

NOTA INTERNA
SSO-2026-240-003690-3

Bogotá, 5 de agosto de 2026

DE: **GUILLERMO CERON SANDOVAL**
OFICINA DE CONTROL INTERNO
JEFE DE CONTROL INTERNOPARA **ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA**
GERENTE
DESPACHO DEL GERENTE

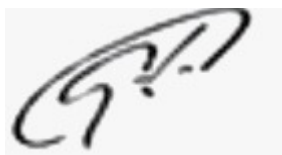
Asunto: Informe de Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional -Vigencia 2025

Respetada doctora Andrea.

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 de la Gestión del Riesgo Institucional** de la Vigencia 2025 correspondiente al período 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025 (N° Informe OCI-SISSO-IL-2026-18).

Agradezco su acostumbrado respaldo a nuestra gestión, así como su atención y oportuna gestión. Asimismo, reiteramos nuestra disposición para atender cualquier duda o inquietud que pueda surgir en el marco de esta auditoría de cumplimiento.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "G. Ceron Sandoval".**GUILLERMO CERON SANDOVAL**
JEFE DE CONTROL INTERNO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

Anexos: Informe OCI-SISSO-IL-2026-18 Evaluación de la Gestión del Riesgo – Vigencia 2025

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)
Mónica Amparo Varón Aguirre - Jefe Oficina de Calidad (Miembro CICSCI)
Ana Lucia Quintero Mojica - Subgerente Corporativa (Miembro CICSCI)
Bertha Lucia 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:	GUILLERMO CERON SANDOVAL/OCI
Revisado por:	GUILLERMO CERON SANDOVAL / OCI
Elaborado por:	MARTHA PATRICIA PALOMINO RAMIREZ / OCI

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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-SISSSO-IL-2026-18

NOMBRE TRABAJO DE AUDITORÍA:

Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional.

DESTINATARIOS

Integrantes Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno:

- Dra. Andrea Elizabeth Hurtado Neira, Gerente
- Lucia Mora Quiñones, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Ana Lucia Quintero Mojica, Subgerente Corporativa
- Marcia Greicy Guacaneme Valbuena, jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Mónica Amparo Varón Aguirre - jefe Oficina de Calidad
- Martha Isabel Ortiz Hurtado, jefe Oficina Jurídica
- Carmen Esther Acero García, jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Rosa Viviana Cubillos Medrano – jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
- Hernando Miguel Mojica Mugno, jefe Oficina de Sistemas de Información - TIC

Responsable(s) de la unidad auditada:

Marcia Greicy Guacaneme Valbuena, jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

EMITIDO POR: Guillermo Cerón Sandoval, jefe Oficina de Control Interno

EQUIPO AUDITOR: Gloria Marcela Burgos Torres – Profesional Especializado
Juan José Ossa Chavarriaga, Profesional Universitario II (OPS)

I. OBJETIVO

- Realizar seguimiento y evaluación de la gestión del riesgo institucional por tipología.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

II. ALCANCE

Período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

El establecimiento de este período no limita la facultad de la Oficina de Control Interno para pronunciarse sobre hechos previos o posteriores que, por su nivel de riesgo o materialidad, deban ser revelados.

III. MARCO NORMATIVO

Normatividad Externa

- **Ley 87 de 1993** “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado (...).” **Artículo 2.** “Objetivos del Sistema de Control Interno: a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; (...). f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; (...)”
- **Decreto 1083 de 2015** “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”. **Artículo 2.2.21.5.3** “Las (...) Oficinas de Control Interno (...) desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.” (Modificado Decreto 648 de 2017, artículo 17). **Artículo 2.2.23.1.** “El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades”. (Sustituido Decreto 1499 de 2017, artículo 2).
- **Decreto 640 de 2025** “Por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Gestión Pública”.
- **Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.** Versión 6, 2022. Departamento Administrativo de la Función Pública.
- **Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas.** Versión 7, 2025. Departamento Administrativo de la Función Pública.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Normatividad interna

- **Política de Gestión del Riesgo** (Código 01-01-OD-0008) versión 7 del 15/12/2023 Subred Sur Occidente.
- **Política de Gestión del Riesgo** (Código 01-01-OD-0008) versión 8 del 18/12/2025 Subred Sur Occidente.
- **Guía Administración de Riesgo** (Código 01-01-GI-0002) versión 8 del 01/02/2025, Subred Sur Occidente.

IV. METODOLOGIA

De conformidad con el Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2026 por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (en adelante, Subred Sur Occidente), la Oficina de Control Interno mediante nota interna SSO-2026-240-002286-3 del 22/05/2026, notificó el seguimiento y evaluación de la gestión del riesgo institucional por tipología.

En atención a los lineamientos normativos y procedimentales aplicables a las Oficinas de Control Interno, en la ejecución de este trabajo se aplicó un enfoque sistemático y disciplinado que abarcó tres (3) fases: planeación, ejecución y comunicación, desarrolladas de acuerdo con el cronograma de trabajo establecido en la fase de planeación de la auditoría.

Una vez concluida la fase de ejecución de la auditoría, esta Oficina comunicó debidamente los resultados preliminares a los responsables de las actividades auditadas el 27 de julio de 2026, a través de correo electrónico.

V. DESCRIPCION DEL TRABAJO REALIZADO, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2026 y del rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo que le compete desarrollar a las Oficinas de Control Interno (Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.3, Modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 17), respecto del cual, el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces (versión 3 de septiembre de 2023, indica: “A través de este rol, el Jefe de Control Interno, debe proporcionar un aseguramiento

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos, entre ellos aquellos fiscales de corrupción que estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente, lo que repercute en la operación y eficacia del sistema de control interno.” (pág. 53), la Oficina de Control Interno llevó a cabo auditoría interna de cumplimiento basada en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 7 de agosto de 2025), centrada en los siguientes aspectos: diseño de los riesgos y controles, ejecución de controles y posible materialización del riesgo.

Así las cosas, y teniendo en cuenta que la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional forma parte de la 2ª línea de defensa y le corresponde el seguimiento a la planeación institucional y a la gestión del riesgo, se les comunicó la apertura de la auditoría y se solicitó apoyo en el desarrollo de esta.

Por otra parte, la Oficina de Control Interno designó auditores para la evaluación de los riesgos y controles de cada proceso, los cuales revisaron, de forma aleatoria y selectiva, soportes de ejecución de estos y otros datos reportados en el módulo de riesgos del Sistema de Gestión Integral - Almera.

