

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		Versión 05
			Fecha: 28/03/2023

Tipo de Auditoría

Auditoría de Gestión	X	Auditoría Cumplimiento		Auditoría Específica		Otra:
-----------------------------	----------	-------------------------------	--	-----------------------------	--	--------------

UNIDAD AUDITADA (INFORME, PROCESO, TEMA ESPECÍFICO):	Auditoría Interna Específica de Gestión - Secretaría de Salud.
SECRETARÍAS:	Secretaría de Salud.
OBJETIVO:	Evaluar el cumplimiento de los procedimientos y/o controles asociados a los subprocesos de Aseguramiento en Salud, Inspección, Vigilancia y Control, Desarrollo y Gestión de la Red de Prestación de Servicios, Salud Pública y de la Dirección Administrativa, con el fin de validar la normatividad vigente y la misionalidad de la Secretaría de Salud.
ALCANCE:	Segundo semestre del 2023 y primer semestre 2024.
PERIODO DE LA AUDITORÍA:	Julio de 2023 a junio de 2024.
FECHA DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA:	10 de julio de 2024 al 16 de agosto de 2024.
FECHA DE APROBACIÓN:	23 de agosto de 2024.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Tabla de Contenido

1.	CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	3
1.1.	Evaluación de la gestión	3
1.2.	Evaluación de cumplimiento	4
2.	METODOLOGÍA	5
3.	ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	7
3.1.	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	7
3.1.1.	Dirección de Aseguramiento en Salud	7
3.1.1.1.	Asistencias técnicas.....	7
3.1.1.2.	Gestión de cuentas médicas.....	9
3.1.1.3.	Auditoría de cuentas médicas.....	14
3.1.2.	Dirección de Desarrollo de Servicios.....	17
3.1.2.1.	Viabilización de proyectos de inversión dotación de equipos biomédicos.....	17
3.1.2.2.	Acompañamiento y seguimiento a los proyectos de dotación	23
3.1.3.	Dirección de Salud Pública.....	24
3.1.3.1.	SIVIGILA	24
3.1.3.2.	Comités de vigilancia en salud pública	27
3.1.3.3.	Vigilancia sanitaria	31
3.1.3.4.	Integración Funcional a la Red de Laboratorios	34
3.1.4.	Dirección de Inspección, Vigilancia y Control.....	36
3.1.4.1.	Condiciones mínimas de habilitación a prestadores de servicio de salud.	36
3.1.4.2.	Actuaciones derivadas del procedimiento de investigación de fallas en la prestación de servicios de salud (PQRS) 42	
3.1.4.3.	Reparto de actuaciones administrativas	47
3.1.5.	Dirección Administrativa y Financiera.....	50
3.1.5.1.	Gestión contractual.....	50
3.1.5.2.	Gestión documental	54
3.1.5.3.	Gestión jurídica.....	57
3.1.5.4.	Participación y atención al ciudadano.....	60
3.2.	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS	61
3.3.	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	70
4.	LIMITACIONES PARA EL TRABAJO DE AUDITORÍA INTERNA	71
5.	RESULTADOS DE AUDITORÍA	72
5.1.	FORTALEZAS.....	72
5.2.	OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	72
5.2.1.	Dirección de Aseguramiento en Salud	73
5.2.2.	Dirección de Desarrollo de Servicios.....	73
5.2.3.	Dirección Administrativa y Financiera.....	74
5.3.	INCUMPLIMIENTOS.....	75
5.3.1.	Dirección de Aseguramiento.....	75
5.3.2.	Dirección de Salud Pública.....	75
5.3.3.	Dirección Administrativa y Financiera.....	76
6.	CONCLUSIONES	77
7.	RECOMENDACIONES.....	78

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

1. CRITERIOS DE AUDITORÍA

Los criterios utilizados en esta auditoría se fundamentan en la normatividad vigente que regula la gestión de los procesos según la estructura orgánica de la Secretaría de Salud.

1.1. Evaluación de la gestión

- M-PDS-AS-PR-004: Procedimiento para la gestión de cuentas médicas y registros individuales de prestación de servicios (RIPS).
- M-PDD-PR-008: Procedimiento de asistencia técnica.
- M-PDS-AS-PR-021: Procedimiento para la auditoría del aseguramiento en salud.
- M-PDS-DRS-CA-002 – Versión 3 - 15/NOV/2023: Procedimiento del subproceso de desarrollo y gestión de la red de prestación de servicios.
- M-PDS-DRS-PR-031: Procedimiento para la gestión de proyectos de inversión y dotación hospitalaria de la red pública de prestadores del departamento de Cundinamarca.
- M-PDS-GSP-VSP-GUI – 002: Guía de seguimiento y control de notificaciones de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) al SIVIGILA.
- M-PDS-GSP-VSP-GUI – 006: Guía de comités de vigilancia en salud pública (COVE).
- M-PDS-GSP-VPS-GUI – 009: Guía general del sistema de registro civil y estadísticas vitales de Cundinamarca.
- M-PDS-GSP-VPS-GUI-004: Guía comité departamental de vigilancia en salud pública comunitaria (COVECOM).
- M-PDS-GSP-VPS-GUI-011: Guía de inspección, vigilancia y control a empresas que prestan el servicio de lavado y desinfección.
- M-PDS-GSP-LSP-MA-091: Manual del sistema integral de gestión y control del Laboratorio de salud pública de Cundinamarca.
- IM-PDS-GSP-LSP-IN-036: Instructivo para la toma, recepción y análisis de muestras para análisis de vibrio cholerae.
- M-PDS-GSP-LSP-MA -136: Manual de métodos enzimoimmunoensayos, que describe y establece la metodología para el análisis de muestras en la unidad de eventos de interés en salud pública del Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca (LSPC).
- M-PDS-IVC-PR-002 - Versión 4 - 25/Jul/2019: Procedimiento.
- M-PDS-IVC-PR-009: Procedimiento trámites jurídicos.
- M-PDS-IVC-PR-018 - Versión 1 - 28/Dic/2018: Procedimiento de investigación administrativa por presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

- Manual de contratación de la Gobernación de Cundinamarca: Decreto departamental No. 472 del 28 de diciembre de 2018.
- M-PDS-DRS-FR-048: Lista de chequeo, documentos proyectos de dotación en Salud.

1.2. Evaluación de cumplimiento

- Ley 1712 de 2014: Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
- Ley 1755 de 2015: Artículo 14 (términos) y Artículo 21 (competencia), modificada por el Decreto 491 del 2020 (ampliación de términos por emergencia sanitaria), derogado por la Ley 2207 del 2022 a partir del 17 de mayo 2022.
- Artículo 2.8.2.5.11 del Decreto 1080 de 2015.
- Decreto 0780 del 2016: Decreto único reglamentario del sector salud y protección social.
- Decreto Ord enanzal 510 de 2022: Artículo 187, numerales 5 y 6, que definen las funciones de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de Salud.
- Resolución 2063 de 2017: Política de participación social en salud.
- Resolución 2115 de 2007: Lineamientos de calidad del agua potable en Colombia.
- Decreto 510 del 2022: “Por el cual se establece la estructura de la administración pública departamental, se define la organización interna y las funciones de las dependencias del sector central de la administración pública de Cundinamarca y, se dictan otras disposiciones”.
- Artículo 14 del Acuerdo No. 004 de 2013: “Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental”. Incluye el Acuerdo No. 001 del 29 de febrero del 2024 en sección 4 - Actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD), - Artículos 5.1.4.1. y 5.1.4.2, “Por el cual se establece el Acuerdo Único.
- Decreto 510 del 2022: Artículo 192, funciones de la Dirección de Servicios de Salud, numeral 16: Formular y viabilizar proyectos de inversión relacionados con infraestructura y dotación de la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento de Cundinamarca, así como acompañar técnicamente a los municipios en su formulación y efectuar su seguimiento.
- Circular Externa Única de Colombia Compra Eficiente.
- Resolución 3100 del 2019: Artículo 8, Condiciones de habilitación - numeral 9.3: Habilitación de servicios de salud.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

2. METODOLOGÍA

La misión de la Secretaría de Salud de Cundinamarca es dirigir, coordinar, controlar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento. A través de acciones transectoriales que buscan mejorar la calidad de vida, mantener y/o recuperar las condiciones de salud de la población cundinamarquesa, atendiendo las disposiciones nacionales en la materia.

En concordancia con el Decreto Ordenanzal 510 de 2022, emitido el 26 de diciembre de 2022¹, “Por el cual se establece la estructura de la administración pública Departamental, se define la organización interna y las funciones de las dependencias del sector central de la administración pública de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones”, se establece para la auditoría la organización por direcciones, asignando a cada una sus respectivas funciones tal como lo dispone este decreto. Las direcciones se distribuyen de la siguiente manera:

- (A) Dirección de Aseguramiento
- (B) Dirección de Salud Pública
 - Subdirección de Vigilancia de Salud Pública
 - Subdirección Gestión y Promoción de Acciones en Salud Pública
 - Subdirección de Laboratorios de Salud Pública
- (C) Dirección de Desarrollo de Servicios
- (D) Dirección de Inspección, Vigilancia y Control
- (E) Dirección Administrativa y Financiera

De acuerdo con el Plan Anual de Auditoría 2024 y el Estatuto de Auditoría, la Oficina de Control Interno, en su rol de Evaluación y Seguimiento, llevó a cabo auditoría interna específica de gestión a la Secretaría de Salud, abarcando sus distintas Direcciones y los Subprocesos asociados a cada una. A continuación, se detallan los temas establecidos para las pruebas de auditoría según el programa definido:

Tabla 1: Relación de temas por dirección

DIRECCIÓN	PRUEBAS DE AUDITORÍA
Dirección Aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencias técnicas.

¹ Decreto Ordenanzal 510 del 2022_Funciones de la Secretaría de Salud.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS. Gestión de cuentas médicas y registros individuales de prestación de servicios. ▪ Proceso de recepción y auditoría de las cuentas médicas provenientes de la atención en salud de los usuarios a cargo del Departamento.
Dirección Desarrollo de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyectos de dotación de equipos biomédicos de la red pública y soportes de seguimiento a proyectos de dotación de equipos biomédicos.
Dirección de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento y control de notificación de las unidades notificadoras municipales al SIVIGILA. ▪ Comités de vigilancia en salud pública - Comité de vigilancia epidemiológica (COVE). ▪ Comité de estadísticas vitales según guía general del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales de Cundinamarca (NV-D). ▪ Vigilancia sanitaria de los factores de riesgo ambiental mediante visita a los objetos y sujetos de vigilancia y control en salud pública en municipios del departamento (IVC - Tanques de agua potable). ▪ Desarrollo de los procesos encaminados a la integración funcional a la red de laboratorios y el cumplimiento de sus funciones de manera articulada y coordinada con las instancias técnicas de la dirección territorial de salud.
Dirección IVC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones mínimas de habilitación a prestadores de servicio de salud. ▪ Actuaciones derivadas del procedimiento de investigación de fallas en la prestación de servicios de salud (PQRS). ▪ Reparto de actuaciones administrativas.
Dirección Administrativa y Financiera	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión Contractual ▪ Gestión Documental ▪ Gestión Jurídica ▪ Distribución y reparte de PQRSF

Para llevar a cabo la auditoría a la Secretaría de Salud, se utilizó la matriz de riesgos de cada subproceso como herramienta principal, dado que el enfoque de la auditoría está basado en riesgos². Además, la auditoría se fundamentó en los procedimientos de cada dirección, lo que permitió identificar los puntos de control clave en cada proceso. Esto posibilitó la identificación, evaluación y priorización de los riesgos asociados a cada subproceso, asegurando un análisis exhaustivo y enfocado en los aspectos críticos para el cumplimiento del objetivo y alcance establecidos para la auditoría.

La auditoría incluyó un examen de las evidencias y documentos que respaldan el proceso auditado, así como del cumplimiento de las disposiciones legales remitidas por la Secretaría, conforme al alcance y objetivo establecidos para esta auditoría. Se utilizaron técnicas de auditoría como la

² Guía de Auditoría Interna basada en Riesgos para Entidades Públicas
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional – Función Pública 2020.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

observación, el análisis documental, y la aplicación de pruebas sustantivas y de cumplimiento, lo que permitió obtener resultados precisos en la verificación.

Los análisis y conclusiones obtenidos están debidamente documentados en papeles de trabajo y en las evidencias correspondientes, las cuales se encuentran archivadas tanto en formato digital como físico en la Oficina de Control Interno.

3. ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Este componente es fundamental para asegurar que las metodologías y la normativa vigente estén correctamente alineadas con los procesos de cada dirección.

3.1. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

La auditoría se enfocó en verificar la gestión de los procesos desde las Direcciones y subprocesos asociados, partiendo desde la validación de la normatividad vigente, los procedimientos, guías, manuales e instructivos aplicables como criterios de auditoría. El alcance de la auditoría abarcó desde el segundo semestre de 2023, hasta el primer semestre de 2024.

3.1.1. Dirección de Aseguramiento en Salud

Para la Dirección de Aseguramiento en Salud, se establecieron las siguientes pruebas de auditoría:

3.1.1.1. Asistencias técnicas³

En la revisión del cumplimiento del procedimiento de asistencia técnica, establecido bajo el formato M-PDD-PR-008, Versión 2 (Procedimiento Asistencia Técnica), aplicable a todas las dependencias de la Gobernación, se observó lo siguiente en la Dirección de Aseguramiento en Salud:

El proceso inicia con la programación previa, que consistente en la elaboración de un cronograma anual desarrollado de manera trimestral. Estos cronogramas son remitidos a la Oficina Asesora de Planeación de la Secretaría de Salud, la cual a su vez los reporta a la Secretaría de Planeación Departamental. Desde el aplicativo de ARCGIS, un sistema que permite recopilar, organizar,

³ Papel de trabajo: 17_ACTA_SS_ASEG_001

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

compartir y distribuir información geográfica, se realiza el control de las asistencias técnicas en cumplimiento con el cronograma.

Los criterios para la elaboración del cronograma de asistencias técnicas de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de Salud se basan en las metas del Plan de Desarrollo, el marco normativo establecido por el Decreto Ordenanza 510 del 2022, y el histórico proporcionado por la Secretaría de Planeación, que indica cuáles temas tienen mayor concurrencia y deben ser priorizados. Los planes anuales de asistencia técnica y los temas a desarrollar están alineados principalmente con las metas del Plan Departamental de Desarrollo.

Las asistencias técnicas se llevan a cabo según cronograma y por demanda, con una proporción aproximada de 90 % por cronograma y 10 % por demanda. Dentro del alcance establecido para esta auditoría, que abarca el segundo semestre del año 2023, se evidenció un cronograma o plan de asistencias técnicas que incluye un total de nueve (9) actividades para la Dirección de Aseguramiento. Los temas incluyen reglamentación y plan de beneficios, como por ejemplo: “Realizar asistencia técnica a los 116 municipios sobre la afiliación al SGSSS de la población víctima del conflicto armado, Ley 1448 de 2011” y “Mejorar acceso a la prestación de servicios”. Para el primer semestre del año 2024, se evidencian ocho (8) asistencias programadas con temas como: “Garantizar que hospitales y alcaldías aseguren a la población pobre no asegurada residente en el Departamento de Cundinamarca, a través del Sistema Transaccional SAT - Decreto 064 de 2020” y “Mantener informados a los funcionarios municipales de la normatividad y procedimientos del flujo de recursos del Régimen Subsidiado”.

Además, de las auditorías realizadas en el segundo semestre de 2023 y el primer semestre de 2024, se cuenta con evidencia documental consistente en Informes de Asistencia Técnica, en el formato M-AT-FR-003 y controles de asistencia en el formato M-AT-FR-011.

De acuerdo con la evidencia, se concluye que la Dirección de Aseguramiento cumple con las asistencias técnicas según el cronograma anual y los requerimientos por demanda. Sin embargo, se observa una discrepancia con el procedimiento transversal denominado 'Código M-PDD-PR-008 Procedimiento de Asistencia Técnica'. Según el ítem 4 en la columna 'Flujograma' (Asignar responsable de la solicitud de atención) y la columna 'Descripción/Documentos' (La asignación se realiza por Mercurio, por memorando o por correo electrónico), no se está realizando la asignación de responsables mediante los mecanismos establecidos. Además, no se encontró evidencia en Mercurio, en memorandos o correos electrónicos que respalde la asignación de responsables por parte de la Dirección, para llevar a cabo los procesos de asistencia técnica.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

3.1.1.2. Gestión de cuentas médicas

El subproceso Gestión de Cuentas Médicas, desarrollado por la Dirección de Aseguramiento, de la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, tiene como objetivo general cumplir con la misión de la Secretaría y con las funciones específicas de la Dirección de Aseguramiento. Este subproceso consta de una serie de pasos relacionados y estructurados como el procedimiento M-PDS-AS-PR-004 (Gestión de Cuentas Médicas y Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS), y el procedimiento M-PDS-AS-PR-021 (Auditoría del Aseguramiento en Salud).

El proceso inicia con la recepción de los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud), archivos planos mediante los cuales las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto contratadas como no contratadas por atenciones de urgencias, Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) subsidiadas, la Población No Asegurada (PNA) subsidiada por eventos no incluidos en el plan de beneficios y población extranjera, presentan relación de los servicios prestados para su validación y posterior reconocimiento de pago.

Una vez recepcionados, los RIPS se someten a una serie de validaciones y verificaciones de la información. Entre estos controles se incluyen la matriz de compromisos, la matriz Base 0, el aplicativo SISMASTER y el aplicativo PISIS. Tras el proceso de validación, se lleva a cabo un control posterior mediante auditorías de cuentas médicas.

- Matriz semestral de compromisos:

El objetivo de la matriz de compromisos, además de ser una herramienta de control y programación, contenida en la matriz de riesgos del proceso, es desarrollar una herramienta tecnológica que permita gestionar las actividades de radicación, verificación y control de cuentas médicas presentadas por los prestadores de servicios. También se busca validar los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) para cumplir con los objetivos de la Dirección, supliendo la falta de un sistema robusto y confiable de Hardware y Software que permita una validación adecuada de la información recibida mediante los RIPS. La matriz de compromisos en cuestión se utilizó hasta abril de 2024, momento en el que se aprobó una nueva matriz de riesgos para la dirección, a la cual se le añadió un plan de acción que no estaba presente en la matriz anterior.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

La matriz de compromisos para actualización del sistema SAP, evidenciada en este ejercicio de auditoría, incluye un cronograma de actividades para los años 2023 y 2024, todas orientadas a atender las necesidades de la Dirección de Aseguramiento en relación con el proceso de radicación y auditoría de cuentas médicas. Este cronograma detalla la asignación de tareas o compromisos como:

- I. Creación de un visor integrado a la matriz BASE 0 que permitirá verificar en tiempo real la cantidad de facturas radicadas por entidad. Este visor incluye una semaforización en la Base 0 que facilita la identificación y control de los tiempos necesarios para la auditoría de cuentas médicas desde la etapa de radicación, generando alertas de cumplimiento o incumplimiento según corresponda. Además, se implementará un control de duplicidad en los registros de facturas durante la radicación, que mostrará una alerta en rojo para indicar si una factura ya ha sido radicada previamente, evitando su aceptación inmediata. Finalmente, se llevará a cabo la depuración de la información de vigencias anteriores con inconsistencias.
- II. Igualmente, se evidencian reuniones con la Secretaría de TICS y Oficina de Planeación para desarrollar o adquirir una herramienta software y hardware que permita satisfacer las necesidades de la Dirección y garantizar controles efectivos en la verificación, control y pago de auditorías de cuentas médicas, con el objetivo de mitigar el riesgo asociado.

Para la vigencia 2024, como se mencionó anteriormente, se actualizó la matriz de riesgos para priorizar la verificación de las facturas radicadas por los prestadores de servicios de salud, asegurando que no estén ya radicadas, pagadas o en auditoría, y verificando los formatos de auditoría antes de su tramitación para el reconocimiento de pago por resolución. Esta actualización mejora el antiguo control (Matriz de Compromisos), teniendo en cuenta que la anterior matriz era de uso interno de la Dirección y no presentaba controles por ISOLUCION, que sí son presentados en la nueva matriz de riesgos.

