la información disponible en las herramientas de seguimiento a la planeación, al igual que la claridad frente al cálculo del indicador utilizado para medir el nivel de cumplimiento de las metas.

5. RECOMENDACIONES GENERALES

1. Se evidenció que, al cierre de la vigencia 2023, se constituyeron reservas presupuestales, que cuyo monto refleja un aumento con relación a la vigencia anterior, por lo tanto, es importante que los gerentes de los proyectos realicen seguimiento a la planeación de la vigencia y gestione planes de choque para el cumplimiento de la ejecución presupuestal.
2. Se sugiere a la línea estratégica que, realice una revisión exhaustiva de los proyectos de inversión, para abordar la deficiencia en la ejecución presupuestal y garantizar el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo.
3. Se recomienda la implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento más robusto que permita detallar el avance de cada proyecto de inversión claro, oportuno y que refleje la eficacia de cada una de sus acciones. Esto incluye la creación de indicadores de impacto para evaluar el progreso.
4. Es esencial abrir y brindar más medios de comunicación entre los ejecutores y supervisores (SDS - SUBREDES), encargados de la ejecución de los proyectos para mejorar su capacidad de gestión financiera y administrativa. Esto ayudará a garantizar una utilización eficiente de los recursos y evitar posibles errores que puedan retrasar la ejecución de los proyectos de inversión.
5. Se sugiere generar mecanismos de control permanente para asegurar que los responsables de la ejecución de los proyectos demuestren los avances que corresponden para cada periodo. Esto puede incluir la solicitud de auditorías por parte de la línea estratégica de manera extemporánea a cualquier proyecto de inversión en donde se identifiquen desviaciones que puedan alterar el resultado esperado.
6. El Plan Operativo de Gestión y Desempeño – POGD, sigue presentando deficiencias de medición, reporte y gestión por parte de la segunda línea de defensa, contemplando que las metas planteadas, sus indicadores y metodología de seguimiento, no son completamente efectivos y oportunos, ya que, surtido el proceso de evaluación, se evidenciaron falta de oportunidad en el reporte de información, deficiencia en el cumplimiento y entrega de productos e inoportunidad en el monitoreo y supervisión de actividades.
7. Con el fin de medir la eficiencia en cada una de las actividades de los procesos es importante implementar indicadores que permitan medir la oportunidad, eficacia y eficiencia de las metas implementadas.

Recuento de gestión por dependencias:

Dependencia	Calificación
Despacho del Señor Secretario de Salud	9.91
Subsecretaría de Salud Pública	9.86
Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento	8.81
Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	9.82
Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial	9.70
Subsecretaría Corporativa	9.5
Promedio	9.6

En comparación de la vigencia 2022 el promedio de la Entidad disminuyó 0.2, esto debido a las inconsistencias en el cumplimiento de la ejecución de los proyectos de inversión y en algunos casos en la gestión institucional.

Frente a cada dependencia se realizaron recomendaciones específicas, las cuales deben ser analizadas por cada una de ellas y realizar un concepto técnico para generar mejora sobre su gestión, aplicando el principio de autocontrol.

ANEXO 1			EJECUCIÓN PODG ACUMULAD A	EJECUCIÓN PROYECTO S DE INVERSIÓN	PROMEDIO CONSOLIDAD O DEPENDENCIA
MATRIZ INFORME CUANTITATIVO CONSOLIDADO EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS - VIGENCIA 2023					
ÍTE M	OR D	DEPENDENCIA			
1	1	DESPACHO	9,87	9,95	9,91
2	1.1	OFICINA ASESORA JURÍDICA	9,95	9,90	9,93
3	1.2	OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	9,57	10,00	9,79
4	1.3	OFICINA DE CONTROL INTERNO	9,97	10,00	9,99
5	1.4	OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	10,00	9,90	9,95
6	2	SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA	9,95	9,67	9,86
7	2.1	DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA	9,94	9,67	9,81
8	2.2	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD COLECTIVA	9,96	9,67	9,82
9	3	SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO	8,68	9,34	8,81
10	3.1	DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD	9,83	9,34	9,59

11	3.2	DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	9,57	9,34	9,46
12	3.3	DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD	5,67	9,34	7,51
13	3.4	DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	9,63	9,34	9,49
14	4	SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA	9,86	9,75	9,82
15	4.1	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD	9,87	9,75	9,81
16	4.2	DIRECCIÓN SERVICIO A LA CIUDADANÍA	9,85	9,75	9,80
17	5	SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	9,80	9,37	9,70
18	5.1	DIRECCIÓN PLANEACIÓN SECTORIAL	9,91	9,37	9,64
19	5.2	DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD	9,65	9,37	9,51
20	5.3	DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA	9,85	9,37	9,61
21	6	SUBSECRETARÍA CORPORATIVA	9,61	9,20	9,5
22	6.1	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	9,70	9,20	9,45
23	6.2	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	9,84	9,20	9,52
24	6.3	DIRECCIÓN FINANCIERA	9,90	9,20	9,55
25	6.4	DIRECCIÓN TIC	8,80	9,20	9,00
26	6.5	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD	9,80	9,20	9,50
		Promedio General de la Entidad	9,6	9,55	9,6
OBSERVACIONES: Lo valores aquí registrados son extraídos de cada Evaluación de Gestión por Dependencias, realizada por los auditores de la OCI de la SDS.					

OLGA LUCÍA VARGAS COBOS

Proyectó y Elaboró: G.Bueno

Revisó y aprobó: OVargas