Tras analizar la matriz de riesgos descargada del aplicativo Almera, la Oficina de Control Interno observó que, con corte al 31 de diciembre de 2025, la Subred Sur Occidente registraba noventa y tres (93) riesgos en total (ochenta y uno (81) operacionales, tres (3) fiscales y nueve (9) SICOFS) para un total de doscientos veinte (220) controles. Estos se encuentran distribuidos en los diferentes procesos institucionales de la siguiente manera:

PROCESO	Riesgos	% Riesgos	Controles	% Controles
PROCESOS ESTRATÉGICOS				
SUBTOTAL	23	24,7%	49	22%
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	5	5,4%	11	5%
Gestión del Conocimiento	5	5,4%	12	5%
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	4	4,3%	11	5%
Gestión jurídica	5	5,4%	7	3%
Gestión de comunicaciones	2	2,2%	3	1%
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	2	2,2%	5	2%
PROCESOS MISIONALES				
SUBTOTAL	40	43,0%	85	39%
Gestión de Servicios Complementarios	17	18,3%	39	18%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Gestión Clínica de Urgencias	3	3,2%	7	3%
Gestión Clínica Ambulatoria	8	8,6%	14	6%
Gestión Clínica Hospitalaria	6	6,5%	12	5%
Gestión del Riesgo en Salud	6	6,5%	13	6%
PROCESOS DE APOYO				
SUBTOTAL	24	25,8%	71	32%
Gestión del Ambiente Físico	8	8,6%	24	11%
Gestión de Contratación	3	3,2%	6	3%
Gestión Financiera	7	7,5%	23	10%
Gestión de TICS	3	3,2%	11	5%
Gestión del Talento Humano	3	3,2%	7	3%
PROCESOS DE EVALUACION				
SUBTOTAL	6	6,5%	15	7%
Control interno	4	4,3%	10	5%
Control Interno Disciplinario	2	2,2%	5	2%
GRAN TOTAL	93	100%	220	100%

Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

Se recomienda analizar la viabilidad de adaptar la metodología del DAFP a los procesos misionales, lo cual permitirá identificar desviaciones oportunamente e implementar acciones de mejora continua.

1. Política Institucional – Gestión Integral del Riesgo

1.1. Lineamientos de la Política

Durante la vigencia 2025, la Subred Sur Occidente se rigió bajo los parámetros dispuestos en la Política Institucional de Gestión del Riesgo (Código 01-01-OD-0008, versión 6), aprobada el 29 de diciembre de 2022. Esta versión contenía los lineamientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos operacionales, fiscales y del SICOF (Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude).

No obstante, a finales del mismo año, el documento fue actualizado bajo la denominación de Política Institucional – Gestión Integral del Riesgo (Código 01-01-OD-0008, versión 8), con fecha del 18 de diciembre de 2025. Actualización que no se encuentra alineada con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (Versión 7) de agosto de 2025, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Observación

Se evidenció que la Política Institucional - Gestión Integral del Riesgo, código 01-01-OD-0008, versión 8, actualizada el 18 de diciembre de 2025, incorpora elementos estratégicos relacionados con el compromiso de la alta dirección, el análisis del contexto, la identificación, análisis, tratamiento y valoración de riesgos, así como el esquema de responsabilidades bajo el modelo de líneas de defensa.

No obstante, para el periodo objeto de auditoría (vigencia 2025), se identifica la necesidad de fortalecer la trazabilidad y articulación entre la Política, la Guía de Administración del Riesgo y los demás instrumentos metodológicos, de forma que se evidencie expresamente su alineación integral con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 del DAFP, especialmente frente al apetito, capacidad, tolerancia al riesgo, criterios de aceptación, articulación de ámbitos de gestión y mecanismos de seguimiento.

Nota 1:

Es importante precisar que, con posterioridad a la ejecución de las pruebas de auditoría, la entidad publicó en el Sistema de Gestión Integral (Almera), el 21 de junio de 2026, la **Guía de Gestión Integral del Riesgo**, cuya fecha oficial de emisión corresponde al 1 de junio de 2026. Dicho documento se encontraba en proceso de actualización durante el desarrollo de la presente verificación y su implementación inició en el segundo semestre de 2026. En consecuencia, varios de los elementos incorporados en esta nueva versión no podían ser evidenciados al momento de la evaluación realizada.

De otra parte, teniendo en cuenta que en la sesión del Comité de Gestión y Desempeño celebrada el 30 de junio de 2026 se socializaron los resultados preliminares de la herramienta PESTEL, mediante la cual se llevó a cabo el análisis del contexto de la entidad, la Oficina de Control Interno, considerando los resultados definitivos de este diagnóstico, estima pertinente efectuar una nueva revisión de la Política de Administración del Riesgo, con el propósito de determinar la necesidad de ajustar su contenido y asegurar su alineación con las condiciones y el contexto institucional identificados.

1.2. Marco conceptual para el apetito del Riesgo Política

El De acuerdo con la política institucional de gestión del riesgo (Código 01-01-OD-0008), se analizó el «nivel de aceptación del riesgo y medidas de tratamiento». Al respecto, se evidenció que los riesgos operativos y de seguridad digital calificados como bajos o moderados son asumidos por la entidad; esto implica que, tras el análisis correspondiente, se decide aceptar el riesgo conociendo los efectos de su posible materialización.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Durante la revisión de la vigencia 2025 (alcance de la auditoría), la Oficina de Control Interno identificó lo siguiente:

Proceso	Zona riesgo inherente				Zona riesgo residual			
	Bajo	Moderado	Alto	Extremo	Bajo	Moderado	Alto	Extremo
Control interno		3	1		2	1	1	
Control Interno Disciplinario	2				2			
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional		4				4		
Gestión Clínica Ambulatoria		7	1		2	5	1	
Gestión Clínica de Urgencias		3			1	2		
Gestión Clínica Hospitalaria		6			1	5		
Gestión de comunicaciones	1	1			1	1		
Gestión de Contratación			2	1		1	1	1
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo		3	2			5		
Gestión de Servicios Complementarios	1	12	3	1	6	7	3	1
Gestión de TICS	1	1	1		2		1	
Gestión del Ambiente Físico		7	1		5	2	1	
Gestión del Conocimiento	3	1	1		4		1	
Gestión del Riesgo en Salud	4		2		4		2	
Gestión del Talento Humano	1	2			2	1		
Gestión Financiera	3	1		3	4			3
Gestión jurídica		3	2			3	2	
Participación comunitaria y servicio al ciudadano		1	1			1	1	
Total	16	55	17	5	36	38	14	5