Es importante señalar que la nueva matriz de riesgos fue aprobada en abril de 2024, lo que implica que las actividades de control bajo la anterior matriz se desarrollaron hasta el referido mes. A partir de entonces, las actividades de control se realizan según la nueva matriz de riesgos, que incluye un plan de acción que no estaba presente en la versión anterior. Se anexan a las evidencias la matriz de riesgos, que detalla las actividades de control correspondientes al segundo semestre del 2023, así como los cuatro (4) objetivos de la matriz de compromisos.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

De las evidencias y soportes presentados (actas de reuniones, creación del visor, verificación y corrección de la base 0), se concluye que la Dirección de Aseguramiento cumple con la matriz de compromisos y su objetivo de suplir la carencia de un sistema robusto y confiable de hardware y software para la validación correcta de la información recibida mediante los RIPS. Paralelamente, se está cumpliendo con el riesgo asociado al proceso, ya que en las vigencias 2023 y 2024 se han desarrollado las actividades programadas, estas son:

- I. Realización de reuniones para el desarrollo de herramientas tecnológicas (software, plataformas) para el cumplimiento de los objetivos de la Dirección de Aseguramiento.
 - II. Creación de un visor que integra las bases de datos de los procesos de radicación, auditoría y pagos de las cuentas por servicios de salud.
 - III. Verificación y corrección de la información establecida en la base 0.
- Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS:

Respecto de las bases de datos de los RIPS recepcionados, se evidencian cinco (5) archivos correspondientes al último semestre de 2023, (agosto, septiembre, noviembre y diciembre) y al primer semestre de 2024, (abril, mayo y junio). Estos archivos contienen información sobre los servicios de salud prestados por IPS-ESES, tanto públicas, privadas y mixtas, incluyendo la clasificación del tipo de atención prestada, el código de la entidad administradora del plan de beneficios, la fecha de remisión, el total de registros y datos generales de los usuarios que recibieron los servicios.

La información recepcionada mediante los RIPS se utiliza para diversos datos estadísticos en salud, tales como maternidad, enfermedades de alto costo y población extranjera. Posteriormente, se genera un archivo plano en formato .DAT, que se carga a la plataforma PISIS del Ministerio de Salud. De acuerdo con las evidencias presentadas, que incluyen archivos en formato Excel y capturas de pantalla del cargue exitoso en la plataforma PISIS, se puede concluir que la Dirección de Aseguramiento cumple con el manejo de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – (RIPS) recepcionados.

- Formatos de registro de validación:

Los registros de validación corresponden al formato M-PDS-AS-FR-009 (Registro de Validación RIPS-Red Adscrita), el cual se presenta en esta auditoría en un (1) solo archivo que contiene en

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

dos (2) libros correspondientes a las vigencias del segundo semestre de 2023 y primer semestre de 2024.

Este formato se utiliza para llevar un control mensual del radicado por municipio de los RIPS, situación que se radica junto con las facturas de prestación de los servicios de salud. Para su diligenciamiento, se emplean cinco (5) símbolos convencionales que indican, según sea el caso VALIDADO OK, CORREGIDO OK, DEVUELTO PENDIENTE POR CORRECCIÓN, NO RADICÓ, NO FACTURÓ. Además, se verifica que los procesos de recepción y auditoría de las cuentas médicas provenientes de la atención en salud de los usuarios a cargo del Departamento, se desarrollan de manera normal.

En cuanto a los formatos de registro de validación, la Dirección de Aseguramiento cumple con la evidencia de los formatos debidamente diligenciados para las vigencias 2023, cubriendo los doce meses del año, y para 2024, hasta junio al momento de la auditoría.

- Evidencia de cargue de los RIPS en el aplicativo SISMATER:

Respecto al cargue de los RIPS en el aplicativo SISMATER, se evidencia que, conforme al procedimiento M-PDS-AS-PR-004 (Gestión de Cuentas Médicas y Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS), en el ítem 3 del flujograma (Cargar los RIPS en el aplicativo SISMATER), y la columna Descripción/Documentos (Cargar los RIPS con la información de PNA y extranjeros en el aplicativo SISMATER de la Secretaría de Salud de Cundinamarca) no se está cumpliendo. Esto se debe a que la licencia del aplicativo SISMATER no ha sido renovada, resultando en su inoperatividad y en la imposibilidad de validar los archivos .DAT en cuanto a su estructura e información antes del cargue definitivo en el aplicativo PISIS.

Es importante destacar que la validación de los archivos .DAT en este aplicativo tenía como objetivo identificar posibles errores que podrían impedir un cargue exitoso a la plataforma PISIS del Ministerio de Salud, perfeccionando así la estructura del archivo.

Actualmente, el proceso de validación se realiza directamente en la plataforma PISIS. Esto implica que cualquier error detectado requiere un nuevo cargue con el error corregido y la firma actualizada del Secretario(a) de Salud, convirtiendo la validación de los archivos .DAT en un proceso repetitivo de prueba y error hasta lograr su perfeccionamiento.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

En conclusión, se presenta un incumplimiento del procedimiento M-PDS-AS-PR-004 (Gestión de Cuentas Médicas y Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS) en el ítem 3 del flujograma (Cargar los RIPS en el aplicativo SISMASTER).

- Archivos .DAT con firma del secretario:

Los archivos .DAT son archivos de datos genéricos que se pueden abrir con cualquier editor de texto, ya sea en Microsoft Windows o en plataformas Mac. Estos archivos .DAT que resultan del proceso de recepción de los RIPS y la validación de la información, presentan una estructura de caracteres especiales, que deben cumplir con los estándares exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cargar en el aplicativo PISIS.

Para la validación en la aplicación PISIS, es indispensable contar con la firma digital del Secretario(a) de Salud, sin esta firma, la plataforma genera un error y no permite el cargue de los archivos .DAT. Aunque la firma digital del Secretario(a) de Salud no se evidencia físicamente en documentos, su validez queda reflejada en el reporte de cargue exitoso en el aplicativo PISIS.

Durante la auditoría, se evidencia la existencia de dos archivos en formato .DAT correspondientes al segundo semestre de 2023 y al primer semestre de 2024. El nombre de estos archivos incluye el periodo al que pertenecen.

En conclusión, se cumple con el procedimiento al contar con los archivos DAT firmados digitalmente por el Secretario, evidenciado por el cargue exitoso de los mismos en el aplicativo PISIS.

- Reporte del cargue en el aplicativo PISIS:

El aplicativo PISIS realiza una validación que comprende desde el nombre del archivo, hasta todos los caracteres especiales, asegurando el cumplimiento de los lineamientos técnicos para la transferencia de los datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). En caso de error durante la validación, se genera un correo electrónico que detalla todos los errores encontrados en el archivo .DAT, lo que permite su corrección y posterior cargue exitoso.

Durante la auditoría, se evidenció un pantallazo que muestra el cargue exitoso del archivo correspondiente al segundo semestre de 2023. Sin embargo, para el primer semestre de 2024, aunque el archivo .DAT está debidamente validado, no se ha logrado un cargue exitoso. Los auditados han indicado que los errores se deben al aplicativo PISIS, y se tiene trazabilidad de cuatro

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

comunicaciones enviadas al soporte de PISIS del Ministerio de Salud, en las cuales se informa que el aplicativo genera errores repetidos durante el cargue, impidiendo el éxito del proceso hasta la fecha de esta auditoría.

De acuerdo con el procedimiento M-PDS-AS-PR-004, en el ítem 5 del flujograma, que establece la legalización del archivo .DAT con la firma digital del Secretario de Salud de Cundinamarca y la obligación de reportar el cargue del archivo .DAT mensualmente en el aplicativo PISIS, se configura un incumplimiento. Aunque se evidencia el cargue exitoso para el segundo semestre de 2023, este no cumple con la periodicidad mensual requerida por el procedimiento. Además, para el primer semestre de 2024 no se evidencia ningún cargue exitoso en el aplicativo PISIS debido a los problemas técnicos mencionados.

En conclusión, en la auditoría del reporte del cargue en el aplicativo PISIS, se presenta un incumplimiento del procedimiento M-PDS-AS-PR-004, en el ítem 5 del flujograma (2. Reportar el cargue del archivo .DAT mensualmente en el aplicativo PISIS).

3.1.1.3. Auditoría de cuentas médicas

Este proceso tiene como objetivo auditar el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud proporcionados por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), evaluando los estándares y criterios de cumplimiento de sus obligaciones en el ámbito departamental. El alcance del proceso incluye la conformación del equipo encargado de apropiarse de la Guía de Auditoría o los criterios establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. El proceso se desarrolla en varias etapas, comenzando con la planificación y ejecución de la auditoría y finalizando con la elaboración y presentación del Informe de Auditoría a la SUPERSALUD, de acuerdo con el procedimiento M-PDS-AS-PR-021 (Auditoría del Aseguramiento en Salud).

- Revisión de equipos auditores de cuentas médicas:

El procedimiento M-PDS-AS-PR-021, Auditoría del Aseguramiento en Salud, establece cuatro (4) momentos clave en el proceso de auditoría: Conformación de equipo, Planeación, Ejecución y Evaluación y análisis. Cada uno de estos momentos incluye ítems específicos que se consideran puntos de control a tener en cuenta por el auditor para asegurar la efectividad y exhaustividad del proceso de auditoría, así:

Tabla 2: Puntos de control del auditor de cuentas médicas

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

ETAPA	ÍTEM	ACTIVIDAD	DOCUMENTO SOLICITADO
CONFORMACIÓN DE EQUIPO	1	Conformar el equipo auditor	Acta de Reunión (E-PID-FR-004).
	3	Conformar y asignar los roles del equipo auditor	Tabla Asignación de Roles.
	4	Capacitar al equipo auditor	Control de Asistencia (E-PID-FR-005) Capacitación.
PLANEACIÓN	2	Realizar Acto Administrativo	Acto administrativo de trámite que ordena auditoría.
	3	Comunicar auditoría a las entidades	Comunicados a las Empresas Promotoras de salud, sobre la auditoría (Correos Electrónicos o Correos Certificados).
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS	1	Reportar los hechos evidenciados a la SUPERSALUD	Reporte a la SUPERSALUD del Informe de auditoría (Envío Informe).

M-PDS-AS-PR-021: Procedimiento Auditoría de Aseguramiento en Salud.

- Conformar equipos auditores:

La conformación del equipo auditor responsable de la plataforma GAUDI (utilizada por la Superintendencia de Salud para la auditoría a las EPS), se desarrolló mediante documento MERCURIO de fecha 05/05/2022. Es de aclarar que la asignación del equipo auditor es de carácter permanente, dado que está compuesto por personal de planta y su conformación se mantiene durante el periodo de auditoría.

Se evidencia, además, el Acta de Reunión (Código E-PID-FR-004), de fecha 23/01/2023, en la que se realizó una retroalimentación sobre el proceso de asignación del equipo auditor conformado en 2022 para auditar las cuentas médicas del mismo año. Las asignaciones de equipos auditores se validan anualmente, de acuerdo con el documento MERCURIO previamente mencionado.

En relación con el alcance de la auditoría de gestión, no es posible proporcionar evidencias semestrales de la conformación de los equipos auditores debido a las particularidades del proceso. Para el primer semestre de la vigencia 2024, se continúa con la misma asignación de auditorías, lo cual se evidencia en el Acta de Reunión (Código E-PID-FR-004), de fecha 18/04/2024.

- Tabla asignación de roles:

Las tablas de asignación de roles permiten organizar a los equipos auditores en sus diferentes funciones, específicamente en los roles de Auditor y Verificador, conforme a lo establecido en la Circular 001 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta circular proporciona

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

lineamientos sobre los criterios de auditoría aplicables a las EPS, autorizadas para operar en el territorio.

Dado que la tabla de asignación de roles es de carácter permanente, no es posible presentar evidencias semestrales o anuales de su actualización. La asignación de roles se mantiene constante durante el periodo de auditoría.

Se evidencia en esta auditoría el documento MERCURIO con fecha 05/05/2022, que contiene la conformación de equipos y la tabla de asignación de roles, los cuales permanecen vigentes durante el tiempo de auditoría.

- Control de asistencia (E-PID-FR-005) para capacitación:

Se evidencia en esta auditoría el control de asistencia, código E-PID-FR-005, correspondientes a las capacitaciones de los equipos auditores, con las siguientes fechas: 26/01/2023 y 18/04/2024.

- Actos administrativos de trámites que ordenan la auditoría:

Se evidencia en esta auditoría los actos administrativos mediante los cuales se ordenan y parametrizan las auditorías correspondientes a las vigencias 2023 y 2024. Estos actos incluyen comunicados dirigidos a las Empresas Promotoras de Salud, sobre la auditoría, enviados por correo electrónico o correos certificados. Para la vigencia 2023, se evidencia un comunicado en formato código A-GD-FR-004, de fecha 18/01/2023, enviado por correo certificado a las Empresas Promotoras de Salud. Para la vigencia 2024 se enviaron comunicados individuales por correo electrónico institucional a las mismas Empresas Promotoras de Salud.

- Comunicados a las Empresas Promotoras de Salud sobre la auditoría (correos electrónicos o correos certificados):

Se evidencia en esta auditoría el comunicado en formato código A-GD-FR-004, de fecha 18/01/2023, enviado por correo certificado, a nueve (9) Empresas Promotoras de Salud: Pijaos, Nueva EPS, Coosalud, Ecoopsos, Sanitas, Compensar, Sura, Famisanar y Salud Total, para el desarrollo de las auditorías correspondientes a la vigencia 2023. Para la Vigencia 2024, se evidencian nueve (9) comunicados individuales enviados por correo electrónico institucional a las mismas Empresas Promotoras de Salud, para la realización de actividades de auditoría en la vigencia 2024.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

- Reporte a la SUPERSALUD del informe de auditoría (envío del informe):

El proceso de reporte de los informes de auditorías a la plataforma GAUDI de la Superintendencia Nacional de Salud, se desarrolla en tres etapas: 1. Estado de Desarrollo: Etapa inicial en la que se ejecuta la auditoría. 2. Estado de Verificación: En esta etapa, la Superintendencia valida la información reportada por el Departamento. 3. Estado Finalizado: Etapa final en la que se concluye el proceso de auditoría.

Se evidencia en esta auditoría pantallazos de la plataforma GAUDI de la Superintendencia de Salud que muestra las auditorías desarrolladas en los periodos 2023 y 2024. En total se realizaron y cargaron al aplicativo GAUDI doce (12) auditorías para el 2023 y trece (13) auditorías para 2024, con los registros en estado de verificación y reportados a la Superintendencia.

De acuerdo con la evidencia proporcionada, incluyendo el Acta de Reunión (E-PID-FR-004), la tabla de asignación de roles, el control de asistencia (E-PID-FR-005) de capacitación, el acto administrativo que ordena la auditoría, los comunicados a las Empresas Promotoras de Salud, (correos electrónicos o correos certificados) y reporte a la SUPERSALUD del Informe de Auditoría (envío informe), se puede concluir que la Dirección de Aseguramiento cumple adecuadamente con los procesos de recepción y auditoría de las cuentas médicas provenientes de la atención en salud de los usuarios a cargo del Departamento.

En relación con el riesgo asociado al proceso, que implica la posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento en el reconocimiento del pago de facturación presentada por los prestadores de servicios de salud, debido a la falta de infraestructura tecnológica para articular la información necesaria que permita garantizar la radicación, verificación, control y reconocimiento del pago de la facturación radicada. Este riesgo debe ser gestionado mediante un seguimiento continuo a las cuentas médicas para asegurar el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud en Cundinamarca.

3.1.2. Dirección de Desarrollo de Servicios

Para la Dirección de Desarrollo de Servicios se establecieron las siguientes pruebas de auditoría⁴:

3.1.2.1. Viabilización de proyectos de inversión dotación de equipos biomédicos

⁴ Papel de Trabajo: 21_ACTA_SS_DLLO_OCI_001

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

En el desarrollo de la auditoría Interna de Gestión en campo, se revisó la muestra de los proyectos de dotación de equipos biomédicos de la red pública, así mismo la gestión realizada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaría de Salud de Cundinamarca. La revisión se basó en la matriz de datos general de las regiones de salud del departamento de Cundinamarca.

Se observó que el equipo auditado presentó la cantidad de proyectos radicados, discriminado de la siguiente manera: treinta y tres (33) proyectos del segundo semestre de 2023 y trece (13) proyectos para el primer semestre de 2024, para un total de cuarenta y seis (46) proyectos. Se seleccionaron muestras para el trabajo de campo junto con el profesional universitario Ingeniero Biomédico que fue designado para atender el requerimiento.

Para la viabilización de los proyectos, se evidencia el uso del formato Código: M-PDS-DRS-FR-048 Versión: 01, el cual es una lista de chequeo de documentos para proyectos de dotación en salud. Este formato contiene la información general del proyecto, como el nombre, ubicación, fecha, ESE y justificación de la necesidad. Además, establece 21 criterios documentales a tener en cuenta para la presentación del proyecto:

1. Oficio remitido dirigido al Secretario de Salud Departamental, indicando el nombre del proyecto, fuente de financiación y valor.
2. Proyecto formulado en la Metodología General Ajustada (Formato XML) o el instrumento que el Departamento Nacional de Planeación establezca.
3. Ficha EBI descargada directamente de la MGA (Formato PDF).
4. Árbol de problemas y objetivos.
5. Descripción de la alternativa, incluyendo justificaciones del cálculo de oferta y demanda del bien o servicio esperado, así como el cálculo de ingresos y beneficios del proyecto.
6. Registro de la aprobación de la inscripción del proyecto en la Plataforma del Plan Bienal de Inversiones en Salud.
7. Certificación emitida por el grupo de Redes de la Dirección de Desarrollo de Servicios en caso de requerirse dotación por apertura de nuevos servicios o ampliación de la capacidad instalada.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

8. Certificación emitida por el grupo de Infraestructura de la Dirección de Desarrollo de Servicios en caso de requerirse dotación para servicios con obras de infraestructura.
9. Portafolio de servicios de la Institución Prestadora de Servicios.
10. Presupuesto presentado en un archivo Excel, estructurado bajo el enfoque de marco lógico (objetivo, programa, subprograma, meta de producto, objetivos específicos, productos, actividades e insumos).
11. Carta de intención del cofinanciador en caso de cofinanciamiento.
12. Cotizaciones recientes (mínimo dos) con fichas técnicas del fabricante.
13. Certificación de autorización para comercialización expedida por el fabricante o distribuidor directo de los ítems.
14. Certificación emitida por la gerencia de la E.S.E., garantizando recursos para operación y mantenimiento de la maquinaria o equipo.
15. Carta de compromiso firmada por el representante legal de la entidad proponente, garantizando recursos para pólizas contra todo riesgo de la maquinaria o equipo(s).
16. Certificación emitida por el representante legal, donde se certifique la existencia de infraestructura física requerida para la instalación de tecnología.
17. Formato en Excel indicando la justificación de la necesidad (renovación de tecnología, habilitación, etc.), y en caso de renovación, el concepto técnico firmado por el área correspondiente.
18. Formato en Excel con las especificaciones técnicas mínimas requeridas para cada tecnología y las cantidades, firmado por el área técnica encargada.
19. Certificación del componente técnico, certificando que la dotación está acorde con los requerimientos de la autoevaluación y la estándar dotación según resolución 3100 de 2019 y que las especificaciones técnicas corresponden a lo requerido.
20. Certificación del estudio de mercado emitida por el formulador del proyecto y el representante legal.
21. Los demás documentos que soporten la viabilidad del proyecto.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Con la radicación de los documentos citados, se inicia el desarrollo del proyecto por parte de la Oficina de Dirección de Desarrollo de Servicios en Salud, a través del profesional asignado para la viabilización del proyecto. Este profesional tramitará el proyecto e informará sobre los ajustes que sean necesarios.

