

NOTA INTERNA
SSO-2025-240-004342-3

Bogotá, 30 de julio de 2025

DE: **CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**
JEFE DE CONTROL INTERNO
OFICINA DE CONTROL INTERNOPARA **ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA**
GERENTE
DESPACHO DEL GERENTE

Asunto: Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno - Primer semestre de 2025

Respetada doctora Andrea, cordial saludo.

En cumplimiento del Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado por el artículo 1 del Decreto 338 de 2019) que establece: “*Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)*” (Subrayado fuera de texto), de manera atenta, le envío el Informe de **Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno** del primer semestre de 2025 (N° OCI-SISSO-IL-2025-23) correspondiente al período 1 de enero de 2025 a 30 de junio de 2025.

La evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno se realizó en el ámbito de aplicación y/o implementación de las 81 actividades de control asociadas a los 17 lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, contenidos en el formulario “Evaluación Independiente Sistema de Control Interno”, y de acuerdo con lo estipulado en dicho formulario, la evaluación practicada consta de dos (2) variables en las actividades de control: Presente y Funcionando. Con la variable “Presente” se determina que las actividades de control “existen en diseño e implementación de los requerimientos asociados a las políticas de gestión y desempeño”, y con la variable “Funcionando”, “que los componentes y lineamientos son aplicados de forma sistemática como han sido diseñados y es posible analizar su efectividad para evitar la materialización de riesgos, mediante el contraste de información relevante”. Su valoración se determinó asignando una calificación en una escala de 1 a 3, de acuerdo con los criterios definidos por la Función Pública en el instructivo del formato antes mencionado.

Además, se realizó la verificación del avance y/o cumplimiento de las actividades del plan de mejoramiento formulado por la Entidad producto de los resultados de la Evaluación Independiente del segundo semestre de 2024.

Es preciso manifestar que, la Oficina de Control Interno desarrolla las actividades de auditoría interna bajo los principios de independencia, objetividad y enfoque basado en riesgos, en cumplimiento de los roles asignados en el Decreto 648 de 2017 y conforme lo establecido la Ley 87 de 1993, la Guía de Auditoría Interna para entidades públicas y la Guía de Roles de las Oficinas de Control Interno (Función Pública, 2023). El propósito de esta labor es aportar valor a la gestión institucional mediante la evaluación de controles, riesgos y cumplimiento normativo.

Cordialmente,



CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA
JEFE DE CONTROL INTERNO

Anexos: 1. Informe OCI-SISSO-IL-2025-23 Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno - I sem 2025
2. IL-2025-23 Anexo 1 Matriz Evaluación SCI - Isem2025
3. IL-2025-23 Anexo 2 Matriz seguimiento PM - Evaluación SCI - 30jun2025

Copia a: Marcia Greicy Guacaneme Valbuena - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Miembro CICSCI)
Carmen Esther Acero García- Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones (Miembro CICSCI)
Julio Alfonso Peñuela Saldaña - Jefe Oficina Asesora Jurídica (Miembro CICSCI)
Rosa Viviana Cubillos Medrano - Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (Miembro CICSCI)
Hernando Miguel Mojica Mugno - Jefe Oficina de Sistemas de Información TICs (Miembro CICSCI)
Claudia Patricia Rosero Caicedo - Jefe Oficina de Calidad (Miembro CICSCI)
Ruby Liliana Cabrera Calderón - Subgerente Corporativa (Miembro CICSCI)
Bertha Lucía Mora Quiñones - Subgerente Prestación de Servicios de Salud (Miembro CICSCI)

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.	
Cargo funcionario / Contratista	Nombre/Cargo
Aprobado por:	CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA/OCI
Revisado por:	CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA / OCI
Elaborado por:	MARTHA PATRICIA PALOMINO RAMIREZ / OCI

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

N° INFORME: OCI-SISSO-IL-2025-23

NOMBRE TRABAJO DE AUDITORÍA: Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno - Primer semestre de 2025

DESTINATARIOS¹

Integrantes Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno:

- Andrea Elizabeth Hurtado Neira, Gerente
- Bertha Lucía Mora Quiñones, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Ruby Liliana Cabrera Calderón, Subgerente Corporativa
- Marcia Greicy Guacaneme Valbuena, jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Claudia Patricia Rosero Caicedo, jefe Oficina de Calidad
- Julio Alfonso Peñuela Saldaña, jefe Oficina Jurídica
- Carmen Esther Acero García, jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Rosa Viviana Cubillos Medrano, jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio Ciudadano
- Hernando Miguel Mojica Mugno, jefe Oficina de Sistemas de Información – TIC

EMITIDO POR: Claudia Patricia Quintero Cometa, jefe Oficina de Control Interno

EQUIPO AUDITOR: Soraya Paredes Muñoz, Profesional Especializado G29

Lida Inés Aponte Espitia, Profesional Especializado (OPS)

I. OBJETIVO(S)

- Evaluar y realizar el seguimiento semestral al Sistema de Control Interno - SCI identificando las fortalezas y oportunidades de mejoramiento en la ejecución de las actividades de control evaluadas en cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo.
- Verificar los avances y/o cumplimiento de las acciones determinadas en el plan de mejoramiento formulado por la Entidad para subsanar las observaciones de la

¹ En virtud de lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 **Artículo 2.2.21.4.7**, Parágrafo 1° (modificado por el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019) “Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)”

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Evaluación Independiente del segundo semestre de 2024, para cada uno de los componentes antes mencionados.

II. ALCANCE

La evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno se realizó en el ámbito de aplicación y/o implementación de las 81 actividades de control asociadas a los 17 lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (en adelante, Función Pública), contenidos en el formulario “Evaluación Independiente Sistema de Control Interno”.

Además, se realizó la verificación del avance y/o cumplimiento de las actividades del plan de mejoramiento formulado por la Entidad producto de los resultados de la Evaluación Independiente del segundo semestre de 2024.

Período Evaluado: 1 de enero de 2025 al 30 de junio de 2025.

III. MARCO NORMATIVO

- **Decreto 1499 de 2017** “*Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015*”.
- **Decreto 2106 de 2019** “*Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública*”, artículo 156 “*Reportes del responsable de control interno*” (que modificó el artículo 14 de la Ley 87 de 1993).
- **Circular Externa N° 100-006 -DAFP** del 19 de diciembre de 2019. “*Lineamientos generales para el informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno.*”

IV. METODOLOGÍA

Para adelantar este seguimiento, mediante oficio radicado en Ágilsalud SSO-2025-240-003781-3 el 19/06/2025 se comunicó a jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional el inicio de la evaluación, solicitando el suministro de la información correspondiente a más tardar el 7 de julio de 2025.

En la fecha antes mencionada, la Oficina de Control Interno dio inicio a la aplicación de la herramienta metodológica establecida por la Función Pública, así como a la revisión de la información suministrada por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (que actúa como Oficina de Planeación), junto con los soportes y evidencias que respaldan el cumplimiento de los lineamientos de control. Paralelamente, se revisó la información y/o documentación disponible en el aplicativo Almera, en la intranet, en la página web institucional, información de primera línea, así como los informes de auditoría y/o

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión: 3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 3/10/2023	
		Código: 17-00-FO-0009	

seguimientos que contienen los resultados de los trabajos de auditoría interna realizados por la Oficina de Control Interno durante el período objeto de evaluación, con el fin de verificar el funcionamiento de los controles. A la vez, se consultaron las actas de la Junta Directiva, así como las del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con el análisis de la información revisable del período auditado.

V. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 87 de 1993 “*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones*” (modificado por el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019), y empleando como criterio los lineamientos impartidos en el Decreto 1499 de 2017 emitido por el la Función Pública “*Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015*”, la Oficina de Control Interno llevó a cabo las acciones necesarias para emitir el presente informe, tomando como base la documentación existente y puesta a disposición de esta dependencia por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y otras que intervienen directamente en el mantenimiento del Sistema de Control Interno y el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de la Entidad.

De acuerdo con lo estipulado en el formato “Evaluación Independiente Sistema de Control Interno” establecido por el DAFP, la evaluación practicada consta de dos (2) variables en las actividades de control: Presente y Funcionando.

Con la variable “Presente” se determina que las actividades de control “existen en diseño e implementación de los requerimientos asociados a las políticas de gestión y desempeño”, y con la variable “Funcionando”, “que los componentes y lineamientos son aplicados de forma sistemática como han sido diseñados y es posible analizar su efectividad para evitar la materialización de riesgos, mediante el contraste de información relevante”. Su valoración se determinó asignando una calificación en una escala de 1 a 3, de acuerdo con los siguientes criterios definidos por la Función Pública en el instructivo del formato antes mencionado, así:

ESCALA	CRITERIO	
	PRESENTE	FUNCIONANDO
1	No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado).
2	Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas /procedimientos u otras herramientas.	El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.
3	Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

Una vez diligenciado el formato en su totalidad y realizadas las calificaciones de las 81 actividades de control asociadas a los 17 lineamientos distribuidos en los 5 componentes del MECI, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. obtuvo un grado de implementación y efectividad de las actividades de control **del 84%**, como resultado del promedio del nivel de cumplimiento obtenido en cada componente, así:

COMPONENTE	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente
AMBIENTE DE CONTROL	Si	90%
EVALUACIÓN DE RIESGOS	Si	71%
ACTIVIDADES DE CONTROL	Si	71%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Si	100%
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Si	89%

Ver Anexo 1. Evaluación SCI Isem2025 Conclusiones (en la parte final de este documento)

Es importante mencionar que, la herramienta de evaluación dispuesta por la Función Pública, requiere el análisis y verificación de cada actividad de control en el marco del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, aspecto relacionado con una de sus funciones principales: *“Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con las características propias de la Entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema, a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, organismos de control y las recomendaciones del equipo MECI”* establecida en el numeral 1 del artículo 6° de la Resolución 0391 del 14 de junio de 2022, *“Por la cual se integra y se establece el reglamento de funcionamiento del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”*

CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SCI		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Todos los componentes del Modelo Estándar de Control Interno se encuentran operando de manera integrada, lo cual se puede constatar con los resultados obtenidos en la medición del Índice de Desempeño Institucional -vigencia 2024 a través del diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión - FURAG (autoevaluación) y comparativo con los resultados obtenidos de manera independiente en la evaluación que realiza la Oficina de Control Interno, al diligenciar la matriz para evaluar el estado del Sistema de Control Interno en el primer semestre de la vigencia 2025.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno de la Subred Sur Occidente, es efectivo al mantener de forma satisfactoria el cumplimiento de los objetivos, lineamientos y alineación con las Políticas institucionales, de acuerdo con los resultados de la evaluación independiente a los componentes del Modelo Estándar de Control Interno.

CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SCI		
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control. (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El Sistema de Control Interno de la Entidad cuenta con una estructura documentada e implementada, a través de la operación de la gestión por procesos, en los cuales se registran los controles y responsables del Sistema de Control Interno. Adicionalmente, se encuentran documentados los niveles para la toma de decisiones a través de las líneas de defensa, estructura organizacional, mapa de aseguramiento, manuales de funciones, cuadros de mando y planes de mejora, ubicables en el aplicativo institucional del Sistema de Gestión Integral - Almera, facilitando la toma de decisiones frente al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Es importante tener claro que el control interno es un trabajo continuo y colaborativo que implica el compromiso de cada colaborador de la Subred Sur Occidente, toda vez que, se notó un aumento en la implementación de tres (3) de los componentes y una disminución en dos (2), tal como se detalla en la siguiente tabla:

COMPONENTE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR COMPONENTE		Avance del componente
	1° semestre 2025	2° semestre 2024	
Ambiente de Control	90%	88%	2%
Evaluación de Riesgos	71%	76%	-5%
Actividades de Control	71%	63%	8%
Información y Comunicación	100%	86%	14%
Actividades de Monitoreo	89%	100%	-11%
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL SCI	84%	82%	2%

No obstante lo anterior, se observó un aumento de dos puntos porcentuales en la evaluación general del Sistema de Control Interno de la Subred Sur Occidente.

Al mantener una cultura de control y una actitud de mejora constante, se está contribuyendo al crecimiento y desarrollo sostenible, lo que impactará positivamente el cumplimiento de los objetivos y el logro de la misión institucional.

Esta Oficina enfatiza la importancia de todos los niveles, directivos, servidores y colaboradores, en fortalecer constantemente los esquemas de control y mitigación de riesgos. Este compromiso y esfuerzo conjunto son fundamentales para lograr una mejora continua en la calificación obtenida por la entidad en materia de control interno.

Respuestas u observaciones recibidas de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional al contenido de los resultados preliminares.