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

El análisis de los datos permitió identificar que se reportaron 71 riesgos inherentes y 74 riesgos residuales dentro de los niveles bajo y moderado por lo que se encuentra necesaria establecer en el Comité de Gestión y Desempeño si la entidad está dispuesta a aceptar los efectos de su posible materialización. En caso contrario, los líderes de proceso deberán recalculan la exposición al riesgo integrando la frecuencia anual de ocurrencia en los puntos críticos. Este ajuste facilitará la proyección y la evaluación de aceptabilidad para la correspondiente vigencia institucional. Al respecto, cabe destacar lo dispuesto en la *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas* (Función Pública, 2022, v. 6, pág. 29): que señala, «En todo caso la decisión de aceptar o no determinados riesgos que se ubiquen en zonas bajas es responsabilidad de la Alta Dirección, toda vez que es esta instancia la que define y aprueba la política de riesgos...».

Observación

Se evidenció que, posterior a la aplicación de controles, los riesgos clasificados en zona extrema permanecieron sin variación, al mantenerse cinco (5) riesgos tanto en la valoración inherente como en la residual. Así mismo, aunque la categoría alta

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

presenta una disminución consolidada de diecisiete (17) a catorce (14) riesgos, se identificaron casos en los cuales no se evidencia variación entre la valoración inherente y residual, situación que requiere fortalecer la trazabilidad del efecto de los controles sobre la probabilidad, el impacto o ambos. En consecuencia, más que concluir de manera automática la baja efectividad de los controles, se considera necesario documentar el análisis individual que sustenta la valoración residual, los criterios de aceptación y las decisiones de tratamiento aplicables, especialmente frente a los riesgos que permanecen en zonas alta o extrema.

2. Identificación del Riesgo

De acuerdo con la guía para administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (en adelante DAFP), esta etapa tiene como objetivo *“identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos”*. Para lograrlo, se debe considerar el contexto estratégico de la entidad, caracterizar el objetivo y alcance de cada proceso, y analizar los factores internos y externos que puedan impedir el cumplimiento de las metas institucionales.

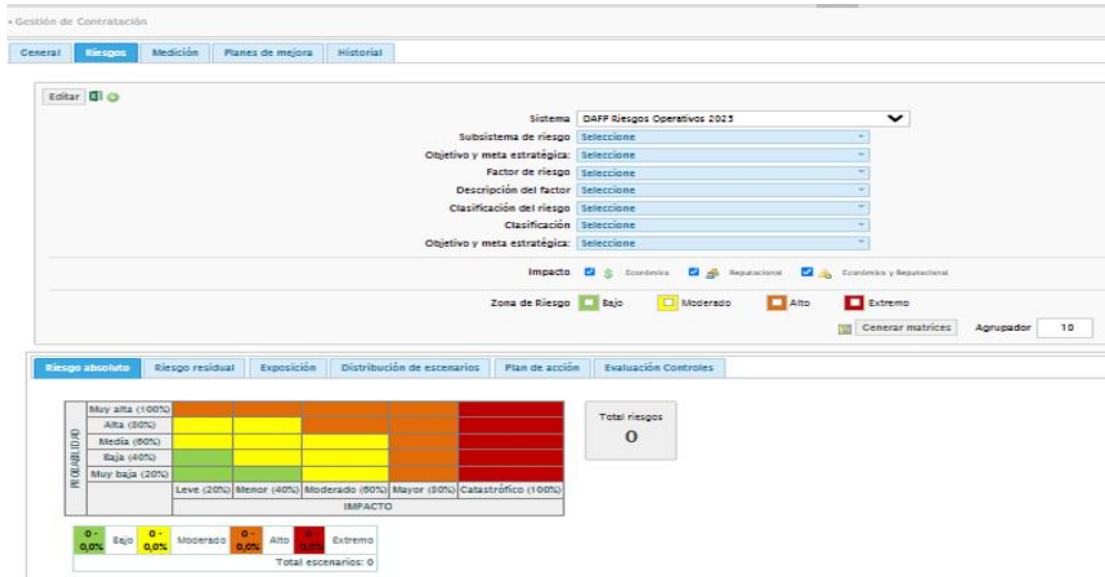
Por lo anterior, y considerando el acuerdo 087 de 2024, aprobado el 18 de diciembre, mediante el cual se establece el plan estratégico institucional 2025-2028 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y se derogan los acuerdos 198 y 199 del año 2020, se recomienda a la entidad actualizar su contexto institucional y alinearlos con la gestión integral de los riesgos (Ver nota 1). Asimismo, establecer lineamientos que aseguren la adecuada asociación de los riesgos con los objetivos del proceso y promuevan la identificación de riesgos específicos para cada subproceso.

Observación

La Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional de la vigencia 2025 evidenció la ausencia de riesgos operacionales en el proceso de Gestión de Contratación, con registro únicamente de un riesgo fiscal y dos asociados a corrupción. No obstante, la identificación y el análisis de los riesgos operativos resulta esencial para proteger la gestión institucional y la continuidad del proceso contractual, al permitir anticipar y mitigar eventos que pueden generar incumplimientos, fallas de supervisión,

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

sobrecostos o deficiencias de calidad. Esta situación se constató en el Sistema Integrado de Gestión (Almera), como se evidencia en la siguiente imagen.



Fuente: Sistema de Gestión Integral - Almera

En este sentido, la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (Versión 7, agosto de 2025) del Departamento Administrativo de la Función Pública establece que la administración del riesgo debe abordarse como una herramienta preventiva y proactiva, orientada al logro de los objetivos institucionales. Bajo este enfoque, la adecuada identificación y tratamiento de los riesgos asociados a las actividades contractuales es fundamental para evitar la materialización de eventos adversos y fortalecer el control institucional.