Mediante muestreo aleatorio simple, se estableció una muestra óptima de siete (7) proyectos: cuatro (4) para el segundo semestre de 2023 y tres (3) para el primer semestre de 2024. En la Tabla 3 se detallan los proyectos con sus respectivos nombres, números de radicado, fechas, estado y valor del proyecto.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Tabla 3: Proyectos según muestra

#	NOMBRE PROYECTO	No. RADICADO	DESCRIPCIÓN	FECHA RAD	FECHA VIAB	FECHA CONCEP	DÍAS TRANS	ESTADO	VLR PROY	ESTADO ACTUAL
1	CENTRO DE SALUD LA CALERA	2023026751	Dotación para el Centro de Salud de La Calera, sede adscrita a la Empresa Social del Estado - Hospital Divino Salvador de Sopó.	24/7/2023	31/07/2023	4/8/2023	12	SE EMITE CONCEPTO TÉCNICO VIABLE, nota: este concepto es enviando junto con oficio remisorio a la gerencia de la ESE.	\$ 1.005.716.590	Se celebró convenio interadministrativo entre la ESE y la Gobernación de Cundinamarca, el número del convenio es: SS-CDCVI-981-2023.
2	HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE VERGARA	2023131144	Dotación para la ESE Hospital Santa Bárbara de Vergara.	26/9/2023	2/11/2023	2/11/2023	37	SE EMITE CONCEPTO TÉCNICO VIABLE, bajo radicado 2023637095	\$ 402.061.652	Se viabilizó técnicamente el proyecto. Por parte de la Gobernación no se asignó recursos, por lo que no se ejecutó.
3	ESE CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE SALES.	2023151694	Adquisición de equipos biomédicos para el servicio de imágenes diagnósticas ionizantes para la ESE San Francisco de Sales.	24/11/2023	N/A	Rechazado 04/12/2023	20	El proyecto debe ser ajustado y radicado de nuevo.	\$ 714.000.000	Proyecto no viable por inconsistencias técnicas en su formulación y se hace devolución.
4	DOTACIÓN PARA LA ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLET A Y SUS SEDES ADSCRITAS - TOBIA, LA PEÑA, CUNDINAMARCA	2023152666	Urgencias apoyo diagnóstico / consulta externa, vacunación, odontología, toma de muestras laboratorios, toma muestras de cuello.	28/11/2023	N/A	rechazado 09-04-2024	163	Se revisa proyecto sin embargo debido a las diversas inconsistencias se realiza asistencia técnica devolviendo con observaciones, el proyecto debe ser ajustado y radicado de nuevo.	\$ 972.125.023	Proyecto no viable por inconsistencias técnicas en su formulación y se hace devolución para ajustes, donde se determina que debe ser radicado nuevamente.

5	PUESTO DE SALUD MANTA	2024102248	Adquisición de equipos biomédicos y mobiliario hospitalario para los diferentes servicios prestados en el puesto de salud de Manta - región de salud centro oriente Almeidas.	3/1/2024	N/A	N/A	205	Proceso de revisión y ajustes	\$ 380.717.849	En revisión de ajustes
6	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE	2024105812	Dotación de cinco equipos, biomédicos generadores de radiaciones ionizantes para la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque y sus Centros de Salud en Choachí y Ubaque Cundinamarca.	19/1/2024	N/A	N/A	189	Proceso de revisión y ajustes	\$ 1.270.325.000	En espera de reformulación y presentación por parte de la ESE.
7	ESE HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE VERGARA CUNDINAMARCA	2024173966	Dotación para la ESE Hospital Santa Bárbara de Vergara, Cundinamarca.	3/7/2024	Está en proceso de ajustes y revisión	N/A	23	En gestión y revisión	\$ 619.389.999	En revisión

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

De acuerdo con lo anterior, en el proyecto Hospital Santa Barbara Vergara Cundinamarca 2023, con número de radicado inicial 2023131144, se detectó que algunos archivos requieren una clave de acceso para ver su contenido. Esto genera un reproceso y dificulta el acceso a la información. Por lo tanto, se evidencia una oportunidad de mejora, recomendando que al recibir archivos estos no contengan clave ni restricción de vista, para facilitar el trámite de viabilización del proyecto por parte del profesional asignado.

Por lo anterior, se evidencia el cumplimiento al proceso M-PDS-DRS-CA-002 Versión 3, del 15 de noviembre de 2023 y el cumplimiento al formato Código: M-PDS-DRS-FR-048, Lista de Chequeo de Documentos para Proyectos de Dotación en Salud.

Mediante la validación del riesgo asociado al proceso, que establece la posibilidad de afectación reputacional por demora en aprobación de proyectos de inversión de dotación o infraestructura, debido a desconocimiento técnico y falta de homologación de criterios sobre Plan Bienal de Inversiones en Salud y viabilidad de proyectos, se evidencia que el equipo de trabajo de Infraestructura y Dotación de la Dirección de Desarrollo de Servicios verifica los soportes de los proyectos para emitir un concepto de viabilidad.

3.1.2.2. Acompañamiento y seguimiento a los proyectos de dotación

Teniendo en cuenta el Decreto 510 de 2022 - Funciones de la Dirección: “Por el cual se establece la estructura de la administración pública departamental, se define la organización interna y las funciones de las dependencias del sector central de la administración pública de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones”. Artículo 192, Funciones de la Dirección de Servicios de Salud, Numeral 16: Formular y viabilizar proyectos de inversión relacionados con infraestructura y dotación de la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento de Cundinamarca, así como acompañar técnicamente a los municipios en su formulación y efectuar su seguimiento.

En el desarrollo de la auditoría, al revisar la muestra de los proyectos de dotación de equipos biomédicos de la red pública y la gestión de seguimiento realizada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, se observó el proyecto: ESE Hospital San Vicente de Paul de Fómique 2024, con fecha 19/01/2024, y número de radicado inicial 2024105812, titulado “Dotación de cinco equipos biomédicos generadores de radiaciones ionizantes para la ESE Hospital san Vicente de Paul de Fómique y sus centros de salud en Choachí y Ubaque, Cundinamarca”.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Al verificar el proyecto, se evidencia una **oportunidad de mejora al seguimiento**. Desde el 5 de febrero de 2024, se generó la última comunicación a las observaciones, la cual se soporta mediante correo electrónico en esta auditoría. Han pasado cinco (5) meses sin realizar otro seguimiento, lo que impide obtener una trazabilidad y continuidad a los correos de acompañamiento y gestión de avance y viabilización del proyecto. Se observa falta de comunicación, entre el área de Desarrollo de Servicios de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la ESE., lo que sugiere la necesidad de fortalecer y mejorar el apoyo a las ESE en el desarrollo y buen término de los proyectos presentados.

En la revisión del riesgo asociado al proceso, que define posibilidad de afectación reputacional por demora en aprobación de proyectos de inversión de dotación o infraestructura debido a desconocimiento técnico y falta de homologación de criterios sobre el Plan Bienal de Inversiones en Salud y viabilidad de proyectos dentro del equipo, se establece que se debe realizar un seguimiento constante a los proyectos para evitar la materialización de este riesgo y reducir los tiempos de viabilización.

3.1.3. Dirección de Salud Pública

Para la Dirección de Salud Pública se establecieron las siguientes pruebas de auditoría:

3.1.3.1. SIVIGILA⁵

En la revisión a la guía M-PDS-GSP-VSP-GUI002 (Seguimiento y Control de Notificación de las UPGD al SIVIGILA) y de acuerdo con la información verificada, se logró evidenciar que desde la Secretaría se implementa y difunde el sistema de información establecido por el Instituto Nacional de Salud para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia. Durante la auditoría, se recibieron dos (2) bases de datos (formato plano) denominado Monitoreo SIVIGILA, con la información relacionada de los 116 municipios que cumplen o incumplen con los reportes que se deben hacer ante el Instituto Nacional de Salud Pública – INS sobre los eventos de Interés en Salud Pública. Esta información es consolidada por los hospitales de cada municipio, quienes reportan a la alcaldía, y luego esta comunica a la Secretaría de Salud – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

Una vez recibidas las bases de datos, se evidenció que el archivo contiene los seguimientos a los reportes por Unidad Primaria Generadora de Datos - UPGD por municipio, confirmando que la

⁵ Papel de Trabajo: 24_ACTA_SS_GSPÚBLICA_OCI_001

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

información se consolida de forma trimestral según la periodicidad establecida en la matriz de riesgos y como lo expone el procedimiento. De este archivo se extraen los incumplimientos para realizar las asistencias técnicas a los municipios que no cumplen con los reportes. A estos municipios también se les notifica vía Mercurio, sobre el incumplimiento y, posteriormente, se les invita a una capacitación para mitigar este tipo de sucesos.

En cuanto a la verificación del seguimiento y control trimestral a las unidades notificadoras municipales al SIVIGILA, los auditados entregan la información reportada al Instituto Nacional de Salud - INS por medio de la plataforma designada, cumpliendo con la periodicidad y lo establecido en el Decreto 780 del 2016, que establece que dicho reporte se debe realizar de forma semanal. Se constató que la información se recibe semanal en la subdirección y se consolida trimestralmente para realizar el seguimiento por Unidad Primaria generadora de Datos - UPGD.

El equipo auditado informó que para determinar los trimestres se utiliza un calendario específico el Calendario epidemiológico⁶ expedido por el Instituto Nacional de Salud, este documento fue solicitado como evidencia, por lo que se pidió facilitar el calendario para tenerlo en cuenta en la información requerida por trimestre. Sumado a todo el proceso de seguimiento a los reportes de las unidades notificadoras al Sistema, se solicita a los municipios con incumplimientos, vía Mercurio, un plan de mejora municipal para garantizar que los reportes se realicen oportunamente. Se realizó una revisión en tiempo real de la información, donde se evidenció que están manejando oficios de notificación por incumplimiento. Como soporte de la auditoría, se solicitaron siete (7) oficios de notificación por incumplimiento del segundo semestre de 2023 y tres (3) del primer semestre de 2024, los cuales fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. A continuación se relacionan los oficios entregados por los auditados:

- Vigencia – Segundo semestre de 2023:

Tabla 4: Oficios recibidos de incumplimientos a los municipios – segundo semestre 2023

VIGENCIA: SEGUNDO SEMESTRE DEL 2023			
No.	MUNICIPIO	MERCURIO	FECHA
1	Choachí	CE - 2023539515	Junio de 2023
2	Villeta	CE - 2023571457	Junio de 2023
3	Soacha	CE - 2023571531	Junio de 2023
4	Choachí	CE - 2023571335	Junio de 2023
5	Granada	CE - 2023609668	Septiembre de 2023

⁶ Calendario epidemiológico – Instituto Nacional de Salud

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

6	Beltrán	CE - 2023609891	Septiembre de 2023
7	Fosca	CE - 2023609892	Septiembre de 2023

- Vigencia – Primer semestre de 2024:

Tabla 5: Oficios recibidos de incumplimientos a los municipios – primer semestre 2024

VIGENCIA: PRIMER SEMESTRE DEL 2024			
No.	MUNICIPIO	MERCURIO	FECHA
1	Viotá	CE - 2024620182	Marzo de 2024
2	Zipacón	CE - 2024620186	Marzo de 2024
3	Jerusalén	CE - 2024620190	Marzo de 2024

De estos oficios, se verificó el informe a los municipios la semana en la que se generó el incumplimiento al reporte de los eventos de interés en salud pública y que, además, se les comunicó, según Circular 001 del 2023 de la Secretaría de Salud, el tiempo oportuno para realizar la notificación semanal, indicando que es los días lunes antes de las 4:00 de la tarde para las Unidades de notificación municipal. Por otra parte, se indagó sobre quién realiza el reporte de dicha información, ya que, por procedimiento y norma, se establece que debe ser un profesional especializado en Epidemiología. Lo anterior, **presenta un cumplimiento** alto, ya que el responsable cumple con el perfil establecido para tal fin.

En la verificación del riesgo asociado, el cual puede causar afectación reputacional por insatisfacción, se **confirma el cumplimiento**, ya que el profesional especializado de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública verifica trimestralmente la calidad, coherencia y oportunidad de los eventos de interés en salud pública durante el ingreso al sistema de información SIVIGILA por parte de las unidades notificadoras municipales y sus Unidades Primarias Generadora de Datos. Esta verificación se realiza mediante un consolidado departamental de la notificación de los 116 municipios y sus Unidades Primarias Generadoras de Datos, cumpliendo con las características exigidas en el manual SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud, en caso de no llevar a cabo la verificación, se proporciona soporte técnico a los municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos en el tema SIVIGILA.

En conclusión, la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública cumple con lo dispuesto en su Guía M-PDS-GSP-VSP-GUI - 002 - Guía de Seguimiento y Control de Notificaciones de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) al SIVIGILA, y con el Decreto 780 del 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

3.1.3.2. Comités de vigilancia en salud pública ⁷

A continuación, se detalla la en el ejercicio auditor los Comités de Vigilancia Epidemiológica que se llevan a cabo desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública:

- Comité de vigilancia epidemiológica – COVE:

De acuerdo con la información revisada, se verifica que la Subdirección se encarga de garantizar que se realicen de forma mensual los comités de vigilancia en salud pública. Se constató el cumplimiento de lo establecido en la guía M-PDS-GSP-VSP-GUI-006 - Guía de comités de Vigilancia en Salud Pública (COVE), que estipula que este comité debe realizarse mensualmente. Se cuenta con seis (6) actas del segundo semestre de 2023 y seis (6) actas del primer semestre de 2024. Además, se verificó el cronograma anual con las fechas para el desarrollo del comité, y se confirmó que se realiza una socialización por medio de oficio de convocatoria del COVE. Previamente a la reunión, se lleva a cabo una sesión para establecer la programación del día, y se elabora un acta con las memorias.

Se recibió la información que sustenta el COVE y se solicitó el envío del cronograma anual donde se relacionan las fechas y los temas a tratar en el comité. Es importante resaltar que se pueden realizar comités extraordinarios por temas de interés público en el departamento; sin embargo, para el periodo auditado no se presentó la necesidad de llevar a cabo el COVE extraordinario.

Como parte de este trabajo de auditoría, se recibió un archivo en formato PDF denominado "Programación de COVE."

Para esta revisión no se encontraron oportunidades de mejora o incumplimientos, ya que se cumple con lo establecido en el desarrollo del comité, según lo evidenciado en la Guía M-PDS-GSP-VSP-GUI-006 del 27 de septiembre de 2016.

Dentro de los documentos solicitados se encuentran las actas de reunión, los listados de asistencia, la agenda COVE y las circulares de convocatoria, en los cuales se evidencia que lo establecido en la programación coincide con el desarrollo del comité según acta.

- Comité de estadísticas vitales:

⁷ Papel de Trabajo: 25_ACTA_SS_GSPÚBLICA_OCI_002

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Se constató la realización del comité de estadísticas vitales de acuerdo con la Guía General del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales de Cundinamarca, relacionada con los nacidos vivos y defunciones. La revisión de las pruebas propuestas confirmó el cumplimiento parcial de lo establecido en la Guía M-PDS-GSP-VSP-GUI-009 - Guía General del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales de Cundinamarca. Esta guía especifica que el comité debe realizarse de forma mensual, comenzando con un acto administrativo de convocatoria, y que se debe obtener un acta de reunión con el respectivo listado de asistentes.

Al verificar la información, se evidenció que en el segundo semestre de 2023 se cuentan con seis (6) actas correspondientes a los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Además, se cuenta con un acta adicional para el mes de septiembre, ya que se llevó a cabo un comité extraordinario debido a una falla presentada en la plataforma RUAF ND versión 2.0.

Sin embargo, para el primer semestre de 2024, se observó un incumplimiento, ya que solo se registran tres (3) actas correspondientes a los meses de enero, abril y mayo. Esto contraviene lo establecido en la guía referenciada y en la Resolución 3114 de 1998 – Artículo 5, que indica que el Comité de Estadísticas Vitales debe reunirse al menos una vez al mes, especialmente para evaluar la consistencia interna de aquellos certificados seleccionados como irregulares por la instancia respectiva y de aquellos identificados como inconsistentes durante el proceso de captura de información por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Por otra parte, desde la Secretaría se realiza el reporte de información de nacidos vivos y defunciones en el aplicativo RUAF ND, por lo que no se maneja a través de la entrega de papelería, sino que todo se reporta mediante el aplicativo. A partir del 2 de mayo del 2014, con la Resolución 025, se busca reducir tiempos en la gestión de las estadísticas vitales desde la certificación de los hechos vitales hasta la publicación de los datos. Esto ha beneficiado la automatización del proceso mediante el uso del aplicativo RUAF ND. Para realizar este reporte, se maneja una base de datos a la que se sigue en términos de inconsistencias, para las cuales se solicita soporte. Se requirieron dos (2) soportes del segundo semestre del 2023 y dos (2) del primer semestre 2024.

Dentro de la guía también se contempla el seguimiento a parques cementerios, basados en la Ley 9 de 1979 y resolución 5194 de 2010. Este proceso se lleva a cabo en los municipios de 4ª, 5ª y 6ª categoría en el departamento. En este orden de ideas, se cuentan con 209 cementerios urbanos y rurales vigilados desde la Secretaría, y según la normativa, se deben visitar al menos 3 veces al año.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

En el segundo semestre del año 2023, se realizaron 320 visitas, de las cuales se seleccionó una muestra óptima de 22 actas a los parques cementerios visitados. En la tabla 4 se relacionan las visitas con la fecha y el respectivo número de actas.

Tabla 6: Relación de visitas a parques cementerios -Segundo semestre del 2023

No.	FECHA	No. ACTA	MUNICIPIO
1	14/11/2023	C2023 – 273	Fosca
2	15/11/2023	C2023 – 274	Une
3	27/11/2023	C2023 – 275	Supatá
4	29/11/2023	C2023 – 276	Choachí
5	29/11/2023	C2023 – 277	Ubaque
6	14/11/2023	C2023 – 280	Topaipí
7	06/12/2023	C2023 – 286	Anolaima
8	11/12/2023	C2023 – 294	Nimaima
9	20/12/2023	C2023 – 300	Anapoima
10	27/12/2023	C2023 – 301	Vianí
11	27/12/2023	C2023 – 302	Bituima
12	28/12/2023	C2023 – 303	Subachoque
13	28/12/2023	C2023 – 304	El Rosal
14	28/12/2023	C2023 – 305	El Rosal
15	13/12/2023	C2023 – 306	Paratebueno
16	13/12/2023	C2023 – 307	Medina
17	19/12/2023	C2023 – 308	Chipaque
18	19/12/2023	C2023 – 309	Cáqueza
19	20/12/2023	C2023 – 310	El Colegio
20	19/12/2023	C2023 – 313	Chocontá
21	27/12/2023	C2023 – 314	Nimaima
22	22/12/2023	C2023 – 316	Guasca

En el primer semestre del año 2024 se realizaron 43 visitas, de las cuales la muestra óptima es de 22 actas a los parques cementerios realizadas. En la tabla 5 se relacionan las visitas con la fecha y el respectivo número de actas.

Tabla 7: Relación de visitas a parques cementerios - Primer semestre del 2024

No.	FECHA	No. ACTA	MUNICIPIO
1	11/04/2024	C2024 – 001	Sibaté
2	12/04/2023	C2024 – 002	Venecia
3	23/04/2024	C2024 – 003	Pandi
4	17/04/2024	C2024 – 004	Susa
5	26/04/2024	C2024 – 005	Guasca
6	15/04/2024	C2024 – 006	Anapoima
7	26/04/2024	C2024 – 007	El Colegio
8	27/04/2024	C2024 – 008	Guatavita
9	30/04/2024	C2024 – 009	Cogua
10	26/04/2024	C2024 – 010	El Rosal

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

11	29/04/2024	C2024 – 011	La Vega
12	29/04/2024	C2024 – 012	Villeta
13	06/05/2024	C2024 – 013	Villagómez
14	09/05/2024	C2024 – 014	Caparrapí
15	15/05/2024	C2024 – 015	Granada
16	14/05/2024	C2024 – 017	Subachoque
17	10/05/2024	C2024 – 018	Zipacón
18	17/05/2024	C2024 – 019	Apulo
19	22/05/2024	C2024 – 020	Silvania
20	25/05/2024	C2024 – 021	La Calera
21	24/05/2024	C2024 – 022	Gachetá
22	30/05/2024	C2024 – 023	Sesquilé
23	30/05/2024	C2024 – 024	Gachancipá

Es importante resaltar que el área se encarga de divulgar indicadores sobre las estadísticas de eventos de interés público mediante la publicación de boletines epidemiológicos en el micrositio de la Secretaría de Salud, garantizando la transparencia y transferencia de datos a la comunidad.

Los documentos que respaldan esta auditoría son las actas de reunión, los listados de asistencia, las listas de chequeo del ministerio, las bases de datos con las inconsistencias del aplicativo RUAF ND, y las actas de visita a los parques cementerios de los municipios de 4ª, 5ª y 6ª categoría del departamento.

- Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria – COVECOM:

En el proceso de verificación de realización de los Comités de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (COVECOM), según la Guía M-PDS-GSP-VSP-GUI-004 - Guía Comité Departamental de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, se confirma que el comité se realiza de forma bimensual.

Se evidencia el cumplimiento de esta periodicidad a través de las actas y el registro fotográfico de las reuniones. Es relevante señalar que en este comité participan miembros de la comunidad cundinamarquesa, quienes son convocados por la Secretaría de Salud y las autoridades locales de los municipios. Las actas reflejan la socialización de los indicadores más representativos de los eventos de interés tratados en cada reunión.

Para esta auditoría, se cuenta con diecisiete (17) actas correspondientes al segundo semestre de 2023 y tres (3) actas del primer semestre de 2024, lo que demuestra que se está cumpliendo con la periodicidad establecida.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Tabla 8: Relación de actas COVECOM

No.	FECHA	MUNICIPIO
1	26/08/2023	Granada
2	27/10/2023	Fómeque
3	01/09/2023	Tocaima
4	04/08/2023	Nariño
5	07/07/2023	Nilo
6	08/09/2023	Arbeláez
7	11/08/2023	Albán
8	08/10/2023	Chocontá
9	13/07/2023	Fusagasugá
10	12/10/2023	Sibaté
11	15/11/2023	Arbeláez
12	18/08/2023	Agua de Dios
13	21/07/2023	Bojacá
14	20/07/2023	Venecia
15	18/08/2023	El Rosal
16	19/10/2023	Apulo
17	21/07/2023	Cabrera
18	06/06/2024	Chocontá
19	10/04/2024	Granada
20	16/02/2024	San Francisco

Como documentos de respaldo para el comité, se tienen las actas de reunión y los listados de asistencia, en los cuales se evidencia que se garantiza la participación de al menos un municipio por provincia.

3.1.3.3. Vigilancia sanitaria ⁸

Desde la Subdirección de Vigilancia Sanitaria, se supervisa un conjunto de empresas a las que se les presta inspección, vigilancia y control. En el periodo de la auditoría, se considera específicamente a las empresas que prestan el lavado y desinfección de tanques de agua potable en Cundinamarca:

- IVC Empresas de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable para consumo humano:

⁸ Papel de Trabajo: 26_ACTA_SS_GSPÚBLICA_OCI_003

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Desde el área de Vigilancia Sanitaria, se mantiene un censo para determinar el número de empresas habilitadas para prestar el servicio de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable para consumo humano. Las habilitaciones se otorgan mediante concepto técnico sanitario favorable, como se confirma con la información previamente enviada por la Secretaría.

Se valida el listado de documentos y los parámetros establecidos en la Resolución 2115 de 2018 y la Guía M-PDS-GSP-VSP-GUI-011 - Guía de Inspección, Vigilancia y Control a empresas que prestan el Servicio de Lavado y Desinfección. La Secretaría maneja los expedientes de las empresas, en el aplicativo Mercurio, garantizando la trazabilidad del proceso y el cumplimiento de los parámetros normativos.

Para el segundo semestre del año 2023, según la matriz de seguimiento a actas, se realizaron en total 41 visitas técnicas para concepto sanitario. De estas, se verificaron quince (15) expedientes en el aplicativo Mercurio para constatar que la documentación requerida por la normativa estuviera completa en las empresas habilitadas para prestar el servicio de lavado y desinfección de tanques de agua potable.

Tabla 9: Relación de expedientes revisados en mercurio – segundo semestre 2023

No.	No. CONCEPTO SANITARIO	ENTIDAD	FECHA CONCP SAN	MERCURIO
1	DSP-CQ-132-2023	Fumigaciones G	14/07/2023	2023593943
2	DSP-CQ-133-2023	Fumicáceres	27/07/2023	2023597456
3	DSP-CQ-168-2023	Vectors & Waste SAS	11/08/2023	2023601600
4	DSP-CQ-188-2023	Hidrowater JFS SAS	23/08/2023	2023605419
5	DSP-CQ-192-2023	Fumisex SAS	25/08/2023	2023606444
6	DSP-CQ-195-2023	MR Tanque SAS	31/08/2023	2023609102
7	DSP-CQ-220-2023	MCS Ingeniería	25/09/2023	2023620470
8	DSP-CQ-229-2023	Continental de Fumigaciones	26/09/2023	2023621681
9	DSP-CQ-241-2023	Sanity King SAS	12/10/2024	2023630520
10	DSP-CQ-244-2023	RYS Ecovapor SAS	18/10/2023	2023630532
11	DSP-CQ-248-2023	Soluciones Ambientales San SAS	14/10/2023	2023631554
12	DSP-CQ-263-2023	Master Fumigaciones SAS	27/10/2023	2023635849
13	DSP-CQ-265-2023	MG Servicios Industriales	29/10/2023	2023636567
14	DSP-CQ-282-2023	Gescol SAS	22/11/2023	2023646456
15	DSP-CQ-314-2023	Control Nacional de Higiene y Sanidad Industrial SAS	22/12/2023	2023659928

En el primer semestre del año 2024 se realizaron once (11) visitas técnicas. Se solicitó la revisión según muestra de siete (7) expedientes, de los cuales se constató que cumplen con la totalidad de

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

la documentación exigida por la normativa y además de las actas de visita favorable correspondientes.

Tabla 10: Relación de expedientes revisados en mercurio –primer semestre 2024

No.	No. CONCEPTO SANITARIO	ENTIDAD	FECHA CONCP SAN	MERCURIO
1	DSP-CQ-02-2024	Cuida tu Ambiente y Servicios SAS	15/01/2024	2024593943
2	DSP-CQ-07-2024	Fumigaciones TKC SAS	23/02/2024	2024608114
3	DSP-CQ-014-2024	AIS Asesorías SAS	20/02/2024	2024616249
4	DSP-CQ-021-2024	Extintores Urban Pets SAS	27/02/2024	2024625457
5	DSP-CQ-040-2024	Samplag y CIA LTDA	26/03/2024	2024630142
6	DSP-CQ-048-2024	Biocontacto Ambiental SAS	14/04/2024	2024634349
7	DSP-CQ-220-2024	Fumigaciones de Colombia SAS	10/05/2024	2024644456

Para expedir los conceptos sanitarios favorables, se realizan visitas de inspección a las empresas solicitantes con el fin de verificar el cumplimiento de los parámetros establecidos por la normativa. En caso de detectar incumplimientos en el campo, se efectúa una visita adicional para asegurar que se hayan implementado las mejoras necesarias. Los conceptos sanitarios y las actas de visita se encuentran disponibles en el aplicativo Mercurio y fueron enviados por el área durante el periodo auditado.

El enlace delegado informó que el área está en proceso de digitalizar todo el archivo, ya que actualmente las actas de visita técnica se generan de forma manual. Esta migración a formato digital está a la espera de la aprobación de calidad, con el objetivo de cumplir con la normativa de “cero papel”.

No se identificaron hallazgos en este proceso, dado que se cumple con lo establecido en la resolución 738 de 2017 y en el procedimiento basado en la guía M-PDS-GDP-VSP-GUI-011 - Guía de Inspección, Vigilancia y Control a Empresas que Prestan el Servicio de Lavado y Desinfección.

En la revisión del riesgo asociado al proceso, se determina que se está cumpliendo adecuadamente. La posible afectación reputacional por insatisfacción en las acciones colectivas de Salud Pública debido a deficiencias en las estrategias de salud pública es mitigada por el seguimiento riguroso realizado. El profesional universitario del área de salud pública lleva a cabo un seguimiento trimestral de los sujetos de inspección, vigilancia y control sanitaria antes de aplicar medidas sanitarias. Este seguimiento se registra en una matriz de seguimiento, que muestra el estado del concepto sanitario y el cumplimiento de las acciones de inspección y control.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

3.1.3.4. Integración Funcional a la Red de Laboratorios⁹

En el inventario de los laboratorios de la Red Departamental de Laboratorios se encuentran los siguientes: 28 laboratorios de aguas, 7 de alimentos, 70 públicos, 59 privados y 3 mixtos. A estos laboratorios se les proporciona asistencia técnica y se evalúa su desempeño, documento soportado en el formato M-PDS-GSP-LSP-FR-052. En caso de que algún laboratorio no cumpla con lo establecido en la programación, se realizan asistencias técnicas para abordar y mitigar dichas deficiencias.

Durante la auditoría, se ha establecido evaluar el indicador de desempeño como un instrumento clave. Este indicador permite a los líderes y miembros de los equipos de mejoramiento de procesos monitorear, verificar y evaluar los aspectos relevantes relacionados con el cumplimiento de la gestión de riesgos y los planes de mejora, con un enfoque hacia la mejora continua.

- Indicador de oportunidad:

Desde el laboratorio se elabora un informe trimestral de revisión al desempeño, en el que se consolida el reporte de los eventos de interés. Este informe muestra el seguimiento al indicador de oportunidad, asegurando así la entrega oportuna de los resultados por parte del Laboratorio de Salud Pública.

Como evidencia, se han recibido dos informes correspondientes al segundo semestre de 2023, un informe para el primer trimestre de 2024, y el informe del segundo trimestre de 2024 está en proceso de elaboración.

Estos informes se reciben bajo el formato M-PDS-GSP-LSP-FR-222, Revisión del Desempeño del Proceso, Laboratorio de Salud Pública.

Tabla 11: Informes de desempeño recibidos

PERIODO EVALUADO	FECHA DE REALIZACIÓN
Desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de septiembre del 2023	23 de octubre del 2023
Desde el 1 octubre de 2023 hasta el 26 de diciembre del 2023	26 de diciembre del 2023
Desde el 1 enero de 2024 hasta el 31 de marzo del 2024	22 de abril del 2024

En este proceso, también se realiza la Programación Anual Evaluación Externa del Desempeño Red de Laboratorios Clínicos (M-PDS-GSP-LSP-FR-052), dando cumplimiento a lo establecido desde su

⁹ Papel de Trabajo: 27_ACTA_SS_GSPÚBLICA_OCI_004

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

matriz de riesgos. Los auditados suministran un cronograma denominado M-PDS-GSP-LSP-FR-215 - Cronograma de Intervenciones Metrológicas, desde donde se realizan las programaciones de asistencias técnicas a la Red de Laboratorios Clínicos. Para esta prueba no se identifican oportunidades de mejora ni incumplimientos respecto a los procedimientos o la normativa vigente aplicable.

Al validar el cumplimiento de los controles establecidos en relación con el riesgo asociado a la posibilidad de afectación reputacional debido a la inoportuna disponibilidad de los recursos en el laboratorio por demoras en la fase precontractual, se establece que de forma trimestral se realiza un seguimiento al indicador de oportunidad en la entrega de resultados del Laboratorio de Salud Pública. Esto se hace para verificar si los resultados están siendo entregados conforme a los tiempos establecidos en el portafolio de ensayos. Se determina que se cumple con esta normativa, dado que los informes de desempeño, emitidos trimestralmente, evidencian la puntualidad en la entrega de los resultados del laboratorio.

- Toma de muestras para identificación de Vibrio Cholerae:

Se constata el cumplimiento de lo establecido en el instructivo M-PDS-GSP-LPS-IN-036, Toma, recepción y análisis de muestras para Vibrio cholerae. Aunque estas muestras son poco comunes dentro del portafolio del laboratorio, se evidencia que para el primer trimestre del 2024 se presentó un caso específico. El Acueducto de Bogotá informó sobre muestras positivas en la represa Teusaca (Vía La Calera).

Ante este caso, el Instituto Nacional de Salud (INS) realizó una transferencia de conocimiento a dos profesionales del laboratorio de Cundinamarca, quienes recibieron el certificado correspondiente (documento evidencia – certificado expedido por el INS). Estos profesionales capacitaron al resto del equipo en el laboratorio, como lo demuestra el acta de reunión y el listado de asistencia del 20 de mayo de 2024. Posteriormente, se tomaron nuevas muestras que resultaron negativas y se reportó la situación a la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

Para esta prueba, no se identifican oportunidades de mejora ni incumplimientos respecto a los procedimientos o normas vigentes aplicables.

- Pruebas asociadas a Dengue:

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

En la verificación del cumplimiento del manual de métodos enzimoimmunoensayos M-PDS-GSP-LSP-MA-136, que describe y establece la metodología para el análisis de muestras de enzimoimmunoensayos en la Unidad de Eventos de Interés en Salud Pública del Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca (LSPC), se ha constatado lo siguiente, específicamente en relación con el análisis de muestras de Dengue:

Tabla 12: Muestra de informes de resultados de dengue

DENGUE	PERIODO	TOTAL	MUESTRA
Dengue IgM – NS1	II semestre 2023	635	23
Dengue IgM – NS1	I semestre 2024	525	23

Durante el periodo auditado se recibieron 46 informes de resultados de dengue, según la muestra establecida por la cantidad de muestras extraídas. Estos informes permiten evaluar la calidad y la oportunidad con que se entregan los resultados a los solicitantes. Además, se ha verificado, a partir de la base de inventarios de equipos para la toma de muestras específicas de dengue, que la asignación de estos equipos al personal de planta se gestiona desde la Secretaría General, según lo explicado por los auditados.

En esta prueba no se identificaron oportunidades de mejora ni incumplimientos a los procedimientos o normas vigentes aplicables.

3.1.4. Dirección de Inspección, Vigilancia y Control

Para la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control se establecieron las siguientes pruebas de auditoría:

3.1.4.1. Condiciones mínimas de habilitación a prestadores de servicio de salud. ¹⁰

Según el programa de trabajo, se llevó a cabo una mesa de trabajo con el equipo auditado de Inspección, Vigilancia y Control para verificar que la Secretaría valide las condiciones mínimas de habilitación mediante el diligenciamiento del informe de visita antes de proceder con el cargue en la plataforma REPS.

- Vigencia segundo semestre del año 2023:

¹⁰ Papel de Trabajo: 30_ACTA_SS_IVC_OCL_001

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

En un primer momento, y considerando el alcance del ejercicio auditor correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2023, el equipo auditado presentó el contexto del procedimiento implementado, registrado en el formato M-PDS-IVC-PR-002 Versión 4 del 25 de Julio de 2019, titulado “Verificación de Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud”. Este documento especifica y se verifica las condiciones mínimas de habilitación para los prestadores de salud.

Posteriormente, se validó que la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Vigilancia y Control, realiza las visitas necesarias para habilitar a las entidades prestadoras del servicio de salud, según el plan anual. Estas visitas pueden ser de verificación previa, reactivación o certificación, y se llevan a cabo conforme al cronograma y priorización establecidos. Durante estas visitas, los verificadores mediante instrumentos validan las condiciones mínimas de habilitación, si se verifica el cumplimiento de estos requisitos, se otorga la aprobación mediante la plataforma del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), y los resultados de cada visita se documentan en el informe correspondiente. Una vez culminada la visita y aprobados el informe y firmas correspondientes, el profesional encargado procede a realizar el cargue de información en la plataforma REPS para registrar el resultado y cerrar el expediente, que se archiva tanto digitalmente en la plataforma Mercurio y de manera física en una carpeta.

Para esta vigencia, la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control se rige por la normatividad establecida en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, en su artículo 3, que establece las condiciones mínimas que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para poder habilitar sus servicios.

Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

- Capacidad Técnico-Administrativa
- Suficiencia Patrimonial y Financiera
- Capacidad Tecnológica y Científica

Los auditados indicaron que la Resolución 2003 del 28 mayo 2014, por la cual se definían los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, fue derogada. En su lugar, se acogieron a la Resolución 3100 del

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

2019, la cual define los procedimientos y condiciones de inscripción a los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios, y adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

- Vigencia primer semestre año 2024 ¹¹:

En el proceso auditado correspondiente al primer semestre de la vigencia 2024, los auditados informaron que actualmente cuentan con un procedimiento en borrador que está en proceso de actualización. Expresaron que se rigen por la normatividad de la Resolución 3100 del 2019, y mencionaron que el procedimiento anterior, identificado como M-PDS-IVC-PR-002, Versión 4 – del 25 de julio de 2019 (Verificación de Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud), fue inhabilitado y eliminado en septiembre de 2023.

De acuerdo con los nuevos lineamientos de la normativa, se encuentran en la construcción de un nuevo procedimiento que incluirá los siguientes criterios:

- Artículo 8. Condiciones de Habilitación:

Las condiciones de habilitación son los requisitos, estándares, y criterios que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Condiciones de Capacidad Técnico - Administrativa
- Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera
- Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica

- Numeral 9.3. Habilitación de servicios de salud:

Es la autorización para prestar y ofertar servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Una vez se cumplan los requisitos establecidos en el Artículo 8 de la Resolución, y se haya radicado y registrado la inscripción del prestador de servicios de salud, se expedirá la constancia de habilitación correspondiente. El prestador será autorizado en el Registro Especial de Prestadores

¹¹ Papel de Trabajo: 31_ACTA_SS_IVC_OCI_002

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

de Servicios de Salud (REPS), lo que permitirá la generación del distintivo de habilitación de los servicios, considerando así inscrito al prestador y habilitado el servicio.

La autorización del distintivo de habilitación de los servicios de salud que requieren visita previa será otorgada una vez que la Secretaría de Salud departamental o distrital, o la entidad encargada de dichas competencias, registre el cumplimiento de las condiciones de habilitación en el REPS y expida la correspondiente constancia de habilitación.

- Verificación en campo:

Para el segundo semestre del año 2023 (julio a diciembre), se solicitó a los auditados la base de datos de habilitación, en la cual se identificó el número de solicitudes de visitas, así:

Tabla 13: Relación de visitas según tipo – segundo semestre 2023

TIPO VISITA	CANTIDAD
Efectiva	325
No efectiva	28
Desistimiento	11
No realizada	13
TOTAL	377

En la base de datos suministrada por los auditados, se totalizaron 377 registros correspondientes a los diferentes tipos de visitas que realiza la Dirección para la habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud.

Para el alcance del ejercicio auditor, se tomaron en cuenta los 325 registros de visitas efectivas, las cuales emiten informes de visita. Se seleccionó una muestra aleatoria simple de 12 registros, obtenida mediante la herramienta de muestreo - Técnica de muestra DAF – que permite el cálculo del tamaño de la muestra. Considerando una población de 325 registros, un error muestral del 10%, una proporción de éxito del 5%, y un nivel de confianza del 90%, se determinó que el tamaño óptimo de la muestra era de 12 registros. En la tabla 4 se encuentra la relación de los registros de visitas efectivas para el segundo semestre del 2023.

Tabla 14: Relación de registros de visitas efectivas – segundo semestre 2023

No.	NOMBRE DEL PRESTADOR DE SALUD	FECHA DE VISITA	No. INFORME DE VISITA
1	CLÍNICA AVIDANTI CIUDAD VERDE	2023/07/10	20230705-06 066
2	HUMANA VITAL SAS	2023/10/09	20231009 123
3	ESE NUESTRA SRA DEL ROSARIO SUESCA	2023/09/18	20230913-14 112

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

4	MEDICAR CENTER	2023/12/06	20231205 166
5	ASISTENCIA MEDITER	2023/21/12	20231220-21 173
6	FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN DEPORTIVA SAS (FIREHD SAS) FUNZA	2023/07/10	20230707 067
7	JAIME LARA PRIETO	2023/08/03	20230728 085
8	REMISIONES Y TRASLADOS SAN MIGUEL ARCANGEL SAS	2023/08/28	20230822 099
9	YOHANNA KARINA GARCÍA VARGAS	2023/08/31	20230830 100
10	AMNIOTILIFE SAS	2023/10/27	20231026 141
11	MINDCARE CENTRO DE PSICOLOGÍA SAS	2023/10/26	20231024 137
12	TARGETED ACTION SAS – CHÍA	2023/07/26	20230721-25 081

Conforme a la revisión realizada, se identificó que el registro mensual en la base de datos se lleva a cabo de manera oportuna. En la verificación se identificó que los registros cuentan con los respectivos, informes, el cargue de soporte en el REPS, y la notificación al prestador. Los auditados indicaron que, según cronograma y priorización, se efectúan las visitas en cumplimiento del procedimiento M-PDS-IVC-PR-002, Versión 4 del 25 de julio de 2019 (Verificación de Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud) y la Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud. Los verificadores, mediante instrumentos validan las condiciones mínimas de habilitación y a su vez plasman en el informe los resultados de cada visita.