En atención a la matriz preliminar remitida por la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del 26/07/2025, se recibió correo electrónico el 29/07/2025 de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional con respuestas u observaciones respecto al preliminar de Matriz de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión: 3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 3/10/2023	
		Código: 17-00-FO-0009	

correspondiente al primer semestre de 2025. En dicha respuesta, se incluyó un enlace a una carpeta compartida que contenía documentos de respaldo para los numerales de los lineamientos de control que a continuación se detallan, en donde como resultados del análisis de la Oficina de Control se emiten las siguientes observaciones como respuesta:

OBSERVACIONES DE LA OCI AL LINEAMIENTO	DOCUMENTOS APORTADOS Oficina DIIo Institucional el 29/07/2025	OBSERVACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO
<p>2.2 Sin perjuicio de lo anterior, el día 10 de julio de 2025 se solicitó la Guía de Planeación Institucional (código 01-01-GI-0001) versión 5 del 23 de julio de 2021, correspondiente a la nueva plataforma estratégica, incluyendo la matriz de análisis de contexto y el diagnóstico interno y externo de la Entidad; sin embargo, dicha información no fue suministrada.</p>	<p>Archivo Excel "Matriz FODA Institucional 2024" y archivo word "Matriz FODA Institucional 2024"</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no remitió la Guía de Planeación Institucional (código 01-01-GI-0001), versión 5, fechada el 23 de julio de 2021, correspondiente a la nueva plataforma estratégica, la cual incluye la matriz de análisis de contexto y el diagnóstico interno y externo de la Entidad para la vigencia 2025. Como evidencia adicional, aportaron dos archivos en formato Excel y Word denominados "Matriz FODA Institucional 2024", los cuales no corresponden al periodo objeto de auditoría. Asimismo, los documentos presentados carecen no incluyen la fecha de elaboración, ni la identificación de la persona responsable de su elaboración (oficina o dependencia, nombre y cargo), ni la fuente de la información registrada, elementos indispensables para ser considerados como evidencia válida de cumplimiento.</p>
<p>5.4 Al descargar la matriz de riesgos operacionales con corte al 15 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que de los 84 riesgos registrados solo tres tuvieron el registro de seguimiento de la segunda línea de defensa en el mes de abril , 76 riesgos tenía registro en el mes de mayo y cinco (5) no tenían ningún registro de seguimiento de segunda línea de defensa; por lo cual se considera incumplido el plan de mejoramiento.</p> <p>Adicionalmente, el 11 de abril de 2025, la Oficina de Control Interno emitió el Informe de Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional – Vigencia 2024, se identificaron debilidades en la estructura del riesgo. A la fecha, los riesgos institucionales no han sido ajustados, conforme a lo registrado por la segunda línea de defensa el 12 de junio de 2025 en el seguimiento a esta acción en el aplicativo Almera.</p> <p>De otra parte, en el Informe de Auditoría interna basada en riesgos al Proceso Gestión de Contratación - Parte 1. Contratos de Adquisición de Bienes y Servicios se observaron deficiencias en la construcción de los documentos precontractuales a causa de inaplicar metodologías para la gestión de riesgos asociados al proceso Gestión de Contratación de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual, determinar criterios favorables que incidan en la presentación de ofertas e inaplicar los requisitos exigidos en la contratación como requisitos</p>	<p>* 18-00-FO-0001 Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación (2) * Acuerdo 064 del 10 de octubre de 2024 - Estatuto de Contratación * Resolución 749 de 2024 - Manual de Contratación</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no presentó evidencias adicionales que permitan desvirtuar la inoportunidad en el registro de los seguimientos a los riesgos operacionales, ni la gestión de mejoras frente a las debilidades identificadas en la estructura de riesgos.</p> <p>Asimismo, al revisar el módulo "Matriz de Riesgos" del aplicativo Almera, no se evidencian riesgos operacionales asociados al proceso de Gestión de Contratación, situación que persiste independientemente de los documentos aportados.</p> <p>Por otra parte, el archivo denominado "18-00-FO-0001 Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación (2)" no contiene información clave como la fecha de elaboración, la identificación de la persona responsable (incluyendo oficina o dependencia, nombre y cargo), ni la fuente de los datos registrados, elementos indispensables para que dicho documento sea considerado como evidencia válida de cumplimiento.</p>

OBSERVACIONES DE LA OCI AL LINEAMIENTO	DOCUMENTOS APORTADOS Oficina Dilo Institucional el 29/07/2025	OBSERVACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO
jurídicos habilitantes, criterios diferenciales, entre otros.		
<p>7.2 Al descargar la matriz de riesgos de corrupción con corte al 15 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que, de los nueve (9) riesgos registrados, únicamente dos (2) contaban con seguimiento actualizado por parte de la segunda línea de defensa en el mes de julio, mientras que los siete (7) restantes presentaban su último registro en el mes de junio de 2025. Esta situación representa un incumplimiento de la periodicidad establecida para el seguimiento, la cual debe realizarse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente.</p> <p>En el seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación registraron la siguiente observación: "De acuerdo con la Dirección, la entidad está pendiente de la aprobación en el mes de junio del Acuerdo 087 de direccionamiento estratégico, el cual, una vez aprobado, permitirá avanzar con la modificación del mapa, la caracterización del proceso y la actualización de los riesgos de procesos."</p> <p>En atención a lo anterior, se reitera la observación a fin de que la segunda línea de defensa pueda adelantar los seguimientos oportunos durante el segundo semestre de 2025.</p>	<p>INFORME MATERIALIZACIÓN RIESGOS 2025</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no presentó evidencias adicionales que permitan desvirtuar la inoportunidad en el registro del seguimiento a los riesgos de corrupción, denominados por la entidad como SICOF.</p> <p>Por otro lado, el archivo aportado bajo el nombre "INFORME MATERIALIZACIÓN RIESGOS 2025" no resulta pertinente para contrarrestar la observación formulada.</p>
<p>7.5 Para el primer semestre de la vigencia 2025, la Oficina Asesora de Planeación no aportó documentos que evidencien el análisis ni informes sobre la materialización de riesgos. En consecuencia, no es posible definir acciones de seguimiento orientadas a atender o mitigar los riesgos que eventualmente se hayan materializado.</p>	<p>INFORME MATERIALIZACIÓN RIESGOS 2025</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional aportó el documento titulado INFORME MATERIALIZACIÓN RIESGOS 2025, firmado por el referente de planeación y elaborado el 14 de julio de 2025.</p> <p>Sin embargo, de acuerdo con el lineamiento evaluado, la información consolidada por la segunda línea de defensa debe ser reportada a la alta dirección para el análisis de sus resultados y para evaluar si se han presentado materializaciones de riesgos. En este sentido, dado que no se presentó ningún documento que evidencie la socialización del informe ante la alta dirección, no se desvirtúa la observación formulada por la Oficina de Control Interno.</p>
<p>8.1 La alta dirección acorde con el análisis interno y externo, definen los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.</p> <p>Actualizar para la vigencia 2025 el contexto estratégico de acuerdo con factores internos y externos que puedan influir en los objetivos institucionales.</p>	<p>Archivo Excel "Matriz FODA Institucional 2024" y archivo word "Matriz FODA Institucional 2024" Acta de la Subgerencia de prestación de Servicios del 27/06/2024, cuyo objetivo fue la reunión de revisión de riesgos de corrupción en los trámites de la Subred Sur Occidente.</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional aportó dos archivos en formato Excel y Word denominados "Matriz FODA Institucional 2024", los cuales no corresponden al periodo objeto de auditoría.</p> <p>Asimismo, los documentos presentados no incluyen la fecha de elaboración, ni la identificación de la persona responsable de su elaboración (oficina o dependencia, nombre y cargo), ni la fuente de la información registrada, elementos indispensables para ser considerados como evidencia válida de cumplimiento. Adicionalmente aportaron de junio del año pasado, no corresponde a la vigencia auditada,</p>

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

OBSERVACIONES DE LA OCI AL LINEAMIENTO	DOCUMENTOS APORTADOS Oficina Dilo Institucional el 29/07/2025	OBSERVACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO
		por lo cual no resulta pertinente para contrarrestar la observación formulada.
8.2 Se recomienda a la entidad elaborar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial en los términos y requisitos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa 202215100000053-5 del 05/08/2022 e incluir en la Política de administración del riesgo y en la Guía de Administración del Riesgo de la entidad, la periodicidad con la que la segunda línea de defensa debe presentar los resultados del monitoreo de los riesgos de corrupción a la Alta Dirección para su monitoreo (seguimiento y análisis).	Carpeta vacía	No aportan evidencias
Plan 3718 - Se recibió una carpeta comprimida que contiene diecisiete subcarpetas, cada una con diversos documentos. Sin embargo, dichos documentos no especifican el lineamiento al cual están asociados, lo que imposibilita su análisis y consideración dentro del proceso de evaluación.		

Con base en lo expuesto anteriormente, se mantienen vigentes las observaciones formuladas por la Oficina de Control Interno respecto a la evaluación del primer semestre de 2025.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno realiza las respectivas observaciones al contenido del correo de respuesta emitido por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, tal como se presenta en la siguiente tabla:

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Correo electrónico del 29/07/2025)	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>Componente de AMBIENTE DE CONTROL:</p> <p>1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.</p> <p>Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 3 - Fortalecer el seguimiento y monitoreo de los riesgos de corrupción, mensualmente dentro de los 10 días hábiles del mes siguiente con el fin de prevenir la materialización de dichos riesgos y garantizar el cumplimiento de los controles establecidos.</p> <p>Se descargó, el 15 de julio de 2025, la matriz de riesgos SICOF 2025, identificada como "Matriz_Riesgo_20250715_084221", con el propósito de verificar el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción correspondiente al primer semestre del año.</p> <p>Al revisar la columna "Último seguimiento", se evidenció que, de los nueve (9) riesgos de corrupción registrados, únicamente dos (2) fueron gestionados por la segunda línea de defensa durante el mes de julio. Los siete (7) restantes tenían su último seguimiento registrado en el mes de junio, lo que constituye un incumplimiento del compromiso institucional de realizar dicho seguimiento dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente.</p> <p>Para este punto se manifiesta que en la acción de mejoramiento en el aplicativo Almera contaba con fecha de culminación al 30 de junio de</p>	<p>No se desvirtúa la observación de la OCI, dado que no se cumplió con la acción tal como estaba registrada en la acción de mejora.</p> <p>Al finalizar el primer semestre evaluado, el décimo día hábil correspondía al 14 de julio de 2025; sin embargo, la OCI descargó la matriz el día 15, por lo que se confirma el incumplimiento evidenciado en dicha matriz.</p>

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Correo electrónico del 29/07/2025)	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>2025, razón por la cual se sube matriz de riesgos descargada del aplicativo Almera el día 26 de junio de la presente vigencia, donde se relaciona el ultimo seguimiento realizado al mes de mayo y cerrándolo al 100% en ese mismo día; en el cual se cumplía con los seguimientos en un lapso de 1 a 4 días hábiles posteriores a los 10 días con los que cuenta el auto control (primera línea), para el cargue de su reporte, con el fin de poder analizar la información suministrada por de los responsables de las actividades de control.</p> <p>Para el cual no se identificaron desviaciones o materialización.</p>	
<p>2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, se solicitó la Guía de Planeación Institucional versión 5 del 23 de julio de 2021, correspondiente a la nueva plataforma estratégica, incluyendo la matriz de análisis de contexto y el diagnóstico interno y externo de la Entidad, se comenta que está en proceso de modificación de la plataforma, para posterior actualización concorde a la plataforma que regirá durante el cuatrefeño, sin embargo, no se tomó en cuenta, se volverá a reiterar en correo electrónico y aportando la matriz DOFA para el contexto interno y externo que se realizó para el acuerdo 087 de 2024 Se adjunta matriz DOFA empleada como insumo para la determinación del contexto interno y externo para el acuerdo 087 de 2024, la cual se encuentra publicada en Almera, en el proceso de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional, Subproceso: Planeación estratégica, documentos, Documentación informativa.</p>	<p>El 10 de julio de 2025, la OCI solicitó a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional la Guía de Planeación Institucional (código 01-01-GI-0001) correspondiente a la nueva plataforma estratégica, la cual no fue aportada, incluyendo la matriz de análisis de contexto y el diagnóstico interno y externo de la Entidad.</p> <p>De otra parte, los dos archivos ubicados en la carpeta compartida en formato Excel y Word denominados "Matriz FODA Institucional 2024", no corresponden al periodo objeto de auditoría. Asimismo, los documentos presentados no incluyen la fecha de elaboración, ni la identificación de la persona responsable de su elaboración (oficina o dependencia, nombre y cargo), ni la fuente de la información registrada, elementos indispensables para ser considerados como evidencia válida de cumplimiento. Por lo anterior, y dado que no aportan los solicitado, se reitera la observación.</p>
<p>3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo. Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 4 - Actualizar la política de gestión del riesgo institucional de acuerdo al nuevo Plan Estratégico Institucional 2025-2028 y establecer los indicadores y el monitoreo respectivo En el aplicativo Almera se evidenció la Política de Gestión de Riesgos versión 7 del 2023-12-15, código 01-01-OD-0008, la cual no se encuentra actualizada tal como se planeó en el plan de mejoramiento. Para este punto, en la acción del plan de mejoramiento, se describe las actividades que se encuentran adelantando por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Subproceso de Planeación Estratégica), en donde desde la reunión realizada el día 2 de abril de 2025, con el objetivo de informar por parte de la Oficina de Control Interno las observaciones recurrentes o reiterativas frente al manejo de los riesgos. Se manifiesta por parte de la Jefe de Oficina de Desarrollo Institucional, la necesidad actualizar el mapa de procesos, con sus</p>	<p>Las aclaraciones proporcionadas por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no desvirtúan la observación, toda vez que registran, la política de gestión del riesgo no se encuentra actualizada y registran, entre otros aspectos, que "Para este punto, en la acción del plan de mejoramiento se describen las actividades que se encuentran adelantando por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Subproceso de Planeación Estratégica) (...)"</p>