2.1. Identificación de los Factores de Riesgo

Durante la evaluación de la gestión del riesgo operacional de la Entidad, se evidenció que los riesgos están identificados, descritos y clasificados según su factor de riesgo. Respecto a este último componente, se obtuvieron los siguientes resultados:

Proceso	Factores de riesgo						Total general
	Evento Externo	Infraestructura	Procesos	Talento Humano	Tecnología	Varios	
Control interno			3	1			4
Control Interno Disciplinario			1	1			2
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional			3	1			4
Gestión Clínica Ambulatoria			8				8
Gestión Clínica de Urgencias			1	2			3
Gestión Clínica Hospitalaria			6				6
Gestión de comunicaciones			2			1	3

Gestión de Contratación				2			2
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo			4		1	1	6
Gestión de Servicios Complementarios			4	12			16
Gestión de TICS			1	1	1		3
Gestión del Ambiente Físico		2	6				8
Gestión del Conocimiento			4	1			5
Gestión del Riesgo en Salud			5	1			6
Gestión del Talento Humano				2	1	1	4
Gestión Financiera	1		3	2			6
Gestión jurídica			3	2			5
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	1		1				2
Total general	2	2	55	28	3	3	93

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

Según la tabla anterior, el factor de procesos fue el más identificado en la Subred Sur Occidente.

2.2. Descripción del Riesgo

La Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de la Función Pública, para facilitar el análisis de la causa raíz, desglosa de la siguiente manera la estructura propuesta para los riesgos:



Fuente: Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (Versión 7, agosto de 2025)

La Oficina de Control Interno revisó la estructura de los riesgos de los procesos y verificó que todos identifican sus áreas de impacto. Sin embargo, el análisis técnico presenta deficiencias para distinguir entre la causa inmediata y la causa raíz. Al respecto, se aclara que la causa inmediata alude al factor más evidente que detona el riesgo, mientras que la causa raíz corresponde a los motivos profundos u originarios que lo generan.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Observación

Conforme al esquema de la Función Pública, el término «por» se utiliza para indicar la causa inmediata, mientras que «debido a» corresponde a la causa raíz. No obstante, la Oficina de Control Interno identificó que la entidad ha empleado el término «por» de manera indistinta como equivalente a «debido a», sin precisar adecuadamente la causa inmediata y la causa raíz en la formulación de los riesgos. Esta situación evidencia una debilidad en la diferenciación entre causa inmediata y causa raíz, tal como se ilustra en algunos riesgos de la siguiente tabla:

Unidad de riesgo	Riesgo
Gestión Clínica Ambulatoria	2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la inasistencia de usuarios a citas programadas, debido a la inadecuada georreferenciación, falta de recursos, no asignación de medico de preferencia e cumplimiento de los horarios asignados.
Gestión de comunicaciones	1. Posibilidad de afectación reputacional por la publicación de información errónea y desactualizada, debido al incumplimiento del protocolo descrito en el manual de crisis en comunicación y/o el manual de comunicación institucional.
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	1. Posibilidad de afectación reputacional por la percepción de trato deshumanizado durante la prestación de los servicios, debido a la no adherencia a las diferentes estrategias institucionales que se tienen para la atención humanizada.
Gestión de Servicios Complementarios	2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la dispensación de medicamentos, fallas en la identificación y baja adherencia al procedimiento.
Gestión del Ambiente Físico	8. Posibilidad de afectación de reputacional y económica por fallas en los equipos biomédicos debido al incumplimiento y seguimiento de los mantenimientos, falta de adherencia al uso de la tecnología y retrasos en los trámites administrativos.
Gestión del Conocimiento	3. Posibilidad de afectación reputacional por falta de cálculo y verificación del número de estudiantes en formación, debido a no tener en cuenta la capacidad académica instalada y/o falta de seguimiento periódico del sistema de información para determinar dicha capacidad.
Gestión del Riesgo en Salud	3. Posibilidad de afectación reputacional por la probabilidad de notificación inoportuna de eventos de interés en salud pública por parte del personal médico de las Unidades de Servicios de Salud, debido a el desconocimiento del personal médico de la normatividad frente a la notificación oportuna, pertinente y con calidad de los eventos de interés en salud pública.
Gestión del Talento Humano	1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por liquidación errónea de la nómina, debido a que el software no cuenta con puntos de control ó alertas, demoras en la entrega de novedades por parte de los directores de los procesos y errores involuntarios en la digitación de la nómina.
Gestión Financiera	2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por desviación y/o perdida de recursos financieros, debido a la falta de control diario a los movimientos y saldos bancarios, seguimiento a los registros, falta de arqueos de caja en los diferentes puntos de atención y la no verificación, cruce y descargue del sistema de información de los pagos autorizados.
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	1. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Gestión Clínica de Urgencias	2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por administración inadecuada de medicamentos, debido a falta de adherencia a la guía de buenas prácticas, desconocimiento de los 10 pasos correctos en la administración y la falta de verificación de acceso venoso.
Gestión de Servicios Complementarios	1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no disponibilidad del medicamento en el servicio, a causa de fallas del proveedor por la entrega incompleta o inoportuna, incumplimiento de requisitos técnicos en la entrega, Dificultades en la ejecución de los contratos.
Gestión de Servicios Complementarios	4. Posibilidad de afectación económica y reputacional por manipulación inadecuada de alimentos, a causa de debilidades en la adherencia a las buenas prácticas de manipulación de alimentos y el lavado de manos y uso de elementos de protección personal.
Gestión de Servicios Complementarios	7. Posibilidad de afectación económica y reputacional por inatención del usuario en el servicio de toma de muestra del laboratorio clínico por entrega inoportuna de información al paciente en la preparación adecuada para la toma de muestras
Gestión Clínica de Urgencias	3. Posibilidad de afectación económica y/o reputacional (riesgo clínico) por la posibilidad de complicaciones en la salud del paciente originado por rinofaringitis sin una adecuada identificación o diagnostico en el momento del Triage, falta de adherencia a la guía de práctica clínica y/o interpretación de resultados en el aplicativo Dinámica Gerencial, complicaciones no identificadas y la oportunidad en la prestación de los servicios.
Gestión Financiera	Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos, por pérdida de títulos valores a causa de no ejercer la acción de cobro dentro de los 3 años a partir de la fecha de la radicación.
Gestión de contratación	Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos, por el inadecuado ejercicio de la supervisión de los funcionarios designados y/o falta de oportunidad en la publicación de la ejecución contractual en los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión en plataforma SECOP, que no evidencie su adecuada ejecución.

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

Si bien la unidad auditada informó que la Guía para la Gestión Integral del Riesgo de la Subred Sur Occidente E.S.E., versión 9, incorporó la estructura metodológica del DAFP para diferenciar la causa inmediata y la causa raíz mediante los conectores “por” y “debido a”, la observación se realiza relacionando los riesgos evaluados durante el periodo objeto de auditoría, en las cuales se identificó el uso indistinto de dichos conectores y debilidades en la precisión de la causalidad del riesgo. La actualización metodológica constituye una acción de mejora que deberá evidenciarse en la revisión, ajuste y validación de las matrices institucionales.