Para la vigencia del primer semestre del año 2024 (enero a junio), se solicitó a los auditados la base de datos de habilitación, en la que se identificó que se ha realizado actualización conforme a los cambios normativos del año 2024. El equipo auditado expresa que han acoplado la normatividad de acuerdo a la Resolución 3100 del 2019, destacando que ahora se deben realizar dos actas, una al momento de la visita y un acta final.

En la base de datos de habilitación se identificó el número de solicitudes de visitas, así:

Tabla 15: Relación de visitas según tipo – primer semestre 2024

TIPO VISITA	CANTIDAD
Efectiva	298
No efectiva	37
Desistimiento	8
No realizada	37
TOTAL	380

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Para el alcance del ejercicio auditor, se consideraron los registros de visitas efectivas, que totalizaron 298, de las cuales se emiten informes. Se seleccionó una muestra aleatoria simple de 12 registros, obtenida mediante la herramienta de muestreo DAF. Esta técnica permite calcular el tamaño de la muestra determinando la población (298 registros), con un error muestral del 10%, una proporción de éxito del 5% y un nivel de confianza del 90%. El tamaño óptimo de la muestra fue de 12 registros seleccionados. En la tabla 16 se presenta la relación de estos doce registros de las visitas efectivas para el primer semestre de 2024:

Tabla 16: Relación de registros de visitas efectivas – primer semestre 2024

No.	NOMBRE DEL PRESTADOR DE SALUD	FECHA DE VISITA	No. INFORME DE VISITA
1	LÍNEA DE VIDA AMBULANCIAS SAS CAJICÁ	2024/03/04	20240229 015
2	IGLESIA CRISTIANA DE LOS TESTIGOS DE JEHOVA	2024/04/22	20240417 043
3	ADRIANA MARCELA REINA SÁNCHEZ	2024/02/15	20240213 003
4	COLMÉDICOS FUNZA	2024/04/29	20240424-25 052
5	SANDRA TERESA SÁNCHEZ BAUTISTA	2024/02/23	20240220 010
6	FRANCISCO RAFAEL TRIVIÑO MOSCOSO	2024/03/13	20240313 029
7	UNIDAD INTEGRAL DE MANEJO DEL DOLOR E INFUSIÓN AMBULATORIA SAS	2024/04/12	20240402-03 037
8	EL CENTRO DE LOS SENTIDOS	2024/04/29	20240419 050
9	ÁNGELA PATRICIA BELLO GONZÁLEZ	2024/05/08	20240430 060
10	JENNY ALEJANDRA MÉNDEZ GAMBOA	2024/05/28	20240527 082
11	CERTIMEDIC VIALCAR SAS	2024/05/30	20240529 087
12	EMCOSALUD	2024/04/11	20240404 034

Una vez contextualizada y verificada la norma junto con la documentación enviada, se identificó que la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control, cumple con las actividades necesarias para habilitar a las entidades prestadoras de servicios de salud.

Se constató que realizan el registro y la validación de las condiciones mínimas requeridas para que los prestadores de salud puedan ofrecer sus servicios. Una vez verificados y cumplidos los requisitos exigidos, se otorga la aprobación mediante la plataforma Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

La Dirección de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) ha presentado la base de datos de la vigencia 2024, donde se detalla el registro y seguimiento realizado a los prestadores de servicios de salud, desde la fase inicial hasta la habilitación. Una vez culminado el proceso de verificación del cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Se presenta una recomendación debido a que el procedimiento de “Verificación de Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud bajo la Resolución 3100” está en proceso de aprobación. Se sugiere a la Dirección del IVC realizar una mesa de trabajo para acelerar la aprobación del procedimiento, lo cual permitirá dar continuidad a la ejecución de los procedimientos internos.

Durante la revisión, se identificó que se realiza el registro mensual de manera oportuna en la base de datos, incluyendo los respectivos informes, el cargue de soporte en el REPS, y la notificación al prestador. Esto cumple con el control preventivo identificado en la matriz de riesgos (5. IVC Matriz de riesgos de gestión 2023 IVC) donde indica que el Profesional Especializado y/o Universitario es el responsable del procedimiento de verificación de condiciones mínimas de habilitación. Mensualmente, se debe validar el diligenciamiento del informe de visita antes de realizar el cargue en la plataforma del REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). Así mismo se realiza un seguimiento a los informes generados de las visitas de la verificación. En caso que el informe se encuentre con errores en el diligenciamiento, se debe notificar por medio de correo electrónico al coordinador de la visita para el respectivo ajuste. Como evidencia, se debe mantener una base de datos de revisión de informes.

El incumplimiento de este control del riesgo, se podría generar una posible afectación reputacional y económica, a través de multas, sanciones o reprocesos en las acciones de inspección, vigilancia y control, debido a un déficit de conocimiento e implementación de la normativa.

3.1.4.2. Actuaciones derivadas del procedimiento de investigación de fallas en la prestación de servicios de salud (PQRS)¹²

Según el programa de trabajo, se realizó mesa de trabajo con el equipo auditado (Inspección, Vigilancia y Control), para validar que, desde la Secretaría de Salud y, especialmente, desde la dependencia, se diligencien las actuaciones derivadas de procedimientos de investigación de fallas en la prestación del servicio de salud.

En primera instancia, teniendo en cuenta el alcance del ejercicio auditor (segundo semestre de la vigencia 2023 y primer semestre de la vigencia 2024), el equipo auditado realiza contexto del procedimiento implementado para las vigencias. Este procedimiento, registrado como M-PDS-IVC-PR-018 “Investigación administrativa por presuntas irregularidades en la prestación del servicio de

¹² Papel de Trabajo: 32_ACTA_SS_IVC_OCI_003

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

salud” Versión 1 - 28/Dic/2018, el cual va desde la recepción de la queja, hasta el archivo del caso o inicio de un proceso administrativo.

Una vez efectuada la contextualización del procedimiento, se solicita a los auditados la base de datos de investigación preliminar y, reporte de hallazgos de las vigencias auditadas, para validar que los profesionales realicen mensualmente el diligenciamiento de actuaciones derivadas del procedimiento de investigación de fallas en la prestación de los servicios de salud.

Los auditados presentan los siguientes documentos:

Para la vigencia 2023: base de datos general llamada “Segundo semestre 2023: averiguación preliminar BD” y “Tercer y cuarto trimestre 2023: Actuaciones administrativas investigación”.

Para la vigencia 2024: base de datos general llamada “Primer semestre 2024: averiguación preliminar BD” y “Primer y segundo trimestre 2024: Actuaciones administrativas investigación”.

- Verificación en campo - Segundo semestre del año 2023:

Para el periodo comprendido del segundo semestre del año 2023, se expone en tiempo real la base de datos de Investigaciones Preliminares, denominada “Segundo Semestre 2023 Averiguación Preliminar BD”, de la cual indican los auditados que inicialmente a través del aplicativo Mercurio se realiza un filtro de las PQRSD, verificando cuales de ellas corresponden a quejas o denuncias y, en caso de que exista competencia de parte de la Dirección para poder llevar a cabo la actuación respecto a la queja o la denuncia, se inicia la investigación de acuerdo al Art. 47 de la Ley 1437 del 2011 “Procedimiento Administrativo Sancionatorio”. Es importante aclarar que la recepción de quejas también se realiza a través de la plataforma SuperArgo, de la Superintendencia de Salud.

Una vez expuestas las bases de datos se verificó su diligenciamiento mensual, según el tiempo de recepción de queja y/o denuncia, momento en el que se puede determinar su estado.

Es relevante mencionar que, de acuerdo con el procedimiento y riesgo establecido, el seguimiento a las actuaciones administrativas se realiza mensualmente en la base correspondiente (Tercer y cuarto trimestre 2023, Actuaciones administrativas de investigación). Este seguimiento, llevado a cabo por el enlace delegado, se realiza diariamente para asegurar un control y parametrización adecuados. Para el ejercicio de la auditoría, la información se presenta de manera trimestral tanto

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

para el año 2023 como para el 2024. Este proceso es gestionado por el profesional designado, cumpliendo con el control establecido y garantizando una periodicidad en la información.

Para el ejercicio auditor, se seleccionaron dos (2) registros de un total de 245 según la matriz de la base de datos (Segundo semestre 2023, Averiguación preliminar BD). Estos registros permiten establecer la trazabilidad de la primera fase de la investigación preliminar, de acuerdo con las dos actuaciones administrativas: primero, aquellas que son competencia de la dirección, y segundo, aquellas que no son competencia de la dirección y deben ser remitidas a la entidad competente. A continuación, se presenta un cuadro descriptivo con la información de las actuaciones.

Se relaciona la información de la actuación en el siguiente cuadro descriptivo:

Tabla 17: Relación actuaciones paso a paso – segundo semestre 2023

No QUEJA	PASO A PASO	COMPETENCIA	DESCRPCIÓN
2023-I316	<ol style="list-style-type: none"> Llega la queja a través de Mercurio, respecto al centro de salud de Venecia. Se realiza acuso de recibido a la peticionaria. Se le comunica al prestador, que se inicia la averiguación preliminar y se solicitan reportes, se adjuntan los soportes que remite el prestador e informe técnico. Se envía a jurídica en formato por correo electrónico (se termina primera etapa). Teniendo en cuenta el análisis anterior y la verificación de documentos se determina que cumple con los criterios normativos art. 47 de la Ley 1437 del 2011 y el procedimiento establecido. 	Competencia	Cumple con el procedimiento M-PDS-IVC-PR-018- Investigación administrativa por presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud. Versión 1, 28/Dic/2018
2023-I450	<ol style="list-style-type: none"> Llega la petición por correo de contacto de la gobernación. Se crea Mercurio como recibido, se realiza direccionamiento a Secretaria de Salud – IVC (por medio de mercurio). Se hace acuso de recibido a la peticionaria y a la personería Se remite por competencia al tribunal de ética médica y al Hospital Santa Rosa de Tenjo). Se da traslado, de conformidad a la ley 715 del 2001, dado no son los competentes para dar trámite a esta solicitud. 	No competencia	Cumple con la remisión al área encargada para que realicen respectivo tramite, según actividades y puntos de control No. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13 en el procedimiento M-PDS-IVC-PR-018 - Investigación administrativa por presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud. Versión 1, 28/Dic/2018.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Una vez validado el procedimiento M-PDS-IVC-PR-018, "Investigación Administrativa por Presuntas Irregularidades en la Prestación del Servicio de Salud" versión 1, 28/Dic/2018. Se confirma que para el año 2023 se han cumplido todas las actividades y puntos de control establecidos en el procedimiento.

- Verificación en campo – Primer semestre del año 2024:

Los auditados proporcionaron en tiempo real las bases de datos correspondientes a las investigaciones preliminares: "Primer Semestre 2024, Averiguación Preliminar BD" y "2024 Primer y Segundo Trimestre, Actuaciones Administrativas Investigación". En una primera revisión, se determina si la dirección es competente para conocer del asunto y proceder con el trámite correspondiente, pasando a la primera fase y, si es aplicable, a la segunda fase.

Para el ejercicio de la auditoría, se seleccionaron dos (2) registros de un total de 238 de la base de datos "Primer Semestre 2024, Averiguación Preliminar BD." Estos registros permiten establecer la trazabilidad en la primera fase de la investigación preliminar, detallando si la dependencia es competente para el asunto o si debe ser remitido a otra entidad. En el primer caso, se procede con la apertura del proceso sancionatorio (segunda fase) de acuerdo con la normatividad vigente.

A continuación, se presenta un cuadro descriptivo con la información de las actuaciones.

Tabla 18: Relación actuaciones paso a paso – primer semestre 2024

No QUEJA	PASO A PASO	COMPETENCIA	DESCRPCIÓN
2024 - I063D	1. Bajo información interna de salud pública, se realiza reporte a la dirección de IVC por medio de una comunicación en la que relacionan los casos del SIVIGILA, donde se establecen signos de alarma en un paciente con Dengue, la cual no se hospitaliza y por lo tanto consideran una irregularidad en prestación de servicio e inicia una investigación preliminar. No se genera acuso recibido (Dado que se realizó de manera oficiosa de una entidad a otra).	Competencia	Cumple con el procedimiento M-PDS-IVC-PR-018 - Investigación administrativa por presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud. Versión 1 - 28/Dic/2018.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

	<p>2. Se recibe información de salud pública, donde se refieren las presuntas irregularidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se solicitan los soportes al prestador. *Se comunica el inicio de averiguación preliminar. *El prestador envía los soportes. <p>3. Se analizan y se diligencia un instrumento de adherencia a la guía de manejo de dengue.</p> <p>4. Finalmente se emite un informe, encontrando mérito y se da inicio a la segunda fase, la cual es llevada por la oficina jurídica, donde se inicia la actuación administrativa - proceso sancionatorio.</p>		
2024 - I103	<p>1. Se recepciona la queja por medio de los canales que maneja la Gobernación de Cundinamarca (página web, correo contáctenos, ventanilla del CIAU).</p> <p>2. Acuso recibo y se procede a dar traslado por competencia al Hospital San Francisco de Gachetá.</p>	No competencia	Cumple con la remisión al área encargada para que realice el respectivo tramite, según actividades y puntos de control N° 2,5,6,7,8,9,11,12, 13 en el procedimiento M-PDS-IVC-PR-018 - Investigación administrativa por presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud. Versión 1 - 28/Dic/2018.

Una vez terminado el proceso de verificación e indagación, se identificó que el profesional especializado y/o universitario responsable del procedimiento de investigación por las presuntas fallas en la prestación del servicio de salud debe, mensualmente, validar el diligenciamiento de actuaciones derivadas del procedimiento de investigación de fallas en la prestación del servicio de salud, antes de enviar a los peticionarios o investigados. Esta validación incluye comparar la información contenida en los expedientes con la normatividad vigente y las actuaciones realizadas. En caso de evidenciar errores en el diligenciamiento, se deben informar los hallazgos por medio de ruta de gestión documental. Como evidencia de este proceso, los auditados presentan la base de datos "Investigación de Presuntas Fallas en la Prestación del Servicio de Salud.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Si no se realiza un control preventivo de este riesgo, la entidad podría enfrentarse a repercusiones reputacionales y económicas tales como multas, sanciones o reprocesos de las acciones de inspección, vigilancia y control por déficit de conocimiento e implementación normativa.

Según la información presentada por los auditados, se identificó cumplimiento al artículo 47 y subsiguientes de la ley 1437 del 2011, Decreto 510 del 2022, y el procedimiento establecido en el documento M-PDS-IVC-PR-018, “Investigación Administrativa por Presuntas Irregularidades en la Prestación del Servicio de Salud” versión 1, del 28 de diciembre de 2018.

3.1.4.3. Reparto de actuaciones administrativas¹³

Según el cronograma de trabajo, se realizó mesa de trabajo con el equipo auditado de Inspección, Vigilancia y Control, para verificar que cada abogado realice semanalmente el reparto de las actuaciones administrativas, registrando la información en el formato único de reparto jurídico.

En un primer momento, considerando el alcance de la auditoría para el segundo semestre de la vigencia 2023, el equipo auditado proporcionó un contexto del procedimiento implementado para la vigencia, registrado en el formato M-PDS-IVC-PR-009, Versión 2, del 26 de agosto de 2019 (Trámites Jurídicos de la Dirección de IVC). Los auditados informaron que este procedimiento fue eliminado debido a un cambio de versión.

- Vigencia segundo semestre año 2023:

Para el periodo se realizó la siguiente verificación en campo:

La dependencia auditada evidenció a través de correo electrónico, el reparto de asignación de los procesos judiciales a profesionales del derecho, registrándose un total de 137 actuaciones o repartos para la vigencia auditada. Esta situación se gestionó mediante los canales de comunicación de la Secretaría, principalmente a través de correos electrónicos.

El correo electrónico dirigido a cada profesional contenía el formato único de reparto, el cual evidenciaba las asignaciones semanales realizadas. Además se tomaron en cuenta los siguientes criterios para el reparto:

¹³ Papel de Trabajo: 33_ACTA_SS_IVC_OCL_004

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

- Prioridad de acuerdo con la fecha de los hechos y según los términos de cada actuación.
- Asignación semanal en el formato único de reparto.
- Envío a los abogados sustanciadores por correo electrónico, adjuntando el formato único de reparto diligenciado con los expedientes.

En lo que respecta al seguimiento realizado por el grupo auditado, se cuenta con un acta de fecha 10 de enero de 2024, donde se establecen lineamientos y seguimientos para el segundo semestre del año 2023, así como el seguimiento de vigencias pasadas, incluyendo 2022.

- Vigencia primer semestre año 2024:

Para la mencionada anualidad se cuenta con la modificación de un nuevo procedimiento M-PDS-IVC-PR-009, versión 3, con fecha de aprobación del 12 de junio de 2024 “Tramites Jurídicos de la Dirección IVC”, el cual inicia con la recepción de las diligencias preliminares para el trámite administrativo y jurídico y termina con el archivo correspondiente.

De acuerdo a la versión anterior y la vigente, se establece modificación en cuanto al punto de control número uno, lo cual varía en el diligenciamiento de base de datos, que para la vigencia 2023N se surtía en una matriz Excel y para la vigencia 2024 se efectúa en línea a través del Drive y/o repositorio de exclusividad de la secretaría para los trámites administrativos o jurídicos (Base de Datos), herramienta que se utiliza de manera transversal para llevar el seguimiento, control y reparto de las actuaciones administrativas.

Se observa base de datos “Reparto Abogados 2024”, en la cual se identifica (Tabla General de Reparto a Abogados 2024) relacionando los campos de abogado responsable, N° de reparto, fecha de reparto, No. de expediente, nombre del prestador o entidad, fecha de los hechos, vencimiento o caducidad, días de caducidad, observaciones de reparto, la asignación se distribuye por nombre en cada pestaña del documento.

Según lo revisado, se identifica que al verificar los registros de fechas (asignación de repartos) se determina que para febrero del año 2024 solo hubo una asignación de reparto, informando el equipo auditado que lo anterior obedeció a la insuficiencia de personal contratado. Situación que en los meses subsiguientes repercutió en que se duplicara la asignación o reparto al personal existente.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Teniendo en cuenta la base de datos que permite el seguimiento, la categorización y control, el equipo auditor informa que el reparto para cada una de las asignaciones es manejado a través de seis (6) componentes:

- I. Verificación de condiciones mínimas de habilitación.
- II. Investigación administrativa por presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud.
- III. Plan de gestión integral de residuos hospitalarios (PGIRH).
- IV. Dengue.
- V. Medicamentos.
- VI. Sistemas de información.

Para la vigencia 2023, como para el actual periodo 2024, el procedimiento establecido permite la articulación y el cumplimiento con la normatividad vigente - Capitulo III Art. 47 de la Ley 1437 del 2011 del Procedimiento administrativo sancionatorio. Artículo 193. Funciones de la dirección de IVC, numerales 2 y 3 de la ley 510 del 2022 y el procedimiento M-PDS-IVC-PR-009.

Una vez terminado el proceso de verificación e indagación de los temas auditados se identifica cumplimiento de los criterios definidos, Ley 1437 del 2011, Ley 510 del 2022 y el procedimiento M-PDS-IVC-PR-009.

Para la vigencia 2023, en la evaluación del control se identificó que el Profesional Especializado y/o Universitario es responsable de realizar semanalmente, la verificación del reparto de actuaciones administrativas, asignado a cada abogado sustanciador, validando la información contenida en cada expediente digital y que se registre en el formato Único de Reparto Jurídico, en caso de no realizar las actuaciones de acuerdo al reparto, dejan registro en acta de reunión de seguimiento al proceso. Como evidencia los auditados presentan correo electrónico de reparto.

De no cumplirse el control existe la posibilidad de materializarse el riesgo mediante la afectación reputacional y económica por caducidad de trámites administrativos puede presentarse debido a insuficiente Talento Humano.

Para la vigencia 2024, en la evaluación del control se identificó que el Profesional Especializado y/o Universitario es responsable de realizar semanalmente, la verificación del reparto de actuaciones administrativas, asignado a cada abogado sustanciador, validando la información contenida en cada expediente digital y que se registre en la Base de Datos de Trámites Jurídicos de la Dirección de

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

IVC almacenada en Drive. En caso de no realizar las actuaciones de acuerdo al reparto, se dejará registro en la base de datos de tramites Jurídicos de la Dirección de IVC. Los auditados presentan base de datos de tramites jurídicos de la Dirección de IVC.