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional <i>(Correo electrónico del 29/07/2025)</i>	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>respectivas caracterizaciones, con base en los objetivos propuestos. Que dé respuesta al fortalecimiento de la identificación de los riesgos y articulación efectiva de las actividades de control. Es importante resaltar en la secuencia lógica para la identificación a áreas funcionales, procesos y procedimientos institucionales, se debe contar con un claro conocimiento de la institución y una sólida plataforma estratégica, misma que fue aprobada mediante Acuerdo 087 de 2024.</p> <p>Una vez revisadas las necesidades identificadas en los estándares y oportunidades de acreditación, connota la importancia de su fortalecimiento articulado a los estándares de direccionamiento y su modificación para dar cumplimiento a los requisitos.</p> <p>La modificación de la plataforma fue aprobada en junta directiva el día 25 de junio de 2025 e insumo indispensable para la actualización del mapa de procesos, políticas institucionales y matriz de riesgos, de acuerdo al plan de trabajo que se adjunta en la oportunidad. Se menciona que en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del día 21 de junio de 2025 se acordó por lo motivos anteriormente referidos, ampliar el plazo de las oportunidades de mejoramiento asociadas a procesos y caracterización (acciones fundamentales para continuar con el trabajo de actualización de políticas y riesgos).</p>	
<p>5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo. Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 8 Fortalecer el seguimiento y monitoreo de los riesgos institucionales, trimestralmente dentro de los 20 días calendario del mes siguiente con el fin de prevenir la materialización de dichos riesgos y garantizar el cumplimiento de los controles establecidos. Al descargar la matriz de riesgos operacionales con corte al 15 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que de los 84 riesgos registrados solo tres tuvieron el registro de seguimiento de la segunda línea de defensa en el mes de abril, 76 riesgo tenía registro en el mes de mayo y cinco (5) no tenían ningún registro de seguimiento de segunda línea de defensa; por lo cual se considera incumplido el plan de mejoramiento.</p> <p>Para este punto se manifiesta que en la acción de mejoramiento en el aplicativo Almera contaba con fecha de culminación al 30 de junio de 2025, razón por la cual se sube matriz de riesgos descargada del aplicativo Almera el día 20 de junio de la presente vigencia, donde se relaciona el último seguimiento realizado al mes de Abril, dado que los seguimientos operativos se realizan en forma trimestral, siendo el próximo seguimiento por parte del auto control el 20 de Junio (fecha posterior al vencimiento de la OM) y se cerró al 100%. Se comenta, que de igual forma en lo referenciado en la actividad 1.4 la segunda línea de defensa se toma de un lapso de 1 a 6 días hábiles posteriores a los 20 días calendario, para poder realizar el análisis de la información suministrada por el auto control (primera línea).</p> <p>Para el cual no se identificaron desviaciones o materialización.</p> <p>Desde la Oficina de Control Interno, por otra parte, en el Informe de Auditoría interna basada en riesgos al Proceso Gestión de Contratación - Parte 1. Contratos de Adquisición de Bienes y Servicios se observaron deficiencias en la construcción de los documentos precontractuales a</p>	<p>Las aclaraciones proporcionadas por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no desvirtúan la observación, dado que la evaluación de la Oficina de Control Interno se realizó con corte al primer trimestre de 2025. Se entiende que el plazo otorgado por la entidad para el registro de seguimiento de los procesos no permite considerar el semestre completo, ya que el informe de evaluación del Sistema de Control Interno debe publicarse a más tardar el 30 de julio de 2025, y la entidad concede 20 días hábiles para el registro de seguimiento, lo que corresponde al 28 de julio. En consecuencia, la OCI no tendría el tiempo suficiente para revisar las evidencias y registros de los procesos.</p> <p>Por otra parte, también registran que “el proceso de Gestión de Contratación, frente a la socialización de hallazgos encontrados por la auditoría de Control Interno, establece en su proceso una matriz de riesgo modificada, la cual comenzó a regir a partir del 26 de junio de 2025”. Sin embargo, esta información no desvirtúa la observación, dado que dicha matriz no estaba vigente durante el primer semestre de 2025, que es el periodo objeto de evaluación.</p>

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión: 3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 3/10/2023	
		Código: 17-00-FO-0009	

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional <i>(Correo electrónico del 29/07/2025)</i>	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>causa de inaplicar metodologías para la gestión de riesgos asociados al proceso Gestión de Contratación de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual, determinar criterios favorables que incidan en la presentación de ofertas e inaplicar los requisitos exigidos en la contratación como requisitos jurídicos habilitantes, criterios diferenciales, entre otros.</p> <p>De acuerdo con el Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno (código 17-00-IN-0001, versión 1 del 04/10/2024), las acciones de mejora derivadas de los planes de mejoramiento de auditorías internas de cumplimiento (también conocidas como informes de ley) deben cerrarse en la siguiente evaluación o seguimiento.</p> <p>En este sentido, la acción se encuentra vencida y cerrada, dado que el plazo para su ejecución ha expirado y no ha sido implementada en un 100%, cumpliéndose así el criterio definido en el instructivo para su cierre. De acuerdo con el Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno (código 17-00-IN-0001, versión 1 del 04/10/2024), las acciones de mejora derivadas de los planes de mejoramiento de auditorías internas de cumplimiento (también conocidas como informes de ley) deben cerrarse en la siguiente evaluación o seguimiento.</p> <p>Par el cual, la Dirección de Contratación, menciona que teniendo en cuenta el componente de ambiente de control numeral 5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo. Se indica: "...De otra parte, en el Informe de Auditoría interna basada en riesgos al Proceso Gestión de Contratación - Parte 1. Contratos de Adquisición de Bienes y Servicios se observaron deficiencias en la construcción de los documentos precontractuales a causa de inaplicar metodologías para la gestión de riesgos asociados al proceso Gestión de Contratación de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual, determinar criterios favorables que incidan en la presentación de ofertas e inaplicar los requisitos exigidos en la contratación como requisitos jurídicos habilitantes, criterios diferenciales, entre otros..."</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior el proceso de Gestión de Contratación frente a la socialización de hallazgos encontrados por la auditoría de control interno, establece en su proceso la matriz de riesgo que se encuentra modificada y comenzó a regir a partir del 26 de junio de 2025., en donde se encuentran los riesgos generales asociados a cualquier proceso de contratación y algunos específicos como son los asociados a procesos de mantenimiento, prestación de servicios y suministro. Lo que permite establecer que el proceso contractual tiene los mecanismos para identificar los riesgos a nivel integral y por procesos siguiendo las normas de derecho privado, conforme lo dispuesto en los artículos 194, 195 numeral 6 y 197, de la Ley 100 de 1993; el código civil; el Código de Comercio; sus estatutos y el Manual de contratación vigentes.</p> <p>Se adjuntan los siguientes Documentos: Matriz de riesgos 18-00-FO-0001 Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación (2) Acuerdo 064 del 10 de octubre de 2024 - Estatuto de Contratación Resolución 749 de 2024 - Manual de Contratación.</p>	

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional <i>(Correo electrónico del 29/07/2025)</i>	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>Componente EVALUACIÓN DE RIESGOS 7.2 La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo. La Oficina de Control Interno verificó, a través del aplicativo Almera, el cumplimiento del plan de mejoramiento formulado con base en la evaluación del Sistema de Control Interno correspondiente al segundo semestre de 2024. En dicho plan, se estableció la Acción de Mejoramiento No. 3, mediante la cual se adquirió el compromiso de “fortalecer el seguimiento y monitoreo de los riesgos de corrupción, mensualmente dentro de los 10 días hábiles del mes siguiente, con el fin de prevenir la materialización de dichos riesgos y garantizar el cumplimiento de los controles establecidos”.</p> <p>Al descargar la matriz de riesgos de corrupción con corte al 15 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que, de los nueve (9) riesgos registrados, únicamente dos (2) contaban con seguimiento actualizado por parte de la segunda línea de defensa en el mes de julio, mientras que los siete (7) restantes presentaban su último registro en el mes de junio de 2025. Esta situación representa un incumplimiento de la periodicidad establecida para el seguimiento, la cual debe realizarse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente. Para este punto se reitera lo manifestado en el numeral 1.4, donde en la acción de mejoramiento en el aplicativo Almera contaba con fecha de culminación al 30 de junio de 2025, razón por la cual se sube matriz de riesgos descargada del aplicativo Almera el día 26 de junio de la presente vigencia, donde se relaciona el último seguimiento realizado al mes de mayo y cerrándolo al 100% en ese mismo día; en el cual se cumplía con los seguimientos en un lapso de 1 a 4 días hábiles posteriores a los 10 días con los que cuenta el auto control (primera línea), para el cargue de su reporte, con el fin de poder analizar la información suministrada por de los responsables de las actividades de control.</p> <p>Para el cual no se identificaron desviaciones o materialización y se adjunta informe de materialización de riesgo.</p>	<p>No se desvirtúa la observación de la Oficina de Control Interno (en adelante, OCI), dado que no se cumplió con la acción tal como estaba registrada en la acción de mejora. Al finalizar el primer semestre evaluado, el décimo día hábil correspondía al 14 de julio de 2025; sin embargo, la OCI descargó la matriz el día 15, por lo que se confirma el incumplimiento evidenciado en dicha matriz.</p>
<p>7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo. Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 3, en la cual la entidad asumió el compromiso de “fortalecer el seguimiento y monitoreo de los riesgos de corrupción, mensualmente dentro de los 10 días hábiles del mes siguiente, con el fin de prevenir la materialización de dichos riesgos y garantizar el cumplimiento de los controles establecidos”. Teniendo en cuenta que con corte al 15 de julio de 2025 no se evidencian en el aplicativo Almera todos los registros de seguimiento correspondientes al mes de junio por parte de la primera y segunda línea de defensa, se reitera la observación con el fin de que la segunda línea de defensa adelante los seguimientos de manera oportuna durante el segundo semestre de 2025. Para este punto se reitera lo manifestado en el numeral 1.4, donde en la acción de mejoramiento en el aplicativo Almera contaba con fecha de culminación al 30 de junio de 2025, razón por la cual se sube matriz de</p>	<p>No se desvirtúa la observación de la Oficina de Control Interno (en adelante, OCI), dado que no se cumplió con la acción tal como estaba registrada en la acción de mejora. Al finalizar el primer semestre evaluado, el décimo día hábil correspondía al 14 de julio de 2025; sin embargo, la OCI descargó la matriz el día 15, por lo que se confirma el incumplimiento evidenciado en dicha matriz.</p>