2.3. Clasificación del Riesgo

La Subred Sur Occidente organizó los riesgos identificados en diversas categorías, destacando que la de mayor representación corresponde a la “ejecución y administración de procesos”, como se muestra en la siguiente tabla:

Proceso	Descripción categorías					
	Ejecución y administración de procesos	Fallas tecnológicas	Fraude externo	Fraude interno	Usuarios, productos y prácticas	Total general
Control interno	3			1		4

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

Control Interno Disciplinario	2					2
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	4					4
Gestión Clínica Ambulatoria	8					8
Gestión Clínica de Urgencias	3					3
Gestión Clínica Hospitalaria	6					6
Gestión de comunicaciones	2					2
Gestión de Contratación	2		1			3
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	3	1			1	5
Gestión de Servicios Complementarios	17					17
Gestión de TICS	1	1	1			3
Gestión del Ambiente Físico	8					8
Gestión del Conocimiento	5					5
Gestión del Riesgo en Salud	5				1	6
Gestión del Talento Humano	1	1	1			3
Gestión Financiera	4		1		2	7
Gestión jurídica	4			1		5
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	2					2
Total general	80	3	4	2	4	93

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

3. Evaluación del Riesgo y Valoración de Controles

Frente a los 93 riesgos identificados en los 18 procesos con exposición a factores de riesgos operacionales, fiscales y de SICOFS, se evidenció que la entidad calculó la probabilidad e impacto inherente y residual. Como resultado de esta valoración, se obtuvo el nivel de severidad reflejado en la matriz de calor.

Observación

Al evaluar el comportamiento del riesgo inherente frente al residual, la Oficina de Control Interno detectó posibles debilidades en el módulo de riesgos del aplicativo Almera. Esto se fundamenta en que, aun cuando se registraron controles institucionales, las variables de probabilidad e impacto no muestran variación alguna. De hecho, 29 de los 93 riesgos identificados presentan idéntica valoración inherente y residual, situación que se desglosa a continuación:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

Riesgo	Probabilidad (Riesgo absoluto)	Impacto (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Probabilidad Puntaje (Riesgo residual)	Impacto (Riesgo residual)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional						
2. Posibilidad de afectación económica por inadecuada gestión en las fases precontractual, contractual y pos-contractual en la contratación de venta de servicios con los diferentes pagadores.	Muy baja (20%)	Moderado (60%)	Moderado	20	Moderado (60%)	Moderado
3. Posibilidad de afectación económica por entrega inoportuna y/o incompleta de los requerimientos de información solicitados por clientes internos y externos, con susceptibilidad de generar toma inapropiada de decisiones.	Muy baja (20%)	Moderado (60%)	Moderado	20	Moderado (60%)	Moderado
4. Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por incumplimiento a las metas y tiempos definidos en los Planes de Acción Anuales.	Baja (40%)	Moderado (60%)	Moderado	40	Moderado (60%)	Moderado
Participación comunitaria y servicio al ciudadano						
1. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento.	Baja (40%)	Mayor (80%)	Alto	40	Mayor (80%)	Alto
2. Posibilidad de afectación reputacional por baja participación social de la comunidad, debido al desconocimiento de la ciudadanía sobre estos espacios, deserción de	Baja (40%)	Moderado (60%)	Moderado	40	Moderado (60%)	Moderado

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

los integrantes y/o falta de divulgación permanente de instancias de participación social.						
Gestión del Talento Humano						
2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por no dar continuidad a la ejecución de los programas y planes que operativizan el proceso de gestión del talento humano, debido a la falta de divulgación de las actividades por parte de la oficina de comunicaciones y la disponibilidad de tiempos de los colaboradores del proceso.	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
Gestión del Conocimiento						
2. Posibilidad de afectación reputacional por falta de verificación al incumplimiento de requisitos establecidos en el sub-proceso de investigación, debido a la información insuficiente, desconocimiento por parte de los investigadores y/o la falta de verificación para postulación de proyectos por parte del Comité de investigación.	Muy baja (20%)	Leve (20%)	Bajo	20	Leve (20%)	Bajo
3. Posibilidad de afectación reputacional por falta de cálculo y verificación del número de estudiantes en formación, debido a no tener en cuenta la capacidad académica instalada y/o falta de seguimiento periódico del sistema de información para determinar dicha capacidad.	Muy baja (20%)	Leve (20%)	Bajo	20	Leve (20%)	Bajo

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

4. Posibilidad de afectación reputacional y económica por falta de acompañamiento y supervisión de los eventos de seguridad del paciente derivados de las prácticas formativas de los estudiantes y docentes, debido a la no adherencia de los documentos y/o falta de cumplimiento de las prerrogativas o delegación progresiva para la competencia del estudiante enmarcadas en los anexos técnicos.	Muy baja (20%)	Leve (20%)	Bajo	20	Leve (20%)	Bajo
Gestión del Riesgo en Salud						
1. Posibilidad de afectación económica por el incumplimiento en la planeación, ejecución y seguimiento de los lineamientos y fichas técnicas establecidas a través del convenio/contrato interadministrativo a cargo del seguimiento a la ejecución directa o indirectamente, por parte de la Dirección del Gestión del Riesgos en Salud (DGRS), debido a la falta de gestión ante los hallazgos por presuntos incumplimientos de las actividades establecidas a través del convenio/contrato interadministrativo a cargo de la DGRS.	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
3. Posibilidad de afectación reputacional por la probabilidad de notificación inoportuna de eventos de interés en salud pública por parte del personal médico de las Unidades de Servicios de Salud, debido a el desconocimiento del personal médico de la normatividad frente a la notificación oportuna, pertinente y con calidad	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo

**INFORME DE AUDITORÍA
 INTERNA DE CUMPLIMIENTO O
 SEGUIMIENTO**

Versión: 3
 Fecha de aprobación: 3/10/2023
 Código: 17-00-FO-0009

de los eventos de interés en salud pública.						
4. Posibilidad de afectación reputacional (riesgo poblacional) por el déficit de la garantía de acceso a las rutas integrales de atención en salud por falta de adscripción de la población asignada a las Unidades de Servicios y así mismo a la falta de identificación de alertas críticas y tempranas presentes en esta misma población y las bajas coberturas de vacunación - PAI Regular. Como posible efecto de la falta de seguimiento y monitoreo de indicadores trazadores.	Muy baja (20%)	Mayor (80%)	Alto	20	Mayor (80%)	Alto
2. Posibilidad de afectación económica por la posibilidad de reporte inoportuno de información de acuerdo con los contratos vigentes, debido a la no generación de reportes definidos en la normatividad o a los contratos vigentes.	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
5. Posibilidad de afectación reputacional (Seguridad del Paciente) por riesgos y complicaciones en el paciente por la falta de socialización, toma de pruebas, análisis y uso del consentimiento informado previo al implante subdérmico en el paciente.	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
Gestión Clínica Hospitalaria						

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión: 3
 Fecha de aprobación: 3/10/2023
 Código: 17-00-FO-0009

1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por neumonía asociada a ventilación mecánica, a causa de la baja adherencia a los protocolos del proceso.	Baja (40%)	Menor (40%)	Moderado	40	Menor (40%)	Moderado
Gestión de Servicios Complementarios						
8. Posibilidad de afectación económica y reputacional por complicaciones en la transfusión sanguínea debido a fallas en el servicio pretransfusional y/o durante la transfusión sanguínea.	Muy baja (20%)	Mayor (80%)	Alto	20	Mayor (80%)	Alto
13. Posibilidad de afectación reputacional en el incumplimiento de estándares de calidad de los servicios tercerizados establecidos a nivel normativo e institucional, por debilidades en la verificación de los estándares establecidos para cada servicio y la supervisión inadecuada de los contratos.	Baja (40%)	Mayor (80%)	Alto	40	Mayor (80%)	Alto
Gestión Clínica Ambulatoria						
7. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el deterioro del estado de salud del paciente atendido bajo la modalidad de teleconsulta debido al hallazgo de un diagnóstico errado.	Media (60%)	Menor (40%)	Moderado	60	Menor (40%)	Moderado
8. Posibilidad de afectación económica y reputacional por complicaciones quirúrgicas y anestésicas, en operatoria debido a la no adherencia de las recomendaciones dadas por el profesional durante y después de la consulta.	Baja (40%)	Mayor (80%)	Alto	40	Mayor (80%)	Alto
Gestión Financiera						

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por desviación y/o pérdida de recursos financieros, debido a la falta de control diario a los movimientos y saldos bancarios, seguimiento a los registros, falta de arqueos de caja en los diferentes puntos de atención y la no verificación, cruce y descargue del sistema de información de los pagos autorizados.	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
4. Posibilidad de afectación económica y reputacional por presentar y/o entregar información incompleta e inoportuna de los estados financieros, que no refleje la realidad económica de la institución	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
Gestión de comunicaciones						
1. Posibilidad de afectación reputacional por la publicación de información errónea y desactualizada, debido al incumplimiento del protocolo descrito en el manual de crisis en comunicación y/o el manual de comunicación institucional.	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
2. Posibilidad de afectación reputacional por la desinformación de los colaboradores frente a la gestión institucional, debido a la falta de implementación de las estrategias de comunicación y/o adherencia de las estrategias de comunicación de los líderes en el despliegue de la información hacia sus equipos de trabajo.	Muy baja (20%)	Moderado (60%)	Moderado	20	Moderado (60%)	Moderado
Gestión del Ambiente Físico						

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

7. Posibilidad afectación económica y reputacional por pérdida o hurto de bienes, debido a falta de adherencia a los procedimientos, asignación a responsables y/o falta de notificación al subproceso de activos fijos	Muy baja (20%)	Mayor (80%)	Alto	20	Mayor (80%)	Alto
Gestión jurídica						
1. Posibilidad de afectación reputacional por el registro inapropiado de las acciones judiciales en el sistema SiprojWeb y archivo de la Oficina Jurídica.	Media (60%)	Moderado (60%)	Moderado	60	Moderado (60%)	Moderado
2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por ausencia o indebida defensa técnica en los procesos judiciales, en actividades como: presentación de medios exceptivos, probatorios o interposición de recursos contra decisiones de los despachos judiciales.	Media (60%)	Moderado (60%)	Moderado	60	Moderado (60%)	Moderado
3. Posibilidad de afectación económica y reputacional por negligencia en el control de términos judiciales que puedan acarrear una condena en contra de la Entidad.	Media (60%)	Mayor (80%)	Alto	60	Mayor (80%)	Alto
4. Posibilidad de afectación reputacional por indebida actualización del módulo de Comité de Conciliación de la Subred en el SIPROJWEB.	Media (60%)	Moderado (60%)	Moderado	60	Moderado (60%)	Moderado
Control Interno Disciplinario						

2. Posibilidad de afectación reputacional en el incumplimiento de los términos procesales atribuibles al despacho, por indebida notificación e inexactitud de datos que suministra el investigado y/o apoderado, incongruencia de datos en los oficios y comunicaciones, falta de actualizaciones en los estados de los procesos en la base de datos de la OCID y el desconocimiento de lo dispuesto en el Código General Disciplinario.	Muy baja (20%)	Menor (40%)	Bajo	20	Menor (40%)	Bajo
--	----------------	-------------	------	----	-------------	------

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

Recalculo orientado a la verificación

Luego de recalcular y evaluar los controles asociados a cada riesgo, se analizó el comportamiento de su probabilidad e impacto, concluyendo lo siguiente:

La implementación de los controles modificó la probabilidad residual de todos los riesgos evaluados, pero no alteró su impacto residual. Por lo anterior, 19 de los 20 riesgos de la muestra permanecieron en la misma zona de riesgo, con excepción del caso detallado a continuación, el cual presentó un desplazamiento:

Unidad de riesgo	Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)	Recalculo OCI
Gestión Clínica Hospitalaria	1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por neumonía asociada a ventilación mecánica, a causa de la baja adherencia a los protocolos del proceso.	Moderado	Moderado	Bajo

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

Estructura para la Descripción del Control

La Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 de 2025 del DAFP, propone la siguiente estructura para la redacción de los controles:

Figura 19 Estructura para la redacción de controles



Fuente: Guía Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7 de 2025 del DAFP

Observación

La Oficina de Control Interno evaluó el cumplimiento de dicha estructura en los controles de la Entidad. Si bien la mayoría se ajusta a ella, se identificaron debilidades al definir los detalles que precisan el objeto, el propósito y la alineación del control con su causa raíz. Asimismo, se observaron acciones que, aunque están vinculadas a las operaciones institucionales, no permiten determinar con claridad su objetivo de control.