De no cumplirse el control preventivo existe la posibilidad de materializarse el riesgo mediante la afectación reputacional y económica por caducidad de trámites administrativos debido a insuficiente Talento Humano.

3.1.5. Dirección Administrativa y Financiera

Para la Dirección Administrativa y Financiera se desarrolló la auditoría, así:

3.1.5.1. Gestión contractual¹⁴

La Directora Administrativa y Financiera de la Secretaría de Salud socializó base de datos con la contratación suscrita con la dependencia, tanto para la vigencia 2023 y para el primer semestre 2024. Procediendo, el auditor realizó la validación al insumo puesto a disposición, realizando las siguientes consideraciones:

- Vigencia 2023:

Para la anualidad, se suscribieron 985 contratos, distribuidos entre personas naturales y jurídicas. Según datos suministrada el número de contratos en total fue de 685 y 300.

Durante el ejercicio auditor se relacionaron para personas naturales 94 contratos y para personas jurídicas 187, para un total de 281 contratos/convenios suscritos para el segundo semestre de la vigencia 2023.

- Vigencia 2024:

De cara al referido periodo, entre personas naturales y jurídicas se suscribieron 669 contratos, de los cuales seis (6) fueron anulados y/o rechazados, es decir no nacieron a la vida jurídica o no generaron derechos, ni obligación para las partes.

¹⁴ Papel de Trabajo: 36_ACTA_SS_DAF_OCI_001

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Por consiguiente, para la presente vigencia, en lo que respecta a personas naturales se suscribieron 67 contratos y en lo que tiene que ver con personas jurídicas 602.

Ahora bien, para validar y evidenciar las etapas contractuales (precontractual, contractual y postcontractual), se tomaron de manera aleatoria entre los semestres auditados, 20 expedientes contractuales, donde se determinó lo siguiente:

Tabla 19: Expedientes contractuales

VIGENCIA 2023 – NATURALES			OBSERVACIONES
1	SS-CPS-703-2023	XIMENA SERRATO BUSTOS	Desde el proceso de gestión documental, se cuenta con hoja de control de documentos, la cual se registra en el formato A-GD-R-015., referente a los estudios previos los mismos son llevados bajo el formato A-GC-FR-043, por último, de conformidad a los documentos publicados en la plataforma SECOP II en el módulo “Ejecución del Contrato”, se observa que los mismos presentan ausencia del documento en lo que respecta a la factura del contrato.
2	SS-CPS-706-2023	YENNY PAOLA GUERRERO LEON	
3	SS-CPS-708-2023	FRANCY ANDREA PEREIRA TRIANA	
4	SS-CPS-709-2023	JIMMY TORRES RIOS	
5	SS-CPS-714-2023	DABEIBA ORTIZ TORRES	
VIGENCIA 2024 – NATURALES			OBSERVACIONES
6	SS-CPS-027-2024	MARIA ISABEL GONZALEZ VARGAS	No se evidencian los pagos efectuados al contratista tanto en el expediente físico, como en la plataforma SECOP II en el módulo “Ejecución del Contrato/Factura del Contrato”, así mismo no existen informes de supervisión del contrato (físico y SECOP II)., toda vez que, en el expediente físico, solo se observa hasta el acta de inicio con foliatura número 73.
7	SS-CPS-028-2024	EDITH DORRONSORO RIVERA	Desde el proceso de gestión documental, se cuenta con hoja de control de documentos, la cual se registra en el formato A-GD-R-015., referente a los estudios previos los mismos son llevados bajo el formato A-GC-FR-043, de conformidad a los documentos publicados en la plataforma SECOP II, se
8	SS-CPS-029-2024	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	
9	SS-CPS-030-2024	NOHORA INÉS ACOSTA RODRÍGUEZ	
10	SS-CPS-031-2024	IVAN ALBERTO PATIÑO MILLÁN	
11	SS-CPS-032-2024	HÉCTOR JULIO ARIAS HERRERA	
12	SS-CPS-033-2024	MARIA DEL PILAR COSMA ORTIZ	
13	SS-CPS-034-2024	MILENA GIRALDO PATIÑO	

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

14	SS-CPS-035-2024	MARIA XIMENA GÓMEZ SANTAMARIA	evidencia que los mismos guardan plena correlación con el expediente físico, sin embargo los informes de supervisión, solo se avizoran desde el módulo “Facturas del Contrato”, cuando en tiempo real se deben apreciar, desde el módulo “Ejecución del Contrato”.
15	SS-CPS-036-2024	YOLANDA DEL PILAR MARCELO PORRAS	
CONVENIOS LIQUIDADOS 2023			
16	SS-CD-647-2023	VÉLEZLAB	Liquidado y publicado. Acta de liquidación en la plataforma SECOP II.
17	SS-CDCTI-689-2023	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	
18	SS-CMC-005-2023(700)	MESSER COLOMBIA S.A.	
19	SS-CD-613-2023	AQUALAB SAS	
20	SS-CD-614-2023	ANNAR DIAGNOSTICA IMPORT S.A.S.	

- Etapa precontractual:

Según el cuadro resumen, se determinó que la secretaría realiza los estudios previos según el formato establecido bajo el respectivo procedimiento y considerando el tipo de contrato y su modalidad, como se aprecia en el apartado de las observaciones.

- Etapa contractual (ejecución del contrato):

En lo que respecta a la mencionada etapa, se analizó aspectos de publicación y supervisión de los contratos y convenios concernientes a su ejecución, donde para la vigencia 2023 de los contratos celebrados con personas naturales (contratos de prestación de servicios), existe incumplimiento frente a la publicación de las facturas de pago generadas en el contrato, toda vez que, de acuerdo con lo previsto en la Subsección 7 – Publicidad - Artículo 2.2.1.1.7.1. del Decreto Reglamentario 1082 de 2015, se establece lo siguiente:

ARTÍCULO 2.2.1.1.7.1. Publicidad en el SECOP. “La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición. La oferta que debe ser publicada es la del adjudicatario del Proceso de Contratación. Los documentos de las operaciones”.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

En esa misma línea, para la actual vigencia 2024 de acuerdo con la muestra seleccionada, se evidenció que el contrato identificado con el código alfanumérico SS-CPS-027-2024, no reporta los registros de los pagos efectuados al contratista tanto en el expediente físico, como en la plataforma SECOP II en el módulo “Ejecución del Contrato/Factura del Contrato”, misma situación se observa frente a la ejecución del contrato, dado que no se avizoran los informes de supervisión del contrato (Físico y SECOP II)., lo que se traduce, de igual forma en un incumplimiento a la publicidad de los documentos contentivos del expediente, lo cual va en contravía a lo establecido en la normatividad antes anotada y al manual de contratación del departamento Decreto 472 del 2018.

De igual forma se constató a través de la plataforma SECOP II, que en los contratos SS-CPS-027-2024, SS-CPS-028-2024, SS-CPS-029-2024, SS-CPS-030-2024, SS-CPS-031-2024, SS-CPS-032-2024, SS-CPS-033-2024, SS-CPS-034-2024, SS-CPS-035-2024 y SS-CPS-036-2024, se presenta uso indebido de la misma, debido a que los informes de supervisión se cargan en el módulo de Balance de pagos/facturas del contrato, cuando en tiempo real, se deberían cargar en la sección de Ejecución del Contrato/Documentos de la Ejecución, tal como lo establece la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente en su Guía, Secop II – Gestión Contractual Para Entidades.

Se realizó la verificación de 20 expedientes contractuales según la muestra establecida para el ejercicio de auditoría, abarcando desde la etapa contractual hasta la ejecución del contrato. En el análisis de la publicación y supervisión de seis (6) contratos específicamente, se determinó que en la vigencia 2023 los contratos celebrados con personas naturales (contratos de prestación de servicios) no muestran la publicación de las facturas de pago generadas en el contrato en la plataforma Secop II, específicamente en el módulo “Ejecución del Contrato”.

- Etapa postcontractual:

Por último, y de conformidad a la etapa postcontractual, se verificaron convenios interadministrativos de la vigencia 2023, donde se validó la finalidad de la liquidación, la cual era cerrar el circuito negocial en lo que atañe al cumplimiento de las obligaciones contractuales y así extinguir el vínculo contractual, dándole aplicabilidad al Art. 60 de la Ley 80 de 1993 y a las normas relacionadas como la Ley 1150 del 200 en su Artículo 11., resaltando que su registro (acta de liquidación) se confrontó en la plataforma transaccional Secop II. Cabe anotar que para la actual vigencia 2024, no se cuenta con la perentoriedad para liquidar los contratos suscritos.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

De la auditoría desarrollada en la Secretaría de Salud se evidenciaron **un (1) incumplimiento**, para la vigencia 2023 y 2024, según el - Artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto Reglamentario 1082 de 2015 y al manual de contratación del Departamento de Cundinamarca, anteriormente Decreto 472 del 2018 y actualmente Decreto 161 de 2024.

3.1.5.2. Gestión documental ¹⁵

La Secretaría de Salud, a través del proceso de gestión documental, presentó las Tablas de Retención Documental (TRD) correspondientes a las vigencias 2023 y 2024, las cuales fueron aprobadas el 18 de mayo de 2021 mediante la resolución No. 034 de 2021, por la cual se adoptan e implementan dichas tablas.

En cuanto a las transferencias documentales realizadas, el enlace delegado informó que estas solo se han llevado a cabo para la vigencia 2023, adjuntando las actas de entrega de las direcciones involucradas (Despacho del Secretario, Dirección Administrativa y Financiera, y Secretaría Jurídica). Asimismo, se aportó el Formato Único de Inventario Documental (FUID), en el cual se detalla el código, nombre de la serie-subserie, descripción, fecha inicial y final, y observaciones correspondientes.

Adicionalmente, se realizó una muestra en campo para verificar la rotulación de los expedientes contractuales, con el objetivo de corroborar la información mencionada, de la cual se obtuvo la siguiente información:

- Vigencia segundo semestre 2023:

Tabla 20: Tabla retención documental – segundo semestre 2023

SS-CPS-056-2023	
Código	21100-15-20
Fondo:	SECRETARÍA SALUD
Subfondo:	DESPACHO DEL SECRETARIO
Serie:	CONTRATOS
Subserie:	Contratos de Prestación de Servicios
Descripción:	Apoyar el desarrollo de las acciones de promoción, prevención y control para la reducción de los factores de riesgo que impactan en la morbilidad de las ETV y zoonosis en el departamento de Cundinamarca.

¹⁵ Papel de trabajo: 39_ACTA_SS_DAF_OCI_004

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

No. Caja:	EN GESTIÓN
No carpetas:	EN GESTIÓN
No. Tomo:	EN GESTIÓN
No. Folios:	EN GESTIÓN
Fechas extremas inicial:	EN GESTIÓN
Fechas extremas final:	EN GESTIÓN

- Vigencia primer semestre 2024:

Tabla 21: Tabla retención documental – primer semestre 2024

SS-CPS-056-2023	
Código	21100-15-20
Fondo:	SECRETARIA SALUD
Subfondo:	DESPACHO DEL SECRETARIO
Serie:	CONTRATOS
Subserie:	Contratos de Prestación de Servicio
Descripción:	Apoyar el desarrollo de las acciones de promoción, prevención y control para la reducción de los factores de riesgo que impactan en la morbimortalidad de las ETV y zoonosis en el departamento de Cundinamarca
No. Caja:	EN GESTIÓN
No carpetas:	EN GESTIÓN
No. Tomo:	EN GESTIÓN
No. Folios:	EN GESTIÓN
Fechas extremas inicial:	JUNIO 2024
Fechas extremas final:	EN GESTIÓN

Así las cosas, y de acuerdo con los criterios evaluados, se determinó que los rótulos cumplen con lo establecido en la TRD vigente. Sin embargo, para las vigencias auditadas de 2023 y 2024, se observó que en las rotulaciones de los ítems No. de Caja, No. de Carpetas, No. de Tomo, No. de Folios, y Fechas iniciales y extremas finales, no están diligenciados. El enlace delegado informó que esto se debe a que los expedientes aún forman parte del archivo de gestión, y por tal razón, dichos campos solo se completan cuando se realizan las respectivas transferencias. Para los contratos de prestación de servicios y convenios, esta diligencia se efectúa después de dos años; para los primeros, se cuenta a partir del último pago y/o factura, y para los convenios, desde el acta de liquidación.

Es oportuno indicar que el equipo auditado informa que, en lo que respecta a las transferencias para la vigencia 2024, estas se realizarán según el cronograma de visitas, el cual, a la fecha, no cuenta con una programación definida por parte del archivo central.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Verificados los criterios evaluados y teniendo en cuenta la importancia de las Tablas de Retención Documental (TRD), que regulan las transferencias de los documentos en las diferentes fases de archivo y sirven de apoyo para la racionalización de los procesos administrativos, se formula una oportunidad de mejora. Esta se justifica por la identificación de la desactualización de las TRD, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la gestión documental.

En ese orden de ideas, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 14 del Acuerdo No.004 de 2013, “Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental,” y el Acuerdo No. 001 del 29 de febrero de 2024 en la Sección 4, sobre la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD), artículo 5.1.4.1. y 5.1.4.2., “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones.”

Acuerdo No.004 de 2013 - Artículo 14º: Actualización de las Tablas de Retención Documental

Las Tablas de Retención Documental deberán actualizarse en los siguientes casos:

- Cuando existan cambios en la estructura orgánica de la entidad.
- Cuando existan cambios en las funciones.
- Cuando la entidad sufra procesos de supresión, fusión, escisión o liquidación.
- Cuando se produzcan cambios en el marco normativo del país.
- Cuando se transformen tipos documentales físicos en electrónicos.
- Cuando se generen nuevas series y tipos documentales.
- Cuando se hagan cambios en los criterios de valoración, soportes documentales y procedimientos que afecten la producción de documentos.

Acuerdo No. 001 de 2024 - Artículo 5.1.4.1: Actualización de las Tablas de Retención Documental

Las Tablas de Retención Documental deben actualizarse en los siguientes casos:

- Cuando existan cambios en la estructura orgánica de la entidad.
- Cuando se creen o supriman grupos internos de trabajo.
- Cuando se asignen o supriman funciones a la entidad.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

- Cuando se redistribuyan funciones entre las unidades administrativas de la entidad.
- Cuando la entidad sea sometida a procesos de fusión o escisión.
- Cuando se expidan normas que impacten la producción documental de la entidad.
- Cuando se transformen tipos documentales físicos en electrónicos.
- Cuando se generen nuevas series y subseries documentales.
- Cuando se generen nuevos tipos documentales.
- Cuando se hagan cambios en los criterios de valoración y, por lo tanto, se modifiquen los tiempos de retención documental y disposición final de las series y subseries documentales; o por la identificación de series y subseries documentales relativas a los Derechos Humanos (DDHH) y al Derecho Internacional Humanitario (DIH) que no habían sido identificadas anteriormente como tales.

Es por ello que resulta pertinente tomar las medidas necesarias para llevar a cabo la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD), dado que estas son el instrumento clave para establecer los documentos de una entidad, su necesidad, y la importancia en términos de tiempo de conservación y preservación, así como las acciones a tomar una vez finalice su vigencia o utilidad.

De acuerdo con el ejercicio de auditoría realizado, se identifica una oportunidad de mejora relacionada con la necesidad de actualizar las Tablas de Retención Documental, conforme a lo establecido en el artículo 14 del Acuerdo No.004 de 2013, "Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental", así como en el Acuerdo No. 001 del 29 de febrero de 2024, en la Sección 4 sobre la Actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD), Artículos 5.1.4.1 y 5.1.4.2, "Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones".

3.1.5.3. Gestión Jurídica¹⁶

El enlace delegado por parte de la Secretaría de Salud indica que la gestión jurídica de la Secretaría opera de manera transversal y/o de apoyo con la Secretaría Jurídica de la Gobernación de Cundinamarca. Esta última tiene a su cargo la representación técnica y jurídica de la dependencia auditada. Es importante señalar que, de acuerdo con lo anterior, la Secretaría de Salud gestiona

¹⁶ Papel de Trabajo: 38_ACTA_SS_DAF_OCI_003

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

dos grandes procesos judiciales: las acciones constitucionales (tutelas) y las conciliaciones prejudiciales.

- Acciones de tutelas:

Para el primer grupo, las acciones de tutela se desarrollan de manera transversal, siguiendo los lineamientos de la Secretaría Jurídica del Departamento. En este contexto, el Decreto 283 de 2018 y la Circular 092 de noviembre de 2022 establecen los procedimientos para dichas acciones, incluyendo la radicación, distribución por competencia y seguimiento de las actuaciones de tutela.

De acuerdo con el alcance del ejercicio de auditoría, se abarcó el segundo semestre de 2023 y el primer semestre de 2024, relacionando la distribución correspondiente para las respectivas vigencias:

- Segundo semestre, vigencia 2023:

Tabla 22: Relación de tutelas – segundo semestre 2023

ACCIONES DE TUTELA IMPETRADAS CONTRA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	CANTIDAD
Tutelas contestadas en término/total tutelas recibidas por la entidad	907
Cantidad de fallos favorables proferidos	299
Cantidad de fallos desfavorables proferidos en el mes reportado	5

La información anterior se suministra en virtud de los seis (6) informes de tutela que la Secretaría Jurídica del departamento presenta mensualmente. Estos informes fueron enviados al ejercicio auditor por correo electrónico y se encuentran almacenados en la base de datos (repositorio) de la Secretaría auditada. Esta herramienta se utiliza para realizar el seguimiento de las acciones, complementada por la plataforma SIPROJ - Sistema de Información de Procesos Judiciales.

Primer semestre, vigencia 2024:

Tabla 23: Relación de tutelas – primer semestre 2024

ACCIONES DE TUTELA IMPETRADAS CONTRA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	CANTIDAD
Tutelas contestadas en término/total tutelas recibidas por la entidad	897
Cantidad de fallos favorables proferidos	1.191
Cantidad de fallos desfavorables proferidos en el mes reportado	23

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

De los seis (6) informes suministrados por el enlace delegado de la Secretaría de Salud, se observa que tanto para la vigencia 2023 como para 2024, estos informes detallan hechos relevantes o causales recurrentes que han llevado a la interposición de acciones de tutela, así como causales recurrentes para fallos favorables, desfavorables e incidentes de desacato.

En lo que respecta a los procesos judiciales de conciliaciones prejudiciales, a cargo de la Secretaría auditada y bajo la supervisión de la Secretaría Jurídica del Departamento de Cundinamarca, se destaca que el proceso comienza con la interposición de una demanda contenciosa que persigue una o varias pretensiones. Antes de presentar esta demanda, se realiza una conciliación prejudicial, donde la Secretaría proporciona el insumo necesario para que el Departamento, a través de su apoderado judicial, pueda asumir la defensa jurídica conforme a las decisiones discutidas y aprobadas por el Comité de Conciliación y Defensa Judicial del Departamento.

Para el ejercicio de auditoría, se ha obtenido información actualizada a través de la plataforma SIPROJ (Sistema de Información de Procesos Judiciales). En el segundo semestre de 2023 se llevaron a cabo dieciséis (16) conciliaciones prejudiciales, mientras que en la vigencia actual de 2024 se han realizado siete (7) conciliaciones extrajudiciales.

Además, los enlaces delegados han informado que, tanto para las acciones de tutela como para las conciliaciones extrajudiciales, enfrentan dificultades diarias en el manejo de estos procesos. Se ha identificado la necesidad de implementar un sistema que mejore la eficiencia y transparencia en la gestión de estos procesos.

Por lo tanto, se formula una oportunidad de mejora recomendando a la Secretaría de Salud y a su Oficina Asesora Jurídica colaborar con la Secretaría Jurídica para implementar un sistema o plataforma que establezca métodos, estándares y protocolos claros para cada etapa del proceso judicial. Este sistema debería incluir pasos secuenciales y coherentes para cada caso, evitando la arbitrariedad y promoviendo la uniformidad en la aplicación de las leyes. Además, permitiría registrar buenas prácticas, identificar obstáculos y errores comunes, y facilitar la gestión integral de los procesos judiciales.