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Correo electrónico del 29/07/2025)	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>riesgos descargada del aplicativo Almera el día 26 de junio de la presente vigencia, donde se relaciona el ultimo seguimiento realizado al mes de mayo y cerrándolo al 100% en ese mismo día; en el cual se cumplía con los seguimientos en un lapso de 1 a 4 días hábiles posteriores a los 10 días con los que cuenta el auto control (primera línea), para el cargue de su reporte, con el fin de poder analizar la información suministrada por de los responsables de las actividades de control. Para el cual no se identificaron desviaciones o materialización</p>	
<p>7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente. Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 4 Actualizar la política de gestión del riesgo institucional de acuerdo al nuevo Plan Estratégico Institucional 2025-2028 y establecer los indicadores y el monitoreo respectivo. Para este ítem se reitera la respuesta realizada en el numeral 3.1., en cuanto a la necesidad del paso a paso en la actualización de la plataforma, procesos y caracterización (oportunidades extendidas a septiembre 2025), para la actualización de políticas y matriz de riesgos.</p>	<p>Las aclaraciones proporcionadas por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no desvirtúan la observación, toda vez que registran, entre otros aspectos, que están avanzando "(...) paso a paso en la actualización de la plataforma, procesos y caracterización (oportunidades extendidas a septiembre 2025), para la actualización de políticas y matriz de riesgos".</p>
<p>7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas. Para el primer semestre de la vigencia 2025, la Oficina Asesora de Planeación no aportó documentos que evidencien el análisis ni informes sobre la materialización de riesgos. En consecuencia, no es posible definir acciones de seguimiento orientadas a atender o mitigar los riesgos que eventualmente se hayan materializado. Respuesta: Se adjunta informe de materialización de riesgos.</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional aportó el documento titulado INFORME MATERIALIZACIÓN RIESGOS 2025, firmado por el referente de planeación y elaborado el 14 de julio de 2025. Sin embargo, de acuerdo con el lineamiento evaluado, la información consolidada por la segunda línea de defensa debe ser reportada a la alta dirección para el análisis de sus resultados y para evaluar si se han presentado materializaciones de riesgos. En este sentido, dado que no se presentó ningún documento que evidencie la socialización del informe ante la alta dirección, no se desvirtúa la observación formulada por la Oficina de Control Interno.</p>
<p>8.1 La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción. Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 9 Actualizar para la vigencia 2025 el contexto estratégico de acuerdo con factores internos y externos que puedan influir en los objetivos institucionales. Como se menciona en el numeral 2.2., se adjunta matriz DOFA empleada como insumo para la determinación del contexto interno y externo para el acuerdo 087 de 2024, la cual se encuentra publicada en Almera, en el proceso de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo</p>	<p>Como evidencia adicional, aportaron dos archivos en formato Excel y Word denominados "Matriz FODA Institucional 2024", los cuales no corresponden al periodo objeto de auditoría. Asimismo, los documentos presentados carecen no incluyen la fecha de elaboración, ni la identificación de la persona responsable de su elaboración (oficina o dependencia, nombre y cargo), ni la fuente de la información registrada, elementos indispensables para ser considerados</p>

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional <i>(Correo electrónico del 29/07/2025)</i>	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>Institucional, Subproceso: Planeación estratégica, documentos, Documentación informativa.</p> <p>Adicionalmente, en el Informe de la Oficina de Control Interno, Seguimiento basado en la socialización del Informe OCI-SISSO-IL-2025-15 Seguimiento al cumplimiento de la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Lucha Contra la Corrupción y Antisoborno, la Oficina de Control Interno reitera que la entidad no dispone de un riesgo de corrupción y/o de soborno asociado a "Trámites y servicio a la ciudadanía", el cual debe articularse con los riesgos identificados en el mapa de riesgo de corrupción. Como se había manifestado en la oportunidad de mejoramiento 3567, actividad 3, se validó con los responsables de tramites institucionales, los posibles escenarios de riesgos que podría presentarse en los tramites, siendo rebatidos y se optó por la decisión de no instaurar un riesgo más dado que ya el mismo proceso cuenta con los controles respectivos.</p>	<p>como evidencia válida de cumplimiento.</p> <p>Adicionalmente, manifiestan que "(...) se validaron con los responsables de trámites institucionales los posibles escenarios de riesgos que podrían presentarse en los trámites, los cuales fueron debatidos, y se decidió no instaurar un riesgo adicional, dado que el proceso ya cuenta con los controles respectivos"; sin embargo, no aportan evidencias que respalden el debate ni la decisión tomada.</p> <p>Por lo tanto, no se desvirtúa la observación de la OCI</p>
<p>8.2 La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo. En el informe de Seguimiento al cumplimiento de disposiciones administrativas para la lucha contra la corrupción (OCI-SISSO-IL-2025-11) del 26 de marzo de 2025, se identificó que la Subred no cuenta con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial en los términos y requisitos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa 202215100000053-5 del 05/08/2022. Se Formula plan de mejoramiento para subsanar el tema del Programa de Transparencia y Ética Empresarial. (se adjunta plan), de igual forma, se cuenta con un acta de comité directivo del 28 de enero de 2025, donde se presenta la gestión del riesgo.</p>	<p>No se desvirtúa la observación, dado que registran que "Se formula plan de mejoramiento para subsanar el tema del Programa de Transparencia y Ética Empresarial".</p>
<p>8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.</p> <p>Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 10 Actualizar para la vigencia 2025 la matriz de riesgos de corrupción y los respectivos controles estableciendo claramente la segregación de funciones, responsables y mecanismos de seguimiento.</p> <p>Se cuenta con el lineamiento de segregación de funciones en la guía de administración de riesgo, sin embargo, se tiene contemplado el tema para implementar en la actualización de riesgos que se realizara en este segundo semestre de la vigencia, en concordancia con lo expuesto en el numeral 3.1.</p> <p>8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.</p> <p>Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 10 Actualizar para la vigencia 2025 la matriz de riesgos de corrupción y los respectivos controles estableciendo claramente la segregación de funciones, responsables y mecanismos de seguimiento.</p> <p>Se cuenta con el lineamiento de segregación de funciones en la guía de administración de riesgo, sin embargo, se tiene contemplado el tema</p>	<p>No se desvirtúa la observación, dado que registran "(...) se tiene contemplado el tema para implementar en la actualización de riesgos que se realizara en este segundo semestre de la vigencia, en concordancia con lo expuesto en el numeral 3.1".</p>

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional <i>(Correo electrónico del 29/07/2025)</i>	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>para implementar en la actualización de riesgos que se realizara en este segundo semestre de la vigencia, en concordancia con lo expuesto en el numeral 3.1.</p> <p>9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.</p> <p>Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 9 - Actualizar para la vigencia 2025 el contexto estratégico de acuerdo con factores internos y externos que puedan influir en los objetivos institucionales.</p> <p>Se reiterará, respuesta dada en el numeral 2.2, donde se adjunta matriz DOFA empleada como insumo para la determinación del contexto interno y externo para el acuerdo 087 de 2024, la cual se encuentra publicada en Almera, en el proceso de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional, Subproceso: Planeación estratégica, documentos, Documentación informativa.</p> <p>9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.</p> <p>Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 4 Actualizar la política de gestión del riesgo institucional de acuerdo al nuevo Plan Estratégico Institucional 2025-2028 y establecer los indicadores y el monitoreo respectivo. Para este ítem se reitera la respuesta realizada en el numeral 3.1., en cuanto a la necesidad del paso a paso en la actualización de la plataforma, procesos y caracterización (oportunidades extendidas a septiembre 2025), para la actualización de políticas y matriz de riesgos.</p> <p>Componente ACTIVIDADES DE MONITOREO</p> <p>7.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.</p> <p>Los resultados de los planes, programas y proyectos de la Entidad son elevados a los comités, la Gerencia y la Junta Directiva como insumos para la toma de decisiones.</p> <p>Sin embargo, de acuerdo con las funciones del Comité Directivo de la Subred Sur Occidente E.S.E., creado mediante la Resolución 141 del 7 de marzo de 2024, este comité debió sesionar trimestralmente durante la vigencia 2025. Sin embargo, no se aportaron las actas correspondientes a las sesiones del primer y segundo trimestre del año.</p> <p>De igual forma, en cumplimiento de la Resolución 222 de 2022, que establece la integración y el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se estipula en su artículo 12 que dicho comité debe reunirse de manera ordinaria cada tres meses.</p> <p>No obstante, la Oficina de Control Interno solo recibió un acta correspondiente al mes de mayo de 2025.</p> <p>Cabe señalar que el artículo 6 de la mencionada resolución establece las funciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, entre las cuales se destacan:</p>	

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional <i>(Correo electrónico del 29/07/2025)</i>	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>Aprobar y hacer seguimiento, al menos trimestralmente, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Aprobar y dar seguimiento a los planes, programas, proyectos, estrategias y herramientas necesarias para la implementación interna de las políticas de gestión.</p> <p>Estudiar y adoptar las mejoras propuestas por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, entre otras acciones orientadas a la adecuada administración de la información y a la toma de decisiones.</p> <p>Adicionalmente, el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno solo presentó un acta correspondiente al primer semestre de 2025, en la cual el único tema tratado fue la modificación del Plan Anual de Auditorías.</p> <p>Por todo lo expuesto, se exhorta a la Entidad a programar y convocar oportunamente las sesiones de los comités mencionados, reconociéndolos como instancias clave para la articulación institucional, la gestión efectiva de la información y la adecuada toma de decisiones. Para este numeral, se informa que, en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del día 27 de mayo 2025, se aprobó la modificación del mismo comité y si homologación del directivo, como parte integral del manejo de direccionamiento enfocado a la acreditación.</p> <p>Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.</p>	
<p>8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora. Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 10 Actualizar para la vigencia 2025 la matriz de riesgos de corrupción y los respectivos controles estableciendo claramente la segregación de funciones, responsables y mecanismos de seguimiento.</p> <p>Se cuenta con el lineamiento de segregación de funciones en la guía de administración de riesgo, sin embargo, se tiene contemplado el tema para implementar en la actualización de riesgos que se realizara en este segundo semestre de la vigencia, en concordancia con lo expuesto en el numeral 3.1.</p>	<p>Como evidencia adicional, aportaron dos archivos en formato Excel y Word denominados "Matriz FODA Institucional 2024", los cuales no corresponden al periodo objeto de auditoría. Asimismo, los documentos presentados carecen no incluyen la fecha de elaboración, ni la identificación de la persona responsable de su elaboración (oficina o dependencia, nombre y cargo), ni la fuente de la información registrada, elementos indispensables para ser considerados como evidencia válida de cumplimiento.</p> <p>Adicionalmente, manifiestan que "(...) se validaron con los responsables de trámites institucionales los posibles escenarios de riesgos que podrían</p>

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Correo electrónico del 29/07/2025)	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
	<p>presentarse en los trámites, los cuales fueron debatidos, y se decidió no instaurar un riesgo adicional, dado que el proceso ya cuenta con los controles respectivos”; sin embargo, no aportan evidencias que respalden el debate ni la decisión tomada.</p> <p>Por lo tanto, no se desvirtúa la observación de la OCI</p>
<p>9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.</p> <p>Para este numeral se observa por parte de la Oficina de Control Interno, que para la oportunidad ID: 3718, en referencia a la acción de mejoramiento No. 4 Actualizar la política de gestión del riesgo institucional de acuerdo al nuevo Plan Estratégico Institucional 2025-2028 y establecer los indicadores y el monitoreo respectivo.</p> <p>Para este ítem se reitera la respuesta realizada en el numeral 3.1., en cuanto a la necesidad del paso a paso en la actualización de la plataforma, procesos y caracterización (oportunidades extendidas a septiembre 2025), para la actualización de políticas y matriz de riesgos.</p>	<p>Las aclaraciones proporcionadas por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional no desvirtúan la observación, toda vez que registran, la política de gestión del riesgo no se encuentra actualizada y registran, entre otros aspectos, que “Para este punto, en la acción del plan de mejoramiento se describen las actividades que se encuentran adelantando por parte de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Subproceso de Planeación Estratégica) (...)”.</p>
<p>Componente ACTIVIDADES DE MONITOREO</p> <p>17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.</p> <p>Los resultados de los planes, programas y proyectos de la Entidad son elevados a los comités, la Gerencia y la Junta Directiva como insumos para la toma de decisiones.</p> <p>Sin embargo, de acuerdo con las funciones del Comité Directivo de la Subred Sur Occidente E.S.E., creado mediante la Resolución 141 del 7 de marzo de 2024, este comité debió sesionar trimestralmente durante la vigencia 2025. Sin embargo, no se aportaron las actas correspondientes a las sesiones del primer y segundo trimestre del año.</p> <p>De igual forma, en cumplimiento de la Resolución 222 de 2022, que establece la integración y el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se estipula en su artículo 12 que dicho comité debe reunirse de manera ordinaria cada tres meses.</p> <p>No obstante, la Oficina de Control Interno solo recibió un acta correspondiente al mes de mayo de 2025.</p> <p>Cabe señalar que el artículo 6 de la mencionada resolución establece las funciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, entre las cuales se destacan:</p> <p>Aprobar y hacer seguimiento, al menos trimestralmente, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Aprobar y dar seguimiento a los planes, programas, proyectos, estrategias y herramientas necesarias para la implementación interna de las políticas de gestión.</p> <p>Estudiar y adoptar las mejoras propuestas por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, entre otras acciones</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional registra en su aclaración que “Para este numeral, se informa que, en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en sesión del 27 de mayo de 2025, se aprobó la modificación del comité y su homologación directiva, como parte integral del manejo del direccionamiento enfocado a la acreditación”.</p> <p>No obstante, en cumplimiento de la Resolución 222 de 2022, que establece la integración y el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se estipula en su artículo 12 que dicho comité debe reunirse de manera ordinaria cada tres meses.</p> <p>Sin embargo, la Oficina de Control Interno solo recibió un acta correspondiente al mes de mayo de 2025, la cual no se encontraba suscrita por el presidente ni por el secretario técnico del comité, conforme a lo dispuesto en el artículo 5°, numeral 2, de la mencionada resolución.</p> <p>Por lo anterior, no es posible validar dicha evidencia para la evaluación del Sistema de Control Interno.</p>