Se identificaron inconsistencias en la forma de ejecución de los controles (automáticos y manuales), ya que varios de los clasificados como automáticos, según la descripción son ejecutados de manera manual. Asimismo, se evidenciaron controles catalogados como automáticos que no cumplen con las características técnicas propias de dicha categoría. Por ejemplo:

Unidad de riesgo	Riesgo	Control	Tipo	Implementación
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	3. Posibilidad de afectación económica por entrega inoportuna y/o incompleta de los requerimientos de información solicitados por clientes internos y externos, con susceptibilidad de generar toma inapropiada de decisiones.	2. Seguimiento o monitoreo de la información, publicación y/o socialización de datos oficiales	Preventivo	Automático

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	4. Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por incumplimiento a las metas y tiempos definidos en los Planes de Acción Anuales.	1. El profesional Especializado del subproceso de Planeación estratégica realizará seguimiento trimestral al reporte de los indicadores parametrizados en los cuadros de mando de la plataforma ALMERA, a fin de prevenir las desviaciones o incumplimientos que se pueda presentar en la ejecución de los mismos de acuerdo a la Guía de la planeación institucional (código: 01-01-GI-0001) y la Guía para la definición y análisis de indicadores (código: 01-04-GI-0003)	Preventivo	Automático
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	1. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento.	Procedimiento 03-01-PR-0001 de Recepción Trámite y Respuesta equipo de PQRS	Preventivo	Automático
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	1. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento.	2. Seguimiento semanal por parte del equipo de PQRS a los tiempos de respuesta mediante alertas vía correo electrónico con la semaforización de base de datos interna con la que cuenta la oficina como herramienta de sistematización y control.	Preventivo	Automático
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	2. Posibilidad de afectación reputacional por baja participación social de la comunidad, debido al desconocimiento de la ciudadanía sobre estos espacios, deserción de los integrantes y/o falta de divulgación permanente de instancias de participación social.	3. Monitoreo mensual del incremento de la Base Social	Preventivo	Automático
Gestión del Riesgo en Salud	4. Posibilidad de afectación reputacional (riesgo poblacional) por el déficit de la garantía de acceso a las rutas integrales de atención en salud por falta de adscripción de la población asignada a las Unidades de Servicios y así mismo a la falta de identificación de alertas críticas y tempranas presentes en esta misma población y las bajas coberturas de vacunación - PAI Regular. Como	3. Líder Rutas, junto al líder ACCVSYE y Referente SIVIGILA Institucional deberán realizar el seguimiento y monitoreo de los indicadores trazadores	Preventivo	Automático

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO

Versión:	3
Fecha de aprobación:	3/10/2023
Código:	17-00-FO-0009

	posible efecto de la falta de seguimiento y monitoreo de indicadores trazadores.			
Gestión Financiera	2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por desviación y/o pérdida de recursos financieros, debido a la falta de control diario a los movimientos y saldos bancarios, seguimiento a los registros, falta de arqueos de caja en los diferentes puntos de atención y la no verificación, cruce y descargue del sistema de información de los pagos autorizados.	1. La tesorera realiza seguimiento diario (mañana y tarde) de los saldos y movimientos que se presenta en las cuentas bancarias que están bajo su responsabilidad. Esto se hace a través de la plataforma del banco.	Preventivo	Automático
Gestión Financiera	2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por desviación y/o pérdida de recursos financieros, debido a la falta de control diario a los movimientos y saldos bancarios, seguimiento a los registros, falta de arqueos de caja en los diferentes puntos de atención y la no verificación, cruce y descargue del sistema de información de los pagos autorizados.	2. El grupo de tesorería realiza diariamente el seguimiento, cruce y conciliación de la totalidad de la información que afecta caja y bancos.	Preventivo	Automático
Gestión de Servicios Complementarios	1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no disponibilidad del medicamento en el servicio, a causa de fallas del proveedor por la entrega incompleta o inoportuna, incumplimiento de requisitos técnicos en la entrega, Dificultades en la ejecución de los contratos.	2. Los profesionales universitarios químicos farmacéuticos o tecnólogos regencia de farmacia o auxiliares de farmacia (para la baja complejidad) que son asignados como directores técnicos del servicio farmacéutico de cada sede, realizan la recepción técnica de los medicamentos en el formato 08-04-FO-0057 Acta de recepción técnica de medicamentos dispositivos insumos y reactivos de diagnóstico V6 recepción técnicas que controla entre otros invimas , fechas vencimientos	Preventivo	Automático
Gestión de Servicios Complementarios	6. Posibilidad de afectación económica y reputacional por estudios de Imagenología que no cumplen con los estándares de calidad establecidos, debido a fallas en el entrenamiento del colaborador nuevo en los procedimientos del servicio y en el manejo de los equipos, falta de mantenimiento y calibración de los equipos de radiación y baja adherencia a los procedimientos del servicio.	2. El ingeniero biomédico de la subred cuenta con la programación de mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos, La profesional universitaria de medicina general referente del servicio de imagenología realiza ticket para reportar daños de los mismos.	Preventivo	Automático

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Gestión de Servicios Complementarios	15. Posibilidad de afectación económica y reputacional por riesgo de Infección de acceso vascular, debido a barreras para la construcción de los accesos y debilidades en el autocuidado del paciente.	3. La líder de subproceso realiza el reporte al área de mantenimiento sobre las intervenciones de infraestructura del área de Unidad Renal	Preventivo	Automático
Gestión Clínica de Urgencias	3. Posibilidad de afectación económica y/o reputacional (riesgo clínico) por la posibilidad de complicaciones en la salud del paciente originado por rinofaringitis sin una adecuada identificación o diagnóstico en el momento del Triage, falta de adherencia a la guía de práctica clínica y/o interpretación de resultados en el aplicativo Dinámica Gerencial, complicaciones no identificadas y la oportunidad en la prestación de los servicios.	2. La Dirección del Gestión Clínica de Urgencias realiza seguimiento preventivo al comportamiento de los indicadores de mortalidad menos de 24 Horas, administrado por el subproceso de gestión de la información, y Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente – Código: PAA-09-01, concorde con lo establecido en la Guía para la definición y análisis de indicadores (código: 01-04-GI-0003).	Preventivo	Automático
Gestión del Ambiente Físico	6. Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en la infraestructura física y equipos industriales que puede ocasionar eventos adversos y afectación en la prestación de los servicios de salud, debido a la antigüedad de las edificaciones, incumplimiento en la ejecución del plan mantenimiento, inoportunidad de los mantenimientos en correctivos y vida útil de los equipos industriales.	3. Los referentes de mantenimiento de infraestructura y equipo industrial realizan seguimiento a la ejecución de las necesidades identificadas y notificadas a través de mesa de ayuda las cuales permiten realizar las intervenciones de acuerdo con las priorizaciones establecidas	Preventivo	Automático