De acuerdo con el ejercicio de auditoría realizado a la Secretaría de Salud, se identifica una oportunidad de mejora en la colaboración de la Oficina Jurídica de la Secretaría de Salud con la Secretaría Jurídica del Departamento. Se sugiere la implementación de un sistema de recepción de procesos judiciales que permita mejorar la eficiencia y eficacia en el manejo de estas actividades.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Sin embargo, se observa que, en base a las consideraciones anotadas y la función de apoyo y transversalidad del equipo auditado, se cumple con los procedimientos establecidos. La Oficina Asesora Jurídica de la Secretaría de Salud está cumpliendo adecuadamente con la defensa judicial en conformidad con los procesos judiciales asignados.

3.1.5.4. Participación y atención al ciudadano¹⁷

Instalada la mesa de trabajo, el equipo auditado contextualiza al auditor delegado por parte de la Oficina de Control Interno que la dependencia funciona como Oficina de Participación y Atención al Ciudadano (OPACS) y no como una dirección. La OPACS es responsable de la distribución de las PQRSDF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones), las cuales se reciben a través del sistema de información MERCURIO para la Secretaría de Salud.

De acuerdo con el procedimiento establecido M-PDS-OPACS-PR003 (Distribución y reparto de las PQRSDF al interior de la Secretaría de Salud), una vez que una PQRSDF es radicada en el Centro de Información y Atención al Usuario (CIAU), se distribuye de manera inmediata a cada dependencia correspondiente.

La coordinadora de la OPACS, al recibir dicha distribución, registra, analiza y realiza el reparto a las distintas direcciones para que cada una proceda conforme a sus competencias. La OPACS realiza el seguimiento mediante una base de datos que incluye ítems de verificación para asegurar la efectividad del proceso. Este sistema de control también cuenta con alertas para cumplir con los plazos establecidos por la normatividad vigente (Ley 1755 de 2015). En caso necesario, se envían correos electrónicos informando el estado de la petición.

Además, la Secretaría de Salud cuenta con otro sistema de recepción para las PQRSDF, gestionado a través de la plataforma SuperArgo proporcionada por la Supersalud. Esta plataforma permite la gestión en tiempo real de las PQRSDF, con una persona designada por la Oficina de Participación y Atención al Ciudadano para el trámite correspondiente.

Es pertinente mencionar que la dependencia auditada cumple con el procedimiento establecido para la distribución de las PQRSDF. En las últimas fases del proceso, se socializa un informe detallado con directores y jefes de oficina sobre el estado de las PQRSDF, informando si están vencidas o próximas a vencer, quién la tiene asignada, los días de gestión, si está fuera de tiempo y la dirección

¹⁷ Papel de Trabajo: 37_ACTA_SS_DAF_OCI_002

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

a la que pertenece. Este proceso culmina con un comité referente de distribución de PQRSDf, donde se revisan los distintos administradores, errores, desviaciones y otros aspectos relevantes.

De conformidad con lo anterior, la Oficina de Participación y Atención al Ciudadano (OPACS) presenta las siguientes evidencias:

- Actas de reunión del Comité PQRSDf
- Actas de reunión extraordinaria de referentes
- Presentación de enlaces PQRSDf
- (3) Informes de seguimiento del año 2023
- (3) Alertas de seguimiento del año 2023
- Invitación al Comité PQRSDf
- (3) Informes de seguimiento del año 2024
- (3) Alertas de seguimiento del año 2024
- Listado de asistencia del Comité
- Muestra de cuadro trimestral enviado por la Secretaría General para los años 2023-2024, indicadores de respuesta en oportunidad (2) Alertas 2023-2024 enviadas por la Secretaría General.

Para el ejercicio de auditoría, se concluye que la OPACS cumple con el Decreto 510 de 2022 en su numeral 3, ya que se estableció que realiza el correcto análisis y seguimiento del componente auditado (Distribución de las PQRSDf).

3.2. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

La evaluación de la gestión de riesgos es una parte fundamental del proceso de auditoría, ya que permite identificar, analizar y mitigar posibles amenazas que pueden afectar el logro de los objetivos de cada Secretaría. En esta sección, se analizarán los enfoques y prácticas implementadas para gestionar los riesgos:

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Tabla 24: Evaluación de Riesgos ¹⁸

N	Proceso	RIESGO	CONTROL	EVALUACIÓN DEL CONTROL
1	Dirección de Aseguramiento	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento en el reconocimiento del pago de facturación presentada por los prestadores de servicios de salud, debido a la falta de infraestructura tecnológica que permitan articular la información para garantizar radicación, verificación, control y reconocimiento del pago de la facturación radicada.	<p>Preventivo</p> <p>El profesional universitario de la dirección de aseguramiento en salud (responsable) cada vez que se requiera (periodicidad) verifica los formatos de auditoría previo a su respectivo trámite de reconocimiento de pago por resolución (propósito), mediante del cruce del formato de auditoría y base de datos de cuentas médicas dando una aprobación del reconocimiento de pago (cómo se realiza). En caso de no registrar la aprobación se debe emitir un correo justificando el estado de la facturación (desviación), base de datos de cuentas por pagar (evidencia).</p>	<p>El Profesional Universitario hace seguimiento constante a la matriz de compromisos la cual a parte de ser un instrumento de control busca generar la posibilidad de desarrollar una herramienta tecnológica que permita realizar las actividades de radicación, verificación, control de cuentas médicas, radicadas por prestadores de servicios; además de realizar validación de los RIPS, cumpliendo con los objetivos de la Dirección, respecto de la validación y aprobación del reconocimiento de pago.</p> <p>La matriz de compromiso tiene como utilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de un visor adjunto a la matriz BASE 0 en el cual se podrá verificar en tiempo real la cantidad de facturas radicadas por entidad. • Semaforización en la Base 0 que permite identificar y controlar los tiempos que requiere la auditoría desde la etapa de radicación y generar alertas de cumplimiento o incumplimiento, según sea el caso. • Tiene un control de duplicidad en los registros de facturas al momento de radicación donde identifica una alerta roja que indica que la factura ya se ha radicado, y se realiza la no aceptación inmediata y depuración de la información de vigencias anteriores con inconsistencias.

¹⁸ Papel de Trabajo: 08_SEC_SALUD_FR057

2	Dirección de Desarrollo de Servicios	Posibilidad de afectación reputacional por demora en aprobación de proyectos de inversión de dotación o infraestructura, debido a desconocimiento técnico y homologación de criterios sobre el Plan Bienal de Inversiones en Salud y viabilidad de proyectos al interior del equipo.	<p>Preventivo</p> <p>El equipo de trabajo de Infraestructura y Dotación de la Dirección de Desarrollo de Servicios (Responsable), cada vez que requiera (Periodicidad) verifica dentro de los soportes del proyecto que se cumpla con el concepto de aprobación del grupo de Redes de la Dirección de Desarrollo de Servicios antes de emitir concepto de viabilidad técnica del mismo proyecto (Propósito), mediante la implementación de la lista de chequeo para proyectos de infraestructura o dotación (Cómo lo realiza), si no cumple con esta verificación, se realiza oficio a la ESE o Alcaldía respectiva (Desviación). Listas de chequeo implementadas (Evidencia).</p>	<p>Se observa que la Dirección de Desarrollo de Servicios verifica los soportes de radicación de los proyectos de dotación hospitalaria y el cumplimiento de estos previo a emitir su concepto de aprobación cuando el proyecto alcanza la viabilidad, basado en la lista de chequeo solicitada por el formato: M-PDS-DRS-FR048, junto con los documentos que apliquen para cada caso. Para los casos donde no se cumplen los criterios de formulación del proyecto, el profesional responsable desde la Dirección de Desarrollo de servicios emite un concepto de no viabilidad o reformulación en la estructuración del mismo.</p> <p>La dirección de Desarrollo de Servicios aporta la matriz de seguimiento a los proyectos presentados por las ESE. durante el segundo semestre de 2023 y el primer semestre de 2024, el profesional universitario comunica el estado, avance, viabilidad o reformulación del proyecto a la ESE y a su misma Dirección de Desarrollo de Servicios.</p>
3	Dirección de Salud Pública	Posibilidad de la afectación reputacional por la insatisfacción en el resultado de las acciones colectivas de Salud Pública debido a las deficiencias en las estrategias diseñadas por cada una de las dimensiones de salud pública.	El profesional especializado de la subdirección de Vigilancia en Salud Pública (Responsable), trimestralmente (Periodicidad) verifica la calidad, coherencia y oportunidad de los Eventos de Interés en Salud Pública durante el ingreso al sistema de información Sivigila por parte de las Unidad Notificadora Municipal y sus Unidades Primarias Generadora de Datos (Propósito), realizando un consolidado departamental de la notificación de los 116	Los auditados afirman que para el proceso de revisión en calidad, coherencia y oportunidad de la información reportada al SIVIGILA se está realizando con una periodicidad trimestral, consolidando la información de los 116 municipios y sus Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD. Esto se lleva a cabo por medio de una matriz de seguimiento donde se evidencian los cumplimientos e incumplimientos con los reportes. En caso de no cumplimiento se oficia al municipio como plan de choque para que se haga el reporte con la periodicidad que se reglamenta.

			<p>municipios y sus Unidades Primarias Generadora de Datos que cumpla con las características exigidas en el manual Sivigila del Instituto Nacional de Salud (Cómo se realiza), en caso de no llevar a cabo la verificación se realiza soporte técnico a los municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos en el tema Sivigila (Evidencia) Matriz de seguimiento.</p>	
4	Dirección de Salud Pública	<p>Posibilidad de la afectación reputacional por la insatisfacción en el resultado de las acciones colectivas de Salud Pública debido a las deficiencias en las estrategias diseñadas por cada una de las dimensiones de salud pública.</p>	<p>El profesional universitario del área de salud pública (Responsable), trimestralmente (Periodicidad) realiza seguimiento a los sujetos susceptibles de inspección, vigilancia y control sanitaria antes de una posible medida sanitaria (Propósito) mediante el seguimiento al cumplimiento de las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario registrándolo en matriz de seguimiento. En caso de que no se observe el seguimiento se notifica a la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública para subsanar y dar continuidad al procedimiento normativo. (Evidencia) Matriz de seguimiento.</p>	<p>Desde la subdirección de vigilancia sanitaria se verifica que realizan las habilitaciones a empresas de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable, donde por medio de conceptos técnicos favorables habilitan a las empresas solicitantes para prestar sus servicios en el territorio Cundinamarqués. Esto permite hacer seguimiento y garantizar que no se presente una medida sanitaria al departamento.</p>
5	Gestión de la Red de Laboratorios	<p>Posibilidad de afectación reputacional por Inoportuna disponibilidad de los recursos en el Laboratorio debido a demoras en la fase precontractual.</p>	<p>Los líderes técnicos (Responsable), trimestralmente (Periodicidad), realizan seguimiento al indicador de Oportunidad en entrega de resultados del Laboratorio de Salud Pública (Cómo lo realiza) con el propósito de verificar si los resultados están cumpliendo con la oportunidad establecida</p>	<p>Desde el laboratorio de forma trimestral realizan el informe de desempeño, que permite verificar el seguimiento al indicador de oportunidad establecido en por el portafolio de ensayos, evidenciando el cumplimiento en la periodicidad que se establece para esta actividad.</p>

			<p>en el portafolio de ensayos. (Propósito). En caso de que no se realice el seguimiento al indicador, se notifica al líder de calidad, para hacer el requerimiento a los líderes técnicos mediante el correo electrónico. (Desviación). Informe de revisión al desempeño (Evidencia).</p>	
6	<p>Dirección de Inspección, Vigilancia y Control</p>	<p>de y</p> <p>Posibilidad de afectación reputacional y económica por multa, sanción o reprocesos de las acciones de inspección, vigilancia y control debido a déficit de conocimiento e implementación normativa.</p>	<p>(Responsable): El Profesional Especializado y/o Universitario, del procedimiento de verificación de condiciones mínimas de habilitación (Periodicidad): mensualmente (Propósito): valida el diligenciamiento del informe de visita antes de realizar el cargue en la plataforma del REPS (Registro especial de Prestadores de servicios de Salud), (Cómo se realiza): realiza seguimiento de los informes generados de las visitas de la verificación de condiciones mínimas de habilitación a prestadores de servicios de salud, (Desviación): en caso, que el informe se encuentre con errores en el diligenciamiento, se notificará por medio de correo electrónico, al coordinador de la visita, para el respectivo ajuste (evidencia): Base de datos de revisión de informes.</p>	<p>Se identifica que la dirección de IVC cumple con lo establecido en los puntos de control, define al profesional Especializado y/o Universitario, para que se encargue de manera mensual, de la validación en el diligenciamiento del informe de visitas, verificando condiciones mínimas a los prestadores de servicios de salud, antes de realizar el reporte a Registro especial a prestadores de servicios de salud (REPS).</p> <p>Para la vigencia año 2023: Se evidencia que cuentan con base de datos en formato Excel, en la cual tienen registrada información de visitas efectuadas, para el ejercicio auditor, según el alcance (Julio a diciembre), se tomó como prueba (12 registros) los cuales cuentan con respectivos informes de visita, soportes de cargue a la plataforma REPS y la notificación resultada de visita al prestador de servicios de salud.</p> <p>Para la vigencia año 2024: Se evidencia que cuentan con una Base de datos en plataforma Drive, en la cual llevan registro y control de las visitas efectuadas, para el ejercicio auditor, según el alcance (enero a junio), se tomó como prueba (12 registros) de los cuales se identificó, el informe de visita, conforme el soporte de</p>

				cargue a la plataforma REPS y la notificación resultada de visita al prestador de servicios de salud.
7	Dirección de Inspección, Vigilancia y Control	Posibilidad de afectación reputacional y económica por caducidad de trámites administrativos debido a insuficiente Talento Humano.	(Responsable): El Profesional Especializado y/o Universitario (Periodicidad): semanalmente (Propósito): verifica el reparto de actuaciones administrativas, asignado a cada abogado sustanciador (Cómo se realiza): valida la información contenida en cada expediente digital y se registra en el formato Único de Reparto jurídico (Desviación): En caso de no realizar las actuaciones de acuerdo al reparto, se dejará registro en acta de reunión de seguimiento al proceso. (Evidencia): correo electrónico de reparto.	Desde la dirección de IVC el profesional Especializado y/o Universitario, cumple con el control de validar mensualmente, el diligenciamiento de actuaciones derivadas del procedimiento investigación de fallas en la prestación del servicio de salud, antes de enviar a los investigados o peticionarios, analiza la solicitud, si es competente emiten un informe, encontrando mérito y se da inicio a la segunda fase, la cual es llevada por la oficina jurídica, donde se inicia la actuación administrativa-proceso sancionatorio, en caso de no ser competente se dirige al área encargada para respectiva asignación y respuesta. Como evidencia se tiene base de datos (Averiguación preliminar) y Base de datos (Actuaciones Administrativas Investigación).
8	Dirección Administrativa y Financiera	Gestión Contractual: Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en el seguimiento a la ejecución de contratos y convenios por parte de los supervisores/interventores designados por el ordenador del gasto debido a debilidades en el seguimiento de la ejecución contractual.	Con el fin de que los servidores públicos con funciones de supervisión de contratos/convenios, delegados por el ordenador del gasto, aplique la ley y las normas contenidas en el manual que les permita asegurar la adecuada ejecución de los contratos/convenios de la gobernación. Como evidencia se dejan los informes de supervisión A-GC-FR- 017 del contrato/convenio. En caso de evidenciar circunstancias que afectan el seguimiento a la ejecución contractual se harán	Para el mencionado control, el ejercicio auditor se basó en las etapas contractuales que rigen la contratación pública, donde se determina que para la etapa precontractual y poscontractual la secretaría auditada ejecuta la misma de conformidad a la normatividad vigente y el manual de contratación de la Gobernación de Cundinamarca, no obstante, en lo que respecta a la etapa contractual, se evidencian debilidades en la ejecución de los contratos frente a la supervisión de los mismos, toda vez que, la publicación en la plataforma transaccional SECOP II no se lleva de manera adecuada, dado que para la

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

			capacitaciones con los funcionarios de las dependencias.	vigencia 2023, no se publicaban las facturas correspondientes al pago efectuado en cada uno de los proceso contratados, así mismo para la vigencia 2024, se determina que el equipo auditado, reporta los informes de supervisión en la plataforma SECOP II, de manera inadecuada, lo que permite inferir, que no se realiza una adecuada supervisión en los contratos, incumpliendo lo establecido por las normas concordante Artículo 2.2.1.1.7.1. del Decreto Reglamentario 1082 de 2015 y al manual de contratación del departamento Decreto 472 del 2018
9	Dirección Administrativa y Financiera	<p>Gestión Jurídica:</p> <p>Posibilidad de afectación económica y reputacional, por sanciones disciplinarias, fiscales, administrativas y penales para la entidad y los funcionarios de las dependencias a cargo, por desacato de las órdenes judiciales impartidas por el operador judicial.</p>	<p>El Director de Defensa Judicial y Extrajudicial una vez notificado el fallo desfavorable por parte del apoderado judicial, profiere requerimiento y de ser necesario convoca a mesa de trabajo a la dependencia a cargo del cumplimiento, a fin de que suministre los insumos, liquidaciones y demás para emitir el acto administrativo de ejecución y pago dentro de los términos legales establecidos en cumplimiento al Procedimiento de Procesos Judiciales Código: A-GJ-PR-002. Evidencia oficio y/o acta. En caso que la dependencia a cargo que no suministre los insumos, liquidaciones y demás para emitir el acto administrativo de ejecución y pago se requerirá al Secretario de Despacho que corresponda.</p>	<p>De manera trasversal la Secretaría de Salud coopera con la Secretaria Jurídica del departamento, con todos los insumos para que esta, como líder del proceso, lleve a cabo la defensa judicial de la administración, indicando que los procesos judiciales que de manera trasversal se presta coadyuancia, son las conciliaciones prejudiciales y las acciones de tutela.</p>

10	Dirección Administrativa y Financiera	<p>Gestión Documental</p> <p>Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones disciplinarias y pecuniarias debido a reprocesos administrativos, pérdida de información que se encuentre bajo custodia y administración en los archivos de gestión y archivo central.</p>	<p>La dirección de Contratación elabora y actualiza el Manual de Gestión Contractual, Sistema de Compra Pública, Supervisión, Control y Procedimiento Sancionatorio del Departamento de Cundinamarca; con el fin de que los servidores públicos con funciones de supervisión de contratos/convenios, delegados por el ordenador del gasto, apliquen la ley y las normas contenidas en el manual que les permita asegurar la adecuada ejecución de los contratos/convenios de la entidad.</p> <p>Como evidencia se dejan los informes de supervisión A-GC-FR- 017 del contrato/convenio. En caso de evidenciar circunstancias que afectan el seguimiento a la ejecución contractual se harán capacitaciones con los funcionarios de las dependencias.</p>	<p>Se evidenció en el ejercicio auditor, que el administrador del sistema de Gestión Documental de la Secretaría de Salud, bajo el formato A-GD-FR-011, realizó las visitas de verificación de Aplicación de las TRD, para la vigencia 2023, donde se aprecia las actas de entrega de las direcciones involucradas (Despacho del secretario, Dirección Administrativa y Financiera y Secretaría Jurídica), de igual forma se aporta el formato único de inventario documental - FUID, donde se refleja el código, nombre de la serie-subserie, descripción, fecha inicial y fecha final y observaciones.</p> <p>En lo que respecta a las transferencias para la vigencia 2024, se informa que se realizarán según el cronograma de visita, mismo que a la fecha no cuenta con programación por parte del archivo central.</p>
11	Dirección Administrativa y Financiera	<p>Subproceso de Participación y Atención al Ciudadano en Salud:</p> <p>Posible afectación reputacional, económica y demandas jurídicas, o acciones de tutela por la no contestación de las PQRSDF dentro de los tiempos de respuesta establecidos por la ley vigente (Ley 1755 de 2015 y demás conexas).</p>	<p>La Directora de Gestión Documental designa a los funcionarios que van a realizar visita de acuerdo con la programación trimestral publicada mediante Cronograma, aplicando el formato A-GD-FR-011 Verificación de Aplicación de las Tablas de Retención Documental, con el objetivo de validar el cumplimiento de la Ley 594 de 2000 y la implementación de los instrumentos archivísticos, en caso que alguna dependencia no atienda la visita</p>	<p>De acuerdo con el control planteado, se pudo observar en el ejercicio de auditoría, que se cumple de manera total con el procedimiento y con la normatividad vigente, dado que se corroboró, al equipo auditado, buenas prácticas y eficiencia en la distribución de las PQRSDF y su respectivo seguimiento y control.</p>

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

			programada, se reprogramara para el siguiente trimestre. Evidencia: Cronograma y formatos A-GD-FR-011.	
--	--	--	--	--

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

3.3. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En virtud de la normatividad, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación aplicados para el cumplimiento del Sistema de Control Interno, por parte de la secretaria de Salud, se evaluaron cinco (5) criterios diferenciales del Sistema de Control Interno relacionados con la gestión y cumplimiento de la normatividad vigente dentro de los procesos establecidos por dirección, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 25: Criterios diferenciales evaluados¹⁹

N.º	Componente evaluado (SCI)	Criterio diferencial	Resultado	Detalle del resultado
1	Actividades de Control – Primera Línea	Establecer responsabilidades para la ejecución de las actividades de control y asegurar que personas competentes y con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y oportunidad.	Cumple parcialmente	En la Secretaría de Salud se evidencia que realizan la asignación de responsables competentes, sin embargo, en algunas direcciones como lo son Aseguramiento, Desarrollo de Servicios, Salud Pública y DAF, se presenta cumplimiento parcial.
2	Información y Comunicación – Primera Línea	Cumplir con las políticas y lineamientos para generar y comunicar la información relevante, de manera accesible, oportuna, confiable, íntegra y segura, que facilite las acciones de control en la entidad.	Cumple	Desde la Secretaría se ha garantizado el acceso a la información desde los aplicativos dispuestos para tal fin como lo son Mercurio, Micrositio, Isolución, y aplicativos externos que se usan para reportar a las entidades del orden nacional.
3	Actividades de Monitoreo – Segunda Línea	Revisar con la primera línea la adecuada formulación de los planes de mejoramiento y generar recomendaciones (análisis de causas, acciones, responsables y tiempos).	Cumple parcialmente	Desde la Secretaría se ejecutan las actividades de monitoreo de forma parcial, por la evidencia encontrada en la auditoría, se determina que se debe hacer seguimiento periódico de sus procedimientos y cómo se están llevando a cabo, por eso, es recomendable hacer una revisión y/o actualización de los procedimientos.