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Aclaraciones Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Correo electrónico del 29/07/2025)	Respuesta Oficina de Control Interno (OCI)
<p>orientadas a la adecuada administración de la información y a la toma de decisiones.</p> <p>Adicionalmente, el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno solo presentó un acta correspondiente al primer semestre de 2025, en la cual el único tema tratado fue la modificación del Plan Anual de Auditorías.</p> <p>Por todo lo expuesto, se exhorta a la Entidad a programar y convocar oportunamente las sesiones de los comités mencionados, reconociéndolos como instancias clave para la articulación institucional, la gestión efectiva de la información y la adecuada toma de decisiones.</p> <p>Para este numeral, se informa que, en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del día 27 de mayo 2025, se aprobó la modificación del mismo comité y si homologación del directivo, como parte integral del manejo de direccionamiento enfocado a la acreditación.</p>	

Con base en lo expuesto anteriormente, se reiteran las observaciones formuladas por la Oficina de Control Interno respecto a la evaluación del primer semestre de 2025.

RECOMENDACIONES

Se deben aportar evidencias válidas, oportunas y pertinentes que permitan determinar de manera clara y efectiva el cumplimiento de las acciones de mejora o de los lineamientos evaluados.

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional registra en su aclaración que “*Para este numeral, se informa que en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en sesión del 27 de mayo de 2025, se aprobó la modificación del comité y su homologación directiva, como parte integral del manejo del direccionamiento enfocado a la acreditación*”. No obstante, en cumplimiento de la Resolución 222 de 2022, que establece la integración y el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se estipula en su artículo 12 que dicho comité debe reunirse de manera ordinaria cada tres meses.

Sin embargo, la Oficina de Control Interno solo recibió un acta correspondiente al mes de mayo de 2025, la cual no se encontraba suscrita por el presidente ni por el secretario técnico del comité, conforme a lo dispuesto en el artículo 5°, numeral 2, de la mencionada resolución.

Por lo anterior, no es posible considerar dicho documento como evidencia válida para la evaluación del Sistema de Control Interno en el primer semestre de 2025.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

En el marco de esta evaluación del primer semestre de 2025, la Oficina de Control Interno realizó la verificación del avance y/o cumplimiento de las actividades del plan de

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

mejoramiento (matriculado en el aplicativo Almera con ID 3718) formulado por la Entidad producto de los resultados de la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno del segundo semestre de 2024 que debió implementarse durante el primer semestre de 2025, es decir, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2025, del cual **se determinó un cumplimiento general del 86%**.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos para el ID 3718, correspondiente a un total de 20 actividades:

No.	Acción de Mejora	RESULTADOS SEGUIMIENTOS OCI Corte: 30/06/2025	Cumplimiento acción de mejora (%)
1	Se evidencia falta de seguimientos oportunos Se evidencia falta de soportes que puedan verificar los auditores para el cumplimiento de los estándares	<p>La Oficina de Control Interno evidenció la existencia de la política de integridad (código 01-01-OD-0024) versión 2 del 2021-07-07, código de integridad (código 04-02-OD-0003) versión 4 del 2024-06-27, código de Buen Gobierno (código 01-01-OD-0030) versión 3 del 2022-08-29 y Resolución 785 del 29/11/2024 por la cual se modifica la resolución 105 del 09/02/2023 en cuanto a los servidores públicos que conforman el equipo de gestores de integridad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Con relación a la política de integridad y sus indicadores, la Oficina de Control Interno verificó su seguimiento en el aplicativo Almera, encontrando que ésta cuenta con dos (2) indicadores: Comprensión del Direccionamiento Estratégico Subred Sur Occidente E.S.E y Cumplimiento Plan de Trabajo de Integridad. Con relación a la comprensión del direccionamiento estratégico, aportaron archivo Excel "PreyPost gen planeación ", con un listado de 18 participantes que realizaron postest con un total de puntos entre 80 y 100 por ciento. Con relación al plan de trabajo de código de integridad, cuenta con seguimiento en el aplicativo; para el primer semestre de 2025 incluye una capacitación/sensibilización a gestores de integridad y cumplimiento del plan de bienestar social e incentivos. En cuanto a la capacitación de los gestores, se evidencia archivo "integrantes gestores de integridad 2025 primer semestre 2025", en el cual se observó la consolidaron de las capacitaciones y sensibilizaciones y su cruce con cada uno de los gestores.</p> <p>En cuanto al plan de bienestar social e incentivos, la oficina de talento humano permitió el acceso a los soportes en el aplicativo Almera/ sistemas / bienestar cultural e integridad /1. soportes plan de bienestar social e incentivos; de lo cual se hizo revisión aleatoria de las evidencias de cumplimiento. También aportan informe del comité de convivencia laboral del primer trimestre de 2025 que incluye las quejas presentadas por funcionarios y el proceso adelantado, así como el plan de acción 2025 y la socialización de los miembros del comité de convivencia laboral a través de intranet y WhatsApp y Registro fotográfico de las jornadas de sensibilización I semestre 2025. También registran en el aplicativo Almera el indicador de Apropiación de plan preventivo disciplinario por parte de los colaboradores de la Subred, código PAA 25-16-02, con registro de seguimiento del primer semestre y soportes de su ejecución.</p>	100%
2	Fortalecer la socialización con gestores y líderes registrados en la Resolución 785 de 2024, logrando mínimo una capacitación en la vigencia del equipo de gestores de integridad de la Subred, así como el cumplimiento de los roles y responsabilidades	<p>Con relación a la política de integridad y sus indicadores, la Oficina de Control Interno verificó su seguimiento en el aplicativo Almera, encontrando que ésta cuenta con dos (2) indicadores: Comprensión del Direccionamiento Estratégico Subred Sur Occidente E.S.E y Cumplimiento Plan de Trabajo de Integridad. Con relación a la comprensión del direccionamiento estratégico, aportaron archivo Excel "PreyPost gen planeación ", con un listado de 18 participantes que realizaron postest con un total de puntos entre 80 y 100 por ciento. Con relación al plan de trabajo de código de integridad, cuenta con seguimiento en el aplicativo; para el primer semestre de 2025 incluye una capacitación/sensibilización a gestores de integridad y cumplimiento del plan de bienestar social e incentivos. En cuanto a la capacitación de los gestores, se evidencia archivo</p>	100%

No.	Acción de Mejora	RESULTADOS SEGUIMIENTOS OCI Corte: 30/06/2025	Cumplimiento acción de mejora (%)
	dispuestos en la normatividad vigente.	"integrantes gestores de integridad 2025 primer semestre 2025", en el cual se observó la consolidaron de las capacitaciones y sensibilizaciones y su cruce con cada uno de los gestores.	
3	Fortalecer el seguimiento y monitoreo de los riesgos de corrupción, mensualmente dentro de los 10 días hábiles del mes siguiente con el fin de prevenir la materialización de dichos riesgos y garantizar el cumplimiento de los controles establecidos.	La Oficina de Control Interno descargó, el 15 de julio de 2025, la matriz de riesgos SICOF 2025, identificada como "Matriz_Riesgo_20250715_084221", con el propósito de verificar el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción correspondiente al primer semestre del año. Al revisar la columna "Último seguimiento", se evidenció que, de los nueve (9) riesgos de corrupción registrados, únicamente dos (2) fueron gestionados por la segunda línea de defensa durante el mes de julio. Los siete (7) restantes tenían su último seguimiento registrado en el mes de junio, lo que constituye un incumplimiento del compromiso institucional de realizar dicho seguimiento dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente.	50%
4	Actualizar la política de gestión del riesgo institucional de acuerdo al nuevo Plan Estratégico Institucional 2025-2028 y establecer los indicadores y el monitoreo respectivo	En el aplicativo Almera se evidenció la Política de Gestión de Riesgos versión 7 del 2023-12-15, código 01-01-OD-0008, la cual no se encuentra actualizada tal como se planeó en el plan de mejoramiento. Adicionalmente, la Oficina de Control Interno revisó los indicadores asociados a la Política de Gestión del Riesgo evidenciando que en el indicador Comprensión de la cultura de gestión del riesgo, registraron "En el primer semestre 2025 prioriza la capacitación al equipo del Subproceso de Planeación Estratégica, para unificar criterios y desarrollar la forma en que se va a implementar la metodología en el segundo semestre de la vigencia".	50%
5	Elaborar el cuadro de mando integral en Almera del plan de acción anual institucional 2025 y el seguimiento trimestral por la Junta Directiva	La Oficina de Control Interno evidenció en el aplicativo Almera, en el cuadro de mando opción "seguimiento", la carga del Plan de Acción Anual por procesos y del Plan de Acción Anual Institucional correspondiente a la vigencia 2025. Adicionalmente, se aportaron las siguientes actas de la Junta Directiva: Acta No. 1 del 29 de enero de 2025, mediante la cual se aprueba el Plan de Acción Anual 2025. Acta No. 3 del 27 de febrero de 2025, en la que se presenta el informe de resultados del Plan de Acción Anual Institucional correspondiente a la vigencia 2024. También se evidencian Acta de Junta Directiva No.12 del 22 de mayo de 2025 con el seguimiento del primer trimestre del PAA 2025, por parte de la Junta Directiva,	100%
6	Elaborar lineamientos institucionales para solicitar la programación y ejecución de los Encuentros de Aprendizaje Continuo (EAC), a través de una nota interna expedida por la Dirección de Talento Humano, dirigida a Directores, Líderes y Referentes en donde incluya como requisito la construcción temática de pretest y postest, que permita evidenciar apropiación de los mismos.	La Oficina de Control Interno evidenció como soporte la nota interna SSO-2025-430-001177-3, del 27 de febrero de 2025, cuyo asunto fue: "Parámetros para la solicitud y realización de los Encuentros de Aprendizaje Continuo - EAC en las modalidades virtual y presencial".	100%
7	Realizar un análisis general por trimestre de los resultados de apropiación en los Encuentros de Aprendizaje Continuo (EAC), por ejes temáticos	La Oficina de Control Interno evidenció en el aplicativo Almera el análisis trimestral consolidado de los resultados de apropiación de los EAC, clasificados por ejes temáticos.	100%