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

Como resultado de este ejercicio, se emite una recomendación de carácter prioritario orientada a reestructurar el diseño de las acciones de mitigación, en estricta alineación con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Bajo criterio metodológico, un control debe diseñarse inequívocamente para mitigar la probabilidad de ocurrencia (enfoque preventivo) o reducir el impacto ante la materialización del riesgo (enfoque detectivo o correctivo). El análisis evidenció que los controles evaluados presentan una deficiencia estructural; múltiples registros describen tareas cotidianas, cargos o manuales documentados, careciendo de la naturaleza restrictiva y verificable de un control. A continuación, se detallan los casos identificados:

Unidad de riesgo	Riesgo	Control
------------------	--------	---------

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	3. Posibilidad de afectación económica por entrega inoportuna y/o incompleta de los requerimientos de información solicitados por clientes internos y externos, con susceptibilidad de generar toma inapropiada de decisiones.	2. Seguimiento o monitoreo de la información, publicación y/o socialización de datos oficiales
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	1. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento.	Procedimiento 03-01-PR-0001 de Recepción Trámite y Respuesta equipo de PQRS
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	2. Posibilidad de afectación reputacional por baja participación social de la comunidad, debido al desconocimiento de la ciudadanía sobre estos espacios, deserción de los integrantes y/o falta de divulgación permanente de instancias de participación social.	3. Monitoreo mensual del incremento de la Base Social
Gestión del Riesgo en Salud	4. Posibilidad de afectación reputacional (riesgo poblacional) por el déficit de la garantía de acceso a las rutas integrales de atención en salud por falta de adscripción de la población asignada a las Unidades de Servicios y así mismo a la falta de identificación de alertas críticas y tempranas presentes en esta misma población y las bajas coberturas de vacunación - PAI Regular. Como posible efecto de la falta de seguimiento y monitoreo de indicadores trazadores.	3. Líder Rutas, junto al líder ACCVSyE y Referente SIVIGILA Institucional deberán realizar el seguimiento y monitoreo de los indicadores trazadores

Fuente: Elaboración propia OCI - Matriz de Riesgo Sistema de Gestión Integral – Almera

De acuerdo con lo anterior, la Oficina de Control Interno evidenció que la formulación de los controles no se ajusta a los lineamientos de la *Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas* (Versión 7, agosto de 2025). Dicho documento señala que las actividades de control son "acciones concretas y con unos atributos específicos (...) implementadas con el propósito de ofrecer una seguridad razonable respecto al logro de los objetivos". En consecuencia, cada control debe estructurarse bajo un orden estricto que incluya un responsable, una acción y un complemento.

La Oficina de Control Interno reconoce que la Guía para la Gestión Integral del Riesgo de la Subred Sur Occidente E.S.E., versión 9, incorporó criterios para el diseño y documentación de controles, tales como responsable, periodicidad, propósito, evidencia, forma de ejecución y relación con la causa que se pretende mitigar. No obstante, la observación se mantiene respecto de los controles evaluados durante el periodo auditado, en los cuales se identificaron debilidades en la definición del objetivo de control, su alineación con la causa raíz, la evidencia verificable y la clasificación entre controles manuales y automáticos. La actualización metodológica deberá materializarse en la revisión integral de las matrices de riesgos y en la validación de controles específicos, trazables, ejecutables y evaluables.

Nota 2:

El alcance de la auditoría de Gestión del Riesgo Institucional se limitó exclusivamente a la vigencia 2025. No se evaluó el primer trimestre de 2026 debido a que la Guía de

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Gestión Integral del Riesgo se encontraba en proceso de actualización. Dicho documento fue publicado en el Sistema de Gestión Integral (Almera) el 21 de junio de 2026, con fecha oficial de emisión del 1 de junio de 2026, situación que fue anticipada por la Oficina de Desarrollo Institucional en la reunión del 21 de mayo de 2025.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda identificar formalmente los riesgos del proceso de Gestión de Contratación, así como establecer los controles más apropiados, en alineación con la Versión 7 de la Guía del DAFP (agosto de 2025). Lo anterior, con el fin de evaluar y mitigar de manera proactiva los factores críticos que puedan derivar en sobrecostos, incumplimientos, deficiencias de calidad o fallas en las actividades contractuales, en pro del cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Se recomienda revisar la Política Institucional de Gestión del Riesgo a partir del análisis del contexto interno y externo definitivo, el marco conceptual del apetito de riesgo y la articulación de los diferentes ámbitos de gestión de acuerdo con los lineamientos técnicos del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Se recomienda fortalecer la trazabilidad de la valoración del riesgo en sus dos momentos, inherente y residual, dejando evidencia del análisis realizado para cada riesgo, del efecto atribuido a los controles sobre la probabilidad, el impacto o ambos, de los criterios de aceptación aplicables y de las decisiones de tratamiento correspondientes. Asimismo, se recomienda que los riesgos residuales priorizados, especialmente aquellos ubicados en zonas alta o extrema, sean presentados ante la instancia competente para su conocimiento, análisis y seguimiento, de conformidad con la política institucional de gestión del riesgo y los lineamientos técnicos del DAFP.
- Se recomienda estructurar los controles como actividades específicas con atributos definidos (acción, responsable, periodicidad y evidencia verificable), en concordancia con la metodología del DAFP, y clasificarlos según su naturaleza en preventivos, orientados a reducir la probabilidad del riesgo; detectivos, enfocados en identificar su materialización o desviaciones; o correctivos, dirigidos a mitigar el impacto y corregir las desviaciones una vez ocurrido el evento.

DECLARACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información registrada en el módulo de riesgos del aplicativo Almera e información suministrada por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Planeación, responsable de la unidad objeto de evaluación y seguimiento, a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	

Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.

- 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.

Bogotá D.C., 05 de agosto de 2026



GUILLERMO CERON SANDOVAL
Jefe Oficina Control Interno