¹⁹ 08_SEC_SALUD_FR057

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

4	Información y Comunicación – Segunda Línea	Verificar que la información fluya, a través de los canales establecidos, de manera accesible, oportuna, confiable, íntegra y segura al interior de la entidad, que respalde el funcionamiento del sistema de control interno.	Cumple parcialmente	Se evidencia un cumplimiento parcial en el uso de los canales de comunicación, ya que para la Dirección de Aseguramiento no se asignan asistencias técnicas por los mecanismos establecidos según su procedimiento, sin embargo, para las demás direcciones se evidencia cumplimiento.
5	Evaluación de Riesgos – Primera Línea	Verificar que los responsables ejecuten los controles tal como se diseñaron.	Cumple parcialmente	Se determina cumplimiento parcial, debido a la falta de controles en: El cargue de los RIPS a SISMASTER, esto se debe a que en el procedimiento se especifica el cargue a esta plataforma para validar el archivo .DAT, sin embargo esta acción no se está ejecutando conforme al procedimiento. No se están realizando los comités de estadísticas vitales con la periodicidad establecida en su guía y la norma (mensual). No se evidencia publicación en el SECOP II de los documentos de pago de los contratos tomados de muestra.

4. LIMITACIONES PARA EL TRABAJO DE AUDITORÍA INTERNA

En el trabajo de auditoría realizado a la Secretaría de Salud, no se presentaron limitaciones que pudieran afectar la profundidad, alcance o resultados del análisis. Se obtuvo toda la información, documentación y recurso humano necesario para llevar a cabo las pruebas de auditoría planificadas, permitiendo así una evaluación completa y precisa conforme a los procedimientos y normativas vigentes.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

5. RESULTADOS DE AUDITORÍA

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del trabajo de auditoría realizado. Estos hallazgos han sido identificados y analizados con base en el objetivo, los procedimientos establecidos y la normatividad vigente planteados desde el inicio del proceso. Los resultados detallados reflejan el estado actual de los procesos de las direcciones auditadas, así como las recomendaciones pertinentes para mejorar la eficiencia y el cumplimiento de las normativas aplicables:

Tabla 26: Relación de los resultados

TIPO DE RESULTADO	CANTIDAD	REFERENCIACIÓN
Fortalezas	1	5.1
Oportunidades de mejora	5	5.2
Incumplimientos	3	5.3
TOTAL	9	

5.1. FORTALEZAS

Durante la auditoría, se destacó como una fortaleza significativa el proceso de gestión de expedientes digitales en la Dirección de Vigilancia en Salud Pública – Equipo de la Línea de Seguridad Química. Este proceso, bien estructurado y eficientemente implementado, facilita un acceso rápido y seguro a la información, y asegura una adecuada trazabilidad de los documentos necesarios para expedir conceptos técnicos favorables a las empresas que prestan servicios de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua para consumo humano. La digitalización y organización efectiva de los expedientes han mejorado la eficiencia operativa, reducido errores asociados con la gestión de documentos físicos, y han impulsado la transición hacia una política de cero papel.

5.2. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Durante la auditoría, se han identificado varias oportunidades de mejora que, al ser implementadas, podrían fortalecer de manera significativa los procesos y controles internos de la Secretaría. Las recomendaciones propuestas están orientadas a optimizar la eficiencia operativa, garantizar el cumplimiento normativo y mitigar posibles riesgos futuros, contribuyendo de esta forma al logro de los objetivos estratégicos de cada Dirección.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

5.2.1. Dirección de Aseguramiento en Salud

- Situación Actual:** Durante la revisión del procedimiento transversal Código M-PDD-PR-008 "Asistencia Técnica", se identificó que en el ítem 4 de las columnas de Flujograma y Descripción/Documentos, se establece que la asignación debe realizarse a través de Mercurio, memorando o correo electrónico. No obstante, en el ejercicio de auditoría se observó que la asignación se está llevando a cabo directamente al responsable, omitiendo el proceso estipulado en el procedimiento.

Oportunidad de Mejora: Se recomienda a la Dirección de Aseguramiento en Salud que se adhiera estrictamente al procedimiento establecido, siguiendo los pasos y mecanismos de asignación definidos para las asistencias técnicas.

5.2.2. Dirección de Desarrollo de Servicios

- Situación Actual:** En la auditoría a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, se evidenció en el subproceso de Desarrollo y Gestión de la Red de Prestación de Servicios que los proyectos de dotación recibidos incluyen archivos adjuntos que están protegidos por una clave de acceso. Esta restricción dificulta la labor del profesional encargado de atender el proyecto y obstaculiza su viabilización.

Oportunidad de Mejora: Se recomienda a la Dirección de Desarrollo de Servicios que al recibir archivos, se aseguren de que estos no contengan restricciones de acceso, como contraseñas, para permitir que el profesional pueda tramitar la viabilización del proyecto con mayor efectividad.

- Situación Actual:** En la auditoría a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, se observó en el subproceso de Desarrollo y Gestión de la Red de Prestación de Servicios que, en el seguimiento de proyectos de dotación, se identificó un desfase significativo en el caso del proyecto de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Fomeque 2024. El último seguimiento a las observaciones del proyecto se realizó el 5 de febrero de 2024, según corroborado mediante correo electrónico. Han transcurrido 5 meses sin que se haya realizado un nuevo seguimiento, lo que impide revisar la trazabilidad y continuidad en la gestión del proyecto. Este largo periodo sin comunicación entre el área de Desarrollo de Servicios de la Secretaría

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

de Salud de Cundinamarca y la E.S.E. subraya la necesidad de fortalecer el apoyo y seguimiento para asegurar el avance y la viabilización de los proyectos presentados.

Oportunidad de Mejora: (A) En la matriz de proyectos, incluir una casilla para registrar el conteo total de días transcurridos en el apoyo al proyecto. (B) Añadir una casilla en la matriz del proyecto para un semáforo de alerta mensual sobre el seguimiento, respaldado por correos electrónicos institucionales.

5.2.3. Dirección Administrativa y Financiera

- **Situación Actual:** La Oficina Jurídica de la Secretaría de Salud presenta deficiencias en el sistema de recepción para los procesos judiciales, lo que dificulta el seguimiento y operatividad de los mismos.

Oportunidad de Mejora: Se recomienda que la Oficina Jurídica de la Secretaría de Salud colabore con la Secretaría Jurídica del Departamento para implementar un sistema de recepción de procesos judiciales que mejore la eficiencia, eficacia y transparencia en el seguimiento de estos procesos. Se sugiere desarrollar un sistema o plataforma que establezca métodos, estándares y protocolos claros para todas las etapas de un proceso judicial, desde la presentación de una demanda hasta la emisión de una sentencia. Este sistema debe proporcionar pasos secuenciales y coherentes, evitando arbitrariedades y promoviendo la uniformidad en la aplicación de las leyes. Además, debe permitir registrar buenas prácticas y identificar obstáculos y errores comunes. Esta medida tiene como objetivo evitar confusiones en los documentos relacionados con los procesos contractuales y cumplir con el principio de transparencia en la contratación pública.

- **Situación Actual:** La Secretaría de Salud presenta deficiencias en la gestión documental, principalmente debido a la falta de actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD).

Oportunidad de Mejora: Es importante que la Secretaría de Salud, a través de su área de Gestión Documental, solicite a la Secretaría General, como líder del proceso, la actualización de las Tablas de Retención Documental. Esto debería hacerse en conformidad con el artículo 14 del Acuerdo No. 004 de 2013 y el Acuerdo No. 001 del 29 de febrero de 2024, en SECCIÓN 4-Actualización de las Tablas de Retención Documental – TRD-Artículos 5.1.4.1 y 5.1.4.2. La actualización permitirá establecer claramente cuáles documentos deben

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

conservarse, los tiempos de conservación y preservación, y las acciones a seguir una vez que dichos documentos hayan cumplido su vigencia o utilidad.

5.3. INCUMPLIMIENTOS

Durante la auditoría, se han identificado diversos incumplimientos que afectan el cumplimiento de las normativas y procedimientos internos establecidos por la Secretaría. Estos incumplimientos, detallados en las secciones siguientes, requieren atención inmediata para mitigar riesgos y garantizar la correcta aplicación de las leyes vigentes. La implementación de las recomendaciones propuestas contribuirá a mejorar la gestión y eficiencia en las actividades de cada Dirección.

5.3.1. Dirección de Aseguramiento

Para la Dirección de Aseguramiento se encontraron los siguientes incumplimientos:

Tabla 27: Incumplimiento No.1

Proceso:	Promoción del Desarrollo en Salud
Secretaría:	Secretaría de Salud
Condición:	En la revisión del procedimiento M-PDS-AS-PR-004 Gestión De Cuentas Médicas y Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS, en el flujograma en el ítem 3 (Cargar los RIPS en SISMASTER) y el ítem 5 (Reportar el cargue del archivo .DAT mensualmente en el aplicativo PISIS), se evidencia incumplimiento ya que no se está utilizando el aplicativo SISMASTER para la validación del archivo .DAT con el fin de que se haga un cargue exitoso en PISIS y no se está cumpliendo con la periodicidad mensual establecida para el cargue del mismo.
Criterio:	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Ordenanza 510 del 2022 Artículo 187, numeral 8. • PROCEDIMIENTO M-PDS-AS-PR-004.
Evidencia:	<ul style="list-style-type: none"> • Archivos .DAT. • Reporte del cargue en el aplicativo PISIS.

5.3.2. Dirección de Salud Pública

Para la Dirección de Salud Pública se determinó el siguiente incumplimiento, específicamente para la Subdirección de Vigilancia en Salud:

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Tabla 28: Incumplimiento No.2

Proceso:	Promoción del Desarrollo en Salud
Secretaría:	Secretaría de Salud
<p>Condición: En la revisión de las evidencias suministradas por el proceso de comité epidemiológico de estadísticas vitales, el cual según la norma vigente y la guía establecida para tal fin se debe desarrollar de forma mensual; se evidencia que para el segundo semestre del 2023 se cumple con la periodicidad establecida, esto se constata con la evidencia de 6 actas correspondientes a los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Sin embargo, para el primer semestre del 2024 desde la subdirección se suministraron 3 actas correspondientes a los meses de enero, abril y mayo evidenciando que en los meses de febrero, marzo y junio no se llevó a cabo el comité, generando un incumplimiento en lo que establece la norma y la guía en tema de periodicidad.</p> <p>Criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía M-PDS-GSP-VSP-GUI-009 - Guía general del Sistema de registro civil y estadísticas vitales de Cundinamarca. • Resolución 3114 de 1998 – ARTICULO 5o. El Comité de Estadísticas Vitales se reunirá por lo menos una vez al mes, especialmente, con el fin de evaluar la consistencia interna de aquellos Certificados que hayan sido seleccionados por la instancia respectiva como irregulares y de aquellos identificados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. <p>Evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actas de reunión. • Listados de asistencia. 	

5.3.3. Dirección Administrativa y Financiera

Para la Dirección Administrativa y Financiera se encontraron los siguientes incumplimientos:

Tabla 29: Incumplimiento No. 3

Proceso:	Promoción del Desarrollo en Salud
Secretaría:	Secretaría de Salud
<p>Condición: En la Secretaría de Salud se determinaron y/o se establecieron incumplimientos, toda vez que, desde la etapa contractual-ejecución del contrato, se analizó aspectos de publicación y supervisión de los contratos/convenios, donde para la vigencia 2023 los contratos celebrados con personas naturales (contratos de prestación de servicios), no se observa la publicación en la plataforma SECOP II en el módulo “Ejecución del Contrato” de las facturas de pago generadas en el contrato.</p> <p>Criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto Reglamentario 1082 de 2015 y al manual de contratación del departamento Decreto 472 del 2018. 	

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Evidencia:

- ACTA-SS_DIR_ADM_FINAN_DCI_001

6. CONCLUSIONES

Dirección de Aseguramiento: Se identificó una oportunidad de mejora en el Procedimiento de Asistencia Técnica (Código M-PDD-PR-008), específicamente en la asignación de tareas. Además, se observó un incumplimiento en el Procedimiento M-PDS-AS-PR-004, relacionado con el cargue de los RIPS para validación en el aplicativo SISMASTER y el reporte mensual del archivo .DAT en el aplicativo PISIS. Este incumplimiento genera reprocesos hasta completar el de forma exitosa.

Dirección de Desarrollo de Servicios: Se identificaron dos oportunidades de mejora. La primera recomienda que los archivos recibidos no contengan claves ni restricciones de vista para facilitar su procesamiento. La segunda resalta la falta de seguimiento adecuado a los proyectos, ya que desde el 5 de febrero de 2024 no se ha realizado seguimiento a las observaciones, afectando la trazabilidad y continuidad en la comunicación con la ESE., lo que ha retrasado el avance del proyecto.

Dirección de Salud Pública: Se confirmaron el cumplimiento de los procedimientos relacionados con SIVIGILA, COVE, COVECOM, y la inspección de empresas de lavado y desinfección de tanques de agua potable, así como los procedimientos para pruebas de dengue y Vibrio Cholerae. Sin embargo, se detectó un incumplimiento en el primer semestre de 2024 en relación con la resolución 3114 de 1998 y la guía M-PDS-GSP-VSP-GUI-009, que exige la realización mensual del comité de estadísticas vitales. Solo se presentaron actas de enero, abril y mayo, indicando que el comité no se llevó a cabo mensualmente.

Dirección de Inspección, Vigilancia y Control: Se identificó una oportunidad de mejora en la transición hacia la normatividad 3100 de 2019. Los auditados están actualizando el procedimiento de verificación de condiciones de habilitación de prestadores de servicios de salud y han presentado un borrador, a la espera de aprobación. Se recomienda realizar una mesa de trabajo para aprobar el procedimiento y asegurar la continuidad de los procesos internos. Además, se constató que los procesos de actuaciones administrativas y reparto cumplen con la normativa vigente, los procedimientos aplicables y la matriz de riesgos.

Dirección Administrativa y Financiera: Se identificaron dos oportunidades de mejora. Primero, se recomienda registrar los informes de supervisión en el módulo de Ejecución del

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

Contrato/Documentos de la Ejecución en la plataforma SECOP II, en lugar del módulo de Balance de Pagos/Facturas del Contrato, para un uso correcto del aplicativo. Segundo, se sugirió actualizar las tablas de retención documental conforme a la normativa vigente, específicamente según el Acuerdo No. 004 de 2013 y el Acuerdo No. 001 de 2024. Además, se detectó un incumplimiento en la publicación de facturas en el módulo de Ejecución del Contrato en SECOP II para los contratos de prestación de servicios celebrados en 2023.

Evaluación de Control Interno: Se define cumplimiento parcial, dado que de los cinco componentes evaluados, se identificó incumplimiento en el componente de Actividades de Control – Primera Línea de Defensa. Esto se debe al incumplimiento de los controles establecidos en la matriz de riesgos y en los procedimientos asociados a las Direcciones de Aseguramiento, Desarrollo de Servicios, Salud Pública y DAF.

Riesgos Asociados a los Subprocesos: Tanto la Dirección de Desarrollo de Servicios como la Dirección Administrativa y Financiera presentan incumplimientos relacionados con la falta de seguimiento a la periodicidad establecida en las actividades de monitoreo de dotación de equipos biomédicos y el reporte en los aplicativos de contratación para el cargue de documentos de pago de los contratos celebrados por la Secretaría de Salud.

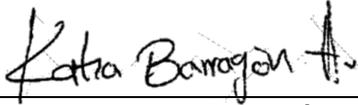
En conclusión, la auditoría realizada ha proporcionado una visión integral del estado actual de los procesos y controles internos de la Secretaría. Se han identificado tanto fortalezas como áreas de mejora, lo que permitirá a las Direcciones tomar decisiones informadas para optimizar el desarrollo de las actividades y asegurar el cumplimiento normativo. Las recomendaciones presentadas buscan mitigar riesgos, aumentar la eficiencia y contribuir al logro de los objetivos estratégicos. Agradecemos la colaboración de todo el equipo durante el desarrollo de esta auditoría.

7. RECOMENDACIONES

Después de las actividades de auditoría, se recomienda realizar una revisión exhaustiva de los procedimientos, guías y manuales actuales para actualizarse conforme a las prácticas vigentes. Este proceso debe llevarse a cabo de manera periódica para mejorar la operatividad de la Secretaría y garantizar el cumplimiento normativo en las actividades desarrolladas. Es importante evitar desfases que puedan comprometer la calidad y oportunidad de la ejecución de los procedimientos, así como mitigar los riesgos asociados a los procesos.

	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Versión 05
		Fecha: 28/03/2023

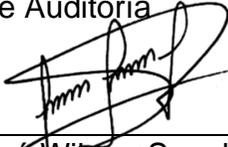
Elaboró:



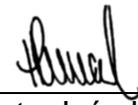
Nombre: Katia Issabella Barragán Hernández
Rol: Líder de Auditoría



Nombre: María del Pilar Monroy González
Rol: Auditor

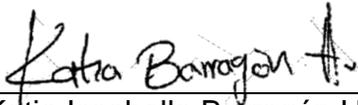


Nombre: José Wilmar Sanabria Posada
Rol: Auditor

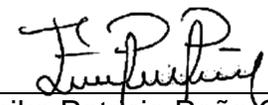


Nombre: Héctor Iván Luna Matiz
Rol: Auditor

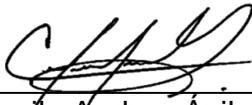
Revisó y aprobó:



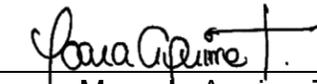
Nombre: Katia Issabella Barragán Hernández
Rol: Líder de Auditoría



Nombre: Erika Patricia Peña Carreño
Rol: Delegado del Jefe de la Oficina de Control Interno



Nombre: Camila Andrea Ávila Millán
Rol: Delegado del Equipo de Planeación y Mejora



Nombre: Yoana Marcela Aguirre Torres
Rol: Jefe de la Oficina de Control Interno