No.	Acción de Mejora	RESULTADOS SEGUIMIENTOS OCI Corte: 30/06/2025	Cumplimiento acción de mejora (%)
	según programación del plan de trabajo de la vigencia 2025.		
8	Fortalecer el seguimiento y monitoreo de los riesgos institucionales, trimestralmente dentro de los 20 días calendario del mes siguiente con el fin de prevenir la materialización de dichos riesgos y garantizar el cumplimiento de los controles establecidos.	<p>Al descargar la matriz de riesgos operacionales con corte al 15 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que de los 84 riesgos registrados solo tres tuvieron el registro de seguimiento de la segunda línea de defensa en el mes de abril, 76 riesgos tenían registro en el mes de mayo y cinco (5) no tenían ningún registro de seguimiento de segunda línea de defensa; por lo cual se considera incumplido el plan de mejoramiento.</p> <p>Adicionalmente, el 11 de abril de 2025, la Oficina de Control Interno emitió el Informe de Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional – Vigencia 2024, en el que se identificaron debilidades en la estructura del riesgo. A la fecha, los riesgos institucionales no han sido ajustados, conforme a lo registrado por la segunda línea de defensa el 12 de junio de 2025 en el seguimiento a esta acción en el aplicativo Almera.</p> <p>De otra parte, en el Informe de Auditoría interna basada en riesgos al Proceso Gestión de Contratación - Parte 1. Contratos de Adquisición de Bienes y Servicios se observaron deficiencias en la construcción de los documentos precontractuales a causa de inaplicar metodologías para la gestión de riesgos asociados al proceso Gestión de Contratación de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual, determinar criterios favorables que incidan en la presentación de ofertas e inaplicar los requisitos exigidos en la contratación como requisitos jurídicos habilitantes, criterios diferenciales, entre otros.</p>	50%
9	Actualizar para la vigencia 2025 el contexto estratégico de acuerdo con factores internos y externos que puedan influir en los objetivos institucionales	<p>La Oficina de Planeación registró el 2 de julio de 2025 "Actualmente la Subred se encuentra en el proceso de modificación del acuerdo 087 de 2024, motivo por el cual se tiene contemplado la actualización de procesos, caracterización de los mismos; y de acuerdo a estas actividades la identificación de riesgos, por tanto, esta actividad se encuentra contemplada para su realización a partir del segundo semestre de la vigencia 2025 de acuerdo al plan de trabajo adjunto de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, subproceso de Planeación estratégica".</p> <p>Por lo anterior, y teniendo en cuenta que con corte al 15 de julio de 2025 no aportaron evidencia de la actualización del contexto estratégico, se reitera la observación con el fin de que la segunda línea de defensa adelante las acciones correspondientes en el segundo semestre de 2025 y defina los procesos programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.</p> <p>Adicionalmente, en el Informe de la Oficina de Control Interno, Seguimiento basado en la socialización del Informe OCI-SISSO-IL-2025-15 Seguimiento al cumplimiento de la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Lucha Contra la Corrupción y Antisoborno, la Oficina de Control Interno reitera que la entidad no dispone de un riesgo de corrupción y/o de soborno asociado a "Trámites y servicio a la ciudadanía", el cual debe articularse con los riesgos identificados en el mapa de riesgo de corrupción.</p>	50%
10	Actualizar para la vigencia 2025 la matriz de riesgos de corrupción y los respectivos controles estableciendo claramente la segregación de funciones, responsables y mecanismos de seguimiento	<p>La Oficina de Planeación registró el 30 de junio de 2025 "Actualmente la Subred se encuentra en el proceso de modificación del acuerdo 087 de 2024, motivo por el cual se tiene contemplado la actualización de procesos, caracterización de los mismos; y de acuerdo a estas actividades la identificación de riesgos, por tanto, esta actividad se encuentra contemplada para su realización a partir del segundo semestre de la vigencia 2025 de acuerdo al plan de trabajo adjunto de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, subproceso de Planeación estratégica".</p>	50%
11	Revisión del Manual Específico de Funciones y	La Oficina de Control Interno realizó revisión selectiva en el manual de funciones y verificó la inclusión de algunos acuerdos modificatorios. En	100%

No.	Acción de Mejora	RESULTADOS SEGUIMIENTOS OCI Corte: 30/06/2025	Cumplimiento acción de mejora (%)
	Competencias Laborales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., con el fin de identificar las posibles actualizaciones y modificaciones para realizar.	relación con la creación de la ficha técnica para establecer las funciones del empleo de Profesional Universitario, código 237, grado 11 – Instrumentador Quirúrgico, así como para el empleo de libre nombramiento y remoción – Jefe de Oficina, código 006, grado 05 – Oficina de Control Disciplinario Interno, la verificación se realizó a través del aplicativo Almera, específicamente en la sección “COMPILACIÓN - Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales SISSO”. Adicionalmente, la Oficina de Control Interno también identificó en el aplicativo Almera el Plan de contingencia para el aumento de la demanda del servicio de hospitalización pediatría, código 07-01-PL-0002, Plan de contingencia imagenología V3 código 08-02-PL-0001 y Plan de contingencia para aumento de demanda en servicios de urgencias V9 código 09-03-PL-0002.	
12	Aportar los soportes de las actividades realizadas en cuanto a Políticas de Seguridad digital, mantenimiento de equipos de cómputo, redes y comunicaciones y gobierno digital	La Oficina de Control Interno revisó en el aplicativo Almera el indicador PAA-25-13-05, correspondiente a la Implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital de la Subred Sur Occidente ESE, el cual cuenta con análisis y evidencias documentales para respaldar su ejecución, reportando un cumplimiento del 100%.	100%
13	Aportar los soportes de los contratos realizados por la oficina de sistemas e informes de supervisión de los mismos, e informes de mesa de ayuda que tengan relación con su ejecución y/o novedades.	La Oficina de Control Interno realizó una revisión aleatoria y selectiva en el aplicativo Almera, correspondiente al plan de mejoramiento ID 3718, actividad 13. Como parte de esta verificación, se evaluaron los siguientes documentos: CONTRATO N.º 4600-2025 con la empresa COLCIBER SAS (servicio de antivirus). CONTRATO N. 3426-2025 con la empresa UNIPAR ALQUILERES DE COMPUTADORES SAS. Durante la revisión, se constató que ambos contratos cuentan con el respectivo informe de supervisión en las evidencias cargadas por los auditados en el aplicativo Almera: Para COLCIBER SAS, se revisó el archivo titulado “Nuevo formato de Certificación de cumplimiento Factura FV 789.xlsx”, que contiene la certificación de cumplimiento parcial del informe de supervisión, con fecha 19 de junio de 2025. Para UNIPAR ALQUILERES DE COMPUTADORES SAS, aportaron el documento “CERTIFICACIÓN FC.UP15182 CTO 3426-2025 - 01 al 30 abril-2025.pdf”, que incluye la certificación de cumplimiento parcial del informe de supervisión, con fecha 16 de mayo de 2025.	100%
14	Se cuenta con la matriz de roles y perfiles del sistema de información Dinámica Gerencial, se incluirán los roles y perfiles de los sistemas de información AGILSALUD y ALMERA.	La Oficina de Control Interno revisó en el aplicativo Almera, la actividad No. 14 del plan de mejoramiento ID 3718. Como parte de esta verificación, se evaluó el documento “13-04-OD-0002 Roles sistema de información Dinámica Gerencial Agilsalud Almera V3.xlsx”. Con base en la documentación revisada, se considera cumplida la actividad 14 del plan de mejoramiento ID 3718.	100%
15	Realizar el análisis del modelo de operación por procesos con el fin de evaluar la pertinencia. Fecha de terminación planeada: 01/10/2025		NA
16	Actualizar las caracterizaciones de los procesos de la Entidad. Fecha de terminación planeada: 31/12/2025		NA
17	Documentar con los soportes respectivos el plan de gerencia de la información e inventario de bases de datos y sistemas de información de la entidad.	De acuerdo con la información registrada en la columna E, acerca de la forma como la entidad da respuesta a este lineamiento: El plan de gerencia de la información es el plan del gobierno del dato, el cual está compuesto por 5 actividades: 1) Desarrollo de software in house: módulo Control OPS Suresoc, control horas de planta 2) Mantenimiento de alertas en el registro (Campanazos) (contrato mantenimiento Dinámica con Syac)	100%

No.	Acción de Mejora	RESULTADOS SEGUIMIENTOS OCI Corte: 30/06/2025	Cumplimiento acción de mejora (%)
		<p>3) Fortalecimiento de tableros en tiempo real para control gestión clínica. (contrato 4050-2025)</p> <p>4) Implementación de controles y alertas en registro clínico. (contrato 4050-2025)</p> <p>5) Uso de herramientas de Inteligencia artificial en salud (contrato 4050-2025)</p> <p>Con el fin de verificar el cumplimiento del lineamiento, la Oficina de Control Interno revisó en el aplicativo Almera el indicador Implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital Subred Sur Occidente ESE (código PAA-25-13-05) y los documentos aportados por carpeta compartida One Drive.</p> <p>La Oficina de Control Interno revisó, entre otros, el inventario de desarrollos IN HOUSE, pantallazos ingreso de botón de información oficial intranet Subred Sur Occidente, informe de requerimientos liberados convenio 019, Proceso interoperabilidad informe de indicadores primer trimestre 2025 y documento avances gestión empresarial GEODATA.</p>	
18	Documentar con los soporte respectivos la evaluación de riesgos de seguridad digital realizado en el primer semestre del año 2025	<p>El proceso Gestión de TICS cuenta con dos riesgos operativos con seis controles y un riesgo de corrupción con cinco controles. Los riesgos y controles se encuentran relacionados con actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información. Los riesgos operacionales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de la información asistencial y administrativa de la Subred, debido a fallas técnicas en medios físicos y virtuales de los servicios tecnológicos, fallas de los sistemas de información por errores de actualizaciones y mantenimiento de las bases de datos y/o ataque externo a los sistemas de información de la entidad. 2. Posibilidad de afectación económica y reputacional (vulneración de derechos humanos) por alteración de la seguridad, Integridad, Confidencialidad y Disponibilidad de la información, debido a ataque de ciberseguridad a nivel externo y/o un ataque de ingeniería social o divulgación de información confidencial de los pacientes. <p>El riesgo de corrupción es: 1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por manipulación indebida de la información con intereses personales o a terceros, debido a inseguridad en las políticas de autenticación y contraseñas de los sistemas de información o por ofrecimiento de dadas por parte de personal interno o externo o presiones indebidas, como se describe y complementa en el campo de criterios de riesgo de corrupción.</p> <p>Con relación a la matriz de riesgos operacionales y de corrupción y sus controles, se verificó que los once (11) controles cuentan con registro de seguimiento en el aplicativo Almera. La Oficina de Control Interno realizó una revisión aleatoria y selectiva de evidencias, en la cual se observaron los siguientes documentos relacionados: el contrato con COLCIBER para la adquisición de antivirus, el informe de estabilidad de DINÁMICA Gerencial que reporta la migración de ETB a TIGO, tickets de inducción, usuarios inactivos, retiro usuarios, indicadores comités mesa de ayuda y BitacoraBackupsBD 2025.</p> <p>La Oficina de Control Interno también observó en el aplicativo Almera el indicador Porcentaje de cumplimiento del plan de acción para el manejo de Seguridad de la información Sub Red Sur Occidente ESE (código EQ ME GER INF 07), encontrando registro de seguimiento con corte a junio de 2025, en el cual aportan como evidencia el plan de trabajo de seguridad y privacidad de la información, cuyo objetivo es "fortalecer la seguridad y disponibilidad de la información de los servicios tecnológicos de la Subred Sur Occidente", en este plan se contemplaron nueve actividades, a las cuales les realizaron su respectiva observación de seguimiento, indicando que seis se encuentran completos y tres en desarrollo:</p>	100%

No.	Acción de Mejora	RESULTADOS SEGUIMIENTOS OCI Corte: 30/06/2025	Cumplimiento acción de mejora (%)
		<ol style="list-style-type: none"> Cambio de proveedor en canales dedicados sedes por hurto de infraestructura subterránea en cobre. Socialización de plan de contingencia informáticas de manera simultánea a los simulacros de contingencia, se realizarán dos en el año y se proyecta un mínimo de 200 colaboradores en la sumatoria de la vigencia. Socialización de seguridad informática en grupo asistencial para evitar uso compartido de claves de acceso, Se proyecta realizar la actividad en una jornada con el propósito de alcanzar a un mínimo de 100 colaboradores de manera virtual. Diagnóstico electricidad regulada sedes Subred Sur Occidente. Ampliación de espacio hosting sistema de información principal en 1 Tb para almacenamiento respaldo de bases de datos. Adquisición de tercer almacenamiento NAS para fortalecer respaldo de información. Adquisición de licenciamiento complementario Firewall Socialización a líderes de recomendaciones, buenas prácticas y lineamientos en Seguridad digital en salud, será una jornada dentro del espacio de escuela de líderes. Implementación IPV6 en 4 sedes <p>En la revisión aleatoria y selectiva de evidencias se revisaron: captura de teams de la capacitación del 16 de junio de 2025, el informe de estados de UPS, Proyecto "adquisición de infraestructura tecnológica necesaria para atender las necesidades computacionales de la Subred Sur Occidente" y proceso en contratación con el No. EM-229-2025</p>	
19	Fortalecer la adherencia de los colaboradores de las estrategias de comunicación de la Subred con el objetivo de garantizar una comunicación oportuna, precisa, comprendida y completa al permitirles tomar decisiones sobre su labor.	<p>Se revisa el entregable: Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna, que incluye Evidencias de socialización y encuesta de comunicación interna I semestre 2025, "Informe actualizado proceso comunicaciones I trimestre 2025 OAC.pdf" y Plan estratégico de comunicación organizacional (código 12-00-PL-0001) versión 4 del 20/05/2025- PECO</p> <p>En las estrategias de comunicación con mayor adherencia entre los colaboradores están: Surocsito Informa, Boletín Sintonízate con la Subred Sur Occidente, La Subred en 1 minuto, Encuentros de Aprendizaje Continuo y Notas en medios de comunicación.</p> <p>El informe concluyó: "Adherencia a las estrategias de comunicación interna de la Subred Sur Occidente E.S.E." (código PAA-25-12-04), cuya meta establecida es del 80%, se identificó que las estrategias de comunicación implementadas alcanzaron un nivel de adherencia del 89% entre los colaboradores encuestados, cumpliendo satisfactoriamente con el indicador. Este resultado evidencia una apropiación efectiva de las acciones comunicativas de la entidad, fortaleciendo la cultura institucional, la transparencia y el sentido de pertenencia organizacional".</p>	100%
20	Actualizar el Plan estratégico de Comunicación Organizacional y su seguimiento trimestral de cumplimiento en Almera.	Se revisa el entregable: evidenciando el Plan Estratégico de Comunicación Organizacional - PECO V4 (código 12-00-PL-0001) versión 4 del 2025-05-20	100%
GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: 86%			

En matriz Excel adjunta a este informe se detallan los resultados del seguimiento o análisis realizado por esta oficina a cada acción de mejora.

Anexo 2. Matriz Seguimiento PM Evaluación SCI -IIssem2024 Resultados 30junio2025

Este seguimiento se realizó de acuerdo con lo establecido en el "Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno" versión 1 (código

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión: 3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 3/10/2023	
		Código: 17-00-FO-0009	

17-00-IN-0001), del que es necesario precisar lo dispuesto en el aparte “SEGUIMIENTO”, así:

“A partir del seguimiento y/o evaluación del cumplimiento (eficacia) y de la efectividad de las acciones (preventivas y/o correctivas) que conforman el plan de mejoramiento, de acuerdo con los resultados obtenidos, cada acción será clasificada en una de las siguientes categorías o estados: Abierta: (...), Cumplida: (...), Cumplida Extemporánea: (...), Cumplida Pendiente Efectividad: (...), Vencida: (...).

NOTA: Las acciones de mejora de planes de mejoramiento de auditorías internas de cumplimiento (conocidas como Informes de Ley), **se cierran en la siguiente evaluación o seguimiento** (según su periodicidad: trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) cualquiera que sea su estado y con los niveles de calificación determinados por el ente rector de la auditoría interna de cumplimiento, en virtud, a que el tiempo para ejecutar o cumplir la acción de mejora finaliza en la fecha de corte de la siguiente evaluación o seguimiento. Ejemplo: Auditoría interna de cumplimiento: Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno. Esta evaluación se realiza con una periodicidad semestral. En cada vigencia, un período inicia el 01 de enero y finaliza el 30 de junio, y el otro período inicia el 01 de julio y finaliza el 31 de diciembre. Así las cosas, las acciones de mejora que se establezcan para subsanar los hallazgos u observaciones identificados por la Oficina de Control Interno en la evaluación del primer semestre (corte 30 de junio) **podrán ejecutarse o cumplirse máximo el 31 de diciembre de la misma vigencia**, asimismo, las acciones de mejora que se establezcan para subsanar los hallazgos u observaciones identificados en la evaluación del segundo semestre (corte 31 de diciembre) podrán ejecutarse o cumplirse máximo el 30 de junio de la siguiente vigencia. En este caso, el Departamento Administrativo de la Función Pública ha determinado que las acciones se califican con 0%, 50% o 100% según los resultados de la evaluación.” (Subrayado y negrilla propio)

Es importante precisar que la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional afirmó haber realizado un seguimiento oportuno a los riesgos de corrupción desde la segunda línea de defensa, respaldado con registros emitidos por dicha oficina. Sin embargo, dichos seguimientos no se evidencian en las fechas señaladas, sino en fechas posteriores, según consta en la bitácora del aplicativo Almera, módulo de riesgos, específicamente en la matriz correspondiente a los riesgos de corrupción identificados como SICOF 2025. En particular, respecto al riesgo asociado a la Gestión del Talento Humano, se identificaron las siguientes inconsistencias:

- En el botón “Plan de acción”, sección “1.1 Revisión seguimiento de segunda línea – TH”, figura un registro de seguimiento por parte de la segunda línea de defensa con fecha 16 de julio de 2025. No obstante, al generar el informe “Bitácora – Almera”, se identifica que la actividad “adicionar seguimiento” por parte de la segunda línea de defensa fue registrada el 24 de julio de 2025, sin que exista evidencia del registro correspondiente al 16 de julio.

Esta discrepancia genera una duda razonable sobre la fecha real en que se realizó el seguimiento, por lo cual no se desvirtúa la observación inicial efectuada por esta Oficina. Se anexan pantallazos que evidencian esta situación.

Reporte de bitácora - Almera - Google Chrome

sgj.almeraim.com/sgj/secciones/bitacora/reporteMaestro.php?actividadid=41569

Filtro:

Usuario:

Fecha:

Código de evento:

Mostrar 15 registros

Evento	Fecha	Login	Usuario	Actividad	Descripción
ACT-ACS-01	2025-07-28 12:18:00 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Actualizar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (30K)
ACT-ACS-01	2025-07-24 03:04:23 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Actualizar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (30K)
ACT-ADS-01	2025-07-24 03:04:02 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Adicionar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (30K)
ACT-ADS-01	2025-07-23 09:45:34 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Adicionar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (40K)
ACT-ACS-01	2025-07-23 09:45:32 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Actualizar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (14K)
ACT-ACS-01	2025-07-23 09:45:18 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Actualizar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (24K)
ACT-ADS-01	2025-07-23 09:44:47 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Adicionar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (14K)
ACT-ACS-01	2025-07-23 09:44:28 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Actualizar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (13K)
ACT-ACS-01	2025-07-23 09:44:17 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Actualizar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (24K)
ACT-ACS-01	2025-07-23 09:43:46 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Actualizar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (9K)
ACT-ADS-01	2025-07-23 09:43:19 PM	KFOCAMPO	Kevin Fabian Ocampo Mendez	Adicionar seguimiento	1. revisión seguimiento de segunda línea - TH (24K)
AMC-ADU-01	2025-04-09 10:36:16 AM	gterrazo	Gilberto Sierra Ortizola	Cargó un archivo	verificación diseño de controles - Talento humano.ods

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

miércoles, 30 de julio de 2025 11:23 30/07/2025

1. 1. Revisión seguimiento de segunda línea - TH - Seguimiento - Almera - Google Chrome

sgj.almeraim.com/sgj/secciones/sigspa/mod_formulacion/cronogramas/form_seguimientoactividad.php?actividadid=41569&tabla=seguimiento

1. Posibilidad de afectación reputacional por vinculación de Talento Humano a la institución sin el cumplimiento de requisitos establecidos por la entidad que garantice la prestación de servicios con un talento humano idóneo y competente, debido a la presentación de credenciales y/o soportes alterados y/o fraudulentos que se aportan durante el proceso de selección y vinculación del personal a la Entidad, así mismo por la referenciación durante el proceso de selección del talento humano desde fuentes internas y externas, que puedan llegar a generar conflicto de intereses e incumplimiento de la normatividad legal vigente, como se describe y complementa en el campo de criterios de riesgo de corrupción.

Editar

1. 1. Revisión seguimiento de segunda línea - TH

La actividad está en ejecución. Debe registrar al menos un seguimiento del 100% para registrar la terminación de la actividad

Fecha Planeada: Real

Inicio: 2025-01-01 2025-01-21

Fin: 2025-12-31

Terminar actividad

Riesgo: 1. Posibilidad de afectación reputacional por vinculación de Talento Humano a la institución sin el cumplimiento de requisitos establecidos por la entidad que garantice la prestación de servicios con un talento humano idóneo y competente, debido a la presentación de credenciales y/o soportes alterados y/o fraudulentos que se aportan durante el proceso de selección y vinculación del personal a la Entidad, así mismo por la referenciación durante el proceso de selección del talento humano desde fuentes internas y externas, que puedan llegar a generar conflicto de intereses e incumplimiento de la normatividad legal vigente, como se describe y complementa en el campo de criterios de riesgo de corrupción.

Último Seguimiento: Julio 16 de 2025 / Kevin Fabian Ocampo Mendez
Se realiza seguimiento de segunda línea de defensa verificando los análisis y soportes de actividades de control presentes en los riesgos correspondientes al mas dando cumplimiento a las actividades de control asignadas para mitigar el riesgo, evidenciando la gestión realizada para el periodo en el cual no se ha generado la materialización del riesgo.

Responsable: Citberro Sierra Ortizola

Recordatorios por correo electrónico

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
Almera - Sistema de Gestión Integral
2025 - Bogotá, Colombia

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Buscar

Adicionalmente, se identificaron inconsistencias similares en el seguimiento de segunda línea a los siguientes riesgos de corrupción:

- **Gestión de Contratación:** *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por posibles hallazgos de carácter penal, fiscal, administrativo y disciplinario por ocultar, distorsionar o tergiversar pasos en el control de los procesos realizados transaccionalmente por la plataforma SECOP.”*
- **Gestión Financiera:** *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por desviación y/o pérdida de recursos financieros, así como por la no realización de arqueos de caja en los diferentes puntos de atención y recaudo de la Subred, y por la falta de verificación, cruce y descargue del sistema de información de los pagos*

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

autorizados por diferentes conceptos, ya sea por acción u omisión en el cumplimiento de las actividades.”

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, esta Oficina de Control Interno insta a los responsables de la ejecución de las acciones de mejora, al establecimiento o fortalecimiento de los mecanismos de control que garanticen el monitoreo y/o seguimiento oportuno; a su vez, que los soportes o evidencias (entregables) de estas acciones que se carguen en el aplicativo Almera correspondan a los definidos en la formulación del plan de mejora.

En cuanto a la evolución o cumplimiento del plan de mejoramiento, es importante tener en cuenta lo definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces (versión 3), así: numeral 4.2 *“El Plan de Mejoramiento Institucional como herramienta de prevención. La calidad y eficacia del sistema de control interno se ve reflejado en la evolución que tenga el plan de mejoramiento institucional, en cuanto a número de hallazgos e incidencias (penales, fiscales, disciplinarias y de otro tipo) y en cuanto al estado de cumplimiento de las acciones de mejora”*.

DECLARACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- *Este seguimiento fue realizado con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.*
- *La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.*
- *La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., más se incentiva la consideración de las “Recomendaciones” en la construcción de los planes de mejora a que haya lugar para el mejoramiento del Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad.*

Bogotá D.C., 30 de julio de 2025.


CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Lida Inés Aponte Espitia, Profesional Especializado (OPS)
Soraya Paredes Muñoz, Profesional Especializado G29

Revisó: Claudia Patricia Quintero Cometa, Jefe Oficina de Control Interno

Nombre de la Entidad:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		
Período Evaluado:	Primer Semestre - Vigencia 2025		



Estado del sistema de Control Interno de la entidad 84%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI en proceso/ No) (Justifique su respuesta):	SI	Todos los componentes del Modelo Estándar de Control Interno se encuentran operando de manera integrada, lo cual se puede constatar con los resultados obtenidos en la medición del Índice de Desempeño Institucional –vigencia 2024 a través del diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión - FURAG (Autoevaluación) con los resultados obtenidos de manera independiente en la evaluación que realiza la Oficina de Control Interno, al diligenciar la matriz para evaluar el estado del Sistema de Control Interno en el primer semestre de la vigencia 2025.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (SI/No) (Justifique su respuesta):	SI	El Sistema de Control Interno de la Subred Sur Occidente, es efectivo al mantener de forma satisfactoria el cumplimiento de los objetivos, lineamientos y alineación con las Políticas institucionales, de acuerdo con los resultados de la evaluación independiente a los componentes del Modelo Estándar de Control Interno.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una Institucionalidad (línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta):	SI	El Sistema de Control Interno de la Entidad cuenta con una estructura documentada e implementada, a través de la operación de la gestión por procesos, en los cuales se registran los controles y responsables del Sistema de Control Interno. Adicionalmente, se encuentran documentados los niveles para la toma de decisiones a través de las líneas de defensa, estructura organizacional, mapa de aseguramiento, manuales de funciones, cuadros de mando y planes de mejora, ubicados en el aplicativo institucional del Sistema de Gestión Integral - Almera, facilitando la toma de decisiones frente al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el Informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	90%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evidenció el compromiso de la alta dirección, reflejado en las actas de la Junta Directiva donde se abordaron temas como la aprobación del Plan Anual Institucional 2025 y su seguimiento, así como el manejo de los recursos de la entidad. También se trataron temas sobre estados financieros, seguimiento al plan estratégico y financieros, avances en la implementación del nuevo modelo, reporte de RIPS y progreso en proyectos de infraestructura, entre otros. La entidad dispone de las condiciones necesarias para el ejercicio efectivo del control interno, destacadamente por contar con el Sistema de Gestión Integral Almera, que facilita la consulta ágil de la documentación institucional, indicadores, registros de seguimiento, evidencias, cuadros de mando, riesgos y planes de mejoramiento. Es importante resaltar la gestión de los indicadores del Plan de Acción Anual, tanto a nivel institucional como por proceso, así como el seguimiento continuo realizado a través del cuadro de mando integral. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se requiere actualizar la Política de Gestión del Riesgo Institucional en concordancia con el nuevo Plan Estratégico Institucional 2025-2028, definiendo los indicadores correspondientes y su respectivo esquema de monitoreo. Asimismo, es necesario fortalecer la oportunidad en el registro, seguimiento y monitoreo de los riesgos institucionales y de corrupción por parte de la primera línea de defensa, con el propósito de prevenir su materialización y asegurar el cumplimiento efectivo de los controles establecidos. 	88%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad dispone de las condiciones para el ejercicio del control interno, evidenciado en el compromiso y direccionamiento de la alta dirección a través de las actas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Comité de Gestión y Desempeño y Junta Directiva, en las cuales registraron el análisis y seguimiento para la toma de decisiones de los temas relacionados con el Plan de Acción Anual Institucional, informes de control interno, gestión de riesgos, gestión financiera y cumplimiento de políticas, entre otros. Adicionalmente, los resultados de la evaluación de este componente presentaron buenos resultados en cuanto a integridad, supervisión del sistema de control interno, establecimiento de la planeación estratégica y líneas de reporte para evaluar el funcionamiento del sistema de control interno. La entidad cuenta con un Sistema de Gestión Integral (aplicativo Almera) que se constituye en una herramienta en la cual se puede consultar la documentación de la Entidad de forma organizada, monitorear indicadores estratégicos y por proceso, revisar evidencias y hacer seguimiento a los riesgos institucionales y planes de mejoramiento. La entidad cuenta con reconocimiento de Acreditación en salud para algunas de las Unidades de Servicios de Salud - USS (actualmente denominadas Centros de Salud y Hospitales). <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para el primer semestre de 2024, la Entidad aportó archivo Excel con datos de evaluación de competencias de los contratistas; sin embargo, no se evidenció su análisis, verificación y socialización en el marco del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno - CICSCI o en el marco de otro comité. Adicionalmente la Guía Evaluación de Competencias OPS versión 1 del 03/12/2018 se encuentra desactualizada al no haberse los 3 años desde su última revisión, según lo establecido en el numeral 7.3 "Revisión de documentos" del Manual de elaboración de documentos (código 02-01-MA-0001). 	2%
Evaluación de riesgos	SI	71%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Subred Sur Occidente cuenta con el módulo de riesgos en el aplicativo Almera, lo que ha facilitado las labores de auditoría por parte de la Oficina de Control Interno, al centralizar la información relacionada con los registros de riesgos, controles, seguimientos y evidencias. Respecto a los riesgos y controles, el aplicativo Almera permite establecer una estructura con campos uniformes, promoviendo la estandarización en la forma de reportar y documentar los riesgos y controles. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se requiere fortalecer el seguimiento y monitoreo ejercido por la segunda línea de defensa respecto a los riesgos institucionales y de corrupción conforme a la periodicidad establecida por la entidad. Esto incluye el análisis de la materialización de riesgos, la verificación de una adecuada segregación de funciones, y la consolidación de información clave sobre la gestión del riesgo. Dicha información deberá ser presentada a la Alta Dirección para facilitar la evaluación de sílabos en los controles –tanto su diseño como en su ejecución– y permitir la definición de acciones correctivas oportunas y efectivas. Se requiere realizar una revisión y actualización integral de la matriz de riesgos institucional y de corrupción, considerando el contexto actual a partir de factores internos y externos, en alineación con la nueva plataforma estratégica. Asimismo, es necesario clarificar e incorporar riesgos que no han sido contemplados en algunas procesos y actualizar la exposición al riesgo teniendo en cuenta la frecuencia con la que se presenta cada punto de riesgo durante el año. La entidad requiere elaborar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial en los términos y requisitos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud. 	76%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> En términos generales, la Subred Sur Occidente aplica de manera adecuada la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (versión 1 de 2021) del Departamento Administrativo de la Función Pública. Se evidenció seguimiento periódico a los riesgos institucionales por parte del subcomité (primera línea de defensa), por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (segunda línea de defensa) y por la Oficina de Control Interno (tercera línea de defensa), a través del módulo de riesgos del Sistema de Gestión Integral (aplicativo Almera). <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Entidad requiere "Fortalecer la evidencia de segregación de funciones para reducir el riesgo de acciones fraudulentas en los procesos que tienen identificados riesgos de corrupción". Se requiere fortalecer la documentación y análisis de la evaluación de la aceptación de riesgos con control interno y externo por parte de la Alta Dirección. Algunos riesgos y controles identificados por los procesos siguen siendo susceptibles de mejorar en su estructura para la descripción de control y descripción del riesgo. 	-9%
Actividades de control	SI	71%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Subred Sur Occidente cuenta con una adecuada integración de los sistemas de gestión, incluyendo el Sistema Único de Acreditación, el Sistema Único de Habilitación y otras certificaciones relacionadas. La entidad posee certificados de acreditación en salud para doce (12) sedes, además de reconocimientos en varios centros como Instituciones Avanzadas de la Almería y la Infancia Integral (IAMI). Asimismo, las Unidades de Servicios de Salud de Fátima, Kermes y Páez Benito cuentan con certificación en Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad requiere realizar un análisis del modelo de operación por procesos y sus caracterizaciones, considerando la nueva plataforma estratégica y revisar y actualizar los documentos institucionales en concordancia con el Manual para la Elaboración de Documentos. Se requiere ajustar la estructura de riesgos y el diseño de los controles relacionados con la gestión del riesgo, así como fortalecer su proceso de seguimiento y monitoreo oportuno por parte de la primera y segunda línea de defensa. Se requiere incluir en la matriz de roles y perfiles a los usuarios interventores de todas las aplicaciones y software utilizados por la entidad. 	63%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evidencia una adecuada segregación de funciones, de acuerdo con lo establecido en la Guía de planeación suficiente y capacidad instalada de talento humano para la prestación de servicios de salud Versión 15 (código 04-02-GI-0002). Se identifica que en el "Manual Especificación de Funciones y Competencias Laborales de la Subred Sur Occidente" se presenta un diagrama funcional detallado que incluye la entidad, la dependencia o área específica y el servidor. Este diagrama es adecuado, detalla el propósito principal del empleo, así como la descripción de las funciones esenciales, las cuales se encuentran alineadas con las competencias, atribuciones y responsabilidades asignadas en el estudio social de la Subred Sur Occidente". <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evidencia falta de seguimiento continuo y oportuno de los indicadores de suficiencia del talento humano. La falta de evidencias suficientes impide validar el cumplimiento oportuno y completo de las actividades propuestas, lo que podría comprometer la integridad de la estructura de control y efectividad en la gestión de riesgos de seguridad de la información. Se identifica desactualización de varios procedimientos de la Entidad y falta de alineación con el sistema de gestión documental vigente. De 8 procedimientos revisados, 6 no habían sido actualizados desde los años 2021 y 2022. Además, algunos documentos aún hacen referencia a sistemas que no se utilizan en la entidad, como aplicativo "Olio". Se identificó controles que no cumplen con la estructura adecuada ni mitigan efectivamente el riesgo inherente y residual. Se identificó inconsistencia en la identificación y descripción de las causas materiales y causas raíz de los riesgos. 	8%
Información y comunicación	SI	100%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad cuenta con un Plan Anual de Auditoría elaborado por la Oficina de Control Interno, el cual fue ejecutado en un 100% durante el primer semestre de la vigencia. Como resultado, los informes generados han sido remitidos a la Gerencia, a los miembros de la Junta Directiva y a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, con el propósito de facilitar su análisis y verificación, identificar desviaciones y formular recomendaciones que orienten las acciones de mejoramiento institucional. Adicionalmente, dichos informes se encuentran publicados en la página web de la Subred Sur Occidente E.S.E., garantizando el acceso y la transparencia en la gestión. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dejado de las actividades de información y comunicación realizadas, es necesario fortalecer la comunicación interna, especialmente en la socialización de los resultados dentro del marco del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y del Comité de Gestión y Desempeño. 	86%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Subred Sur Occidente ha implementado aplicativos de recolección de información que facilitan la captura y procesamiento de datos. Además, dispone de un mecanismo de información actualizado y de fácil acceso. Asimismo, cuenta con canales de comunicación interna y externa reconocidos por sus grupos de valor, lo que fomenta una cultura de transparencia. Se ha avanzado significativamente en la implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital en la entidad. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evidencia falta de seguimiento continuo y oportuno de los indicadores de la Implementación Plan estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación (PETIC). Se identifica falta de documentación y carga en la herramienta Almera de las evidencias que soportan el cumplimiento de los indicadores. Implementación de la Arquitectura Empresarial (GISE) generada por un proceso de arquitectura empresarial diseñado por MINTIC Subred Sur Occidente ESE" (código PAWI 13 33) "Porcentaje de implementación de mecanismos de protección de la información" (código PGC, 13 01 001) "Porcentaje de quejas solicitadas sobre uso de información" (código PGC, 13 01 001) 	14%
Monitoreo	SI	89%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad cuenta con un Plan Anual de Auditoría elaborado por la Oficina de Control Interno, el cual fue ejecutado en un 100% durante el primer semestre de la vigencia. Como resultado, los informes generados han sido remitidos a la Gerencia, a los miembros de la Junta Directiva y a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, con el propósito de facilitar su análisis y verificación, identificar desviaciones y formular recomendaciones que orienten las acciones de mejoramiento institucional. Adicionalmente, dichos informes se encuentran publicados en la página web de la Subred Sur Occidente E.S.E., garantizando el acceso y la transparencia en la gestión. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> La entidad debe mejorar la oportunidad en el registro de los indicadores establecidos en el cuadro de mando del aplicativo Almera, con el fin de contar con información oportuna y confiable para la toma de decisiones y el cumplimiento de las metas institucionales. Se requiere aportar evidencia de los reportes sobre deficiencias del control interno identificadas a través del monitoreo continuo, y presentar dicha información en instancias clave como el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, y la Junta Directiva, entre otros. Se esfuerza a la entidad a programar y convocar de manera oportuna las sesiones de mesa común, reconocimientos como espacios estratégicos para la aplicación institucional, la gestión efectiva de la información y la toma adecuada de decisiones. Se recomienda a la entidad asegurar la ejecución oportuna de las acciones de mejora definidas de auditorías internas y de las entes externos de control. 	100%	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se consideró válido el compromiso de la Alta Dirección respecto de las actividades de monitoreo llevadas a cabo por la segunda o tercera línea de defensa, cada vez que, se evidenció el compromiso para aprobar los instrumentos requeridos para el desarrollo de las actividades de monitoreo y seguimiento y su posterior análisis. Para el desarrollo de las evaluaciones independientes, la Oficina de Control Interno ha realizado un proceso de actualización de sus procedimientos e instrumentos técnicos de auditoría interna encaminados a dar cumplimiento a la metodología establecida en la Guía de Auditoría Interna para Entidades Públicas de la Función Pública, y por ende, agregar valor mediante el desarrollo de actividades objetivas, independientes, juiciosas y disciplinadas. Asimismo, se ha pretendido mejorar las cualificaciones del talento humano adscrito a la Oficina de Control Interno para el desarrollo del ejercicio auditor. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> En relación con los resultados de las actividades de monitoreo continuas (de segunda línea de defensa) e independientes (de tercera línea de defensa) y conforme lo señalado en el segundo componente, debe generarse mayor articulación al analizar los resultados de las diferentes actividades de monitoreo alineado con la gestión del riesgo y su impacto frente al sistema de control interno, para así elevar análisis articulados y estratégicos a la Alta Dirección. 	-11%