

	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO</b>	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0002	

**N° INFORME:** OCI-SISSSO-AI-2022-07

**DENOMINACIÓN DEL TRABAJO:** Auditoría interna a Equipos territoriales del modelo de salud territorial "Salud A Mi Barrio"

**DESTINATARIOS<sup>1</sup>**

*Integrantes Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno:*

- Martha Yolanda Ruiz Valdés, Gerente
- Sandra Milena Rozo Mateus, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Liliana Marcela Rodríguez Moreno, Subgerente Corporativa
- Diana Milena Mendivelso Díaz, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Claudia Patricia Rosero Caicedo, Jefe Oficina de Calidad
- Ana Catalina Castro Lozano, Jefe Oficina Asesora Jurídica
- Carmen Esther Acero García, Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Marcela Castellanos C, Jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
- Hernando Miguel Mojica Mugno, Jefe Oficina de Sistemas de Información - TIC

*Responsables actividad o unidad auditada:*

- Bibiana Yulieth Ávila Bohórquez - Directora de Gestión del Riesgo en Salud
- Yenny Espinoza – Líder de Atención en Casa

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

**EQUIPO AUDITOR:** Ana Lucía Arias Gómez, Profesional Universitario G11

Carmen Mireya Reyes Moreno, Enfermera G20

<sup>1</sup> 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, (...)"

	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO</b>	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0002	

## I. OBJETIVO(S)

Evaluar de forma independiente y objetiva el diseño, la eficacia operativa y la efectividad de los controles internos implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para gestionar los riesgos en Equipos territoriales del modelo de salud territorial "Salud A Mi Barrio".

## II. ALCANCE

El alcance establecido para la realización de esta auditoría comprende la evaluación de los controles internos propios de la unidad auditada, riesgo y control priorizado en la planeación de la auditoría: Equipos territoriales del modelo de salud territorial "Salud A Mi Barrio" en el marco del Convenio Interadministrativo N°0016 de 2021, fecha de inicio septiembre 17 de 2021.

**Periodo a Auditado:** Aplicación de muestras al Convenio Interadministrativo N° 0016 de 2021, para las líneas de intervención en los periodos de corte de facturación: septiembre a diciembre 2021 y enero a abril 10 de 2022.

**Nota:** 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. METODOLOGÍA

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 las tres (3) fases establecidas para la realización de un proceso de auditoría interna basada en riesgos: Planeación, Ejecución y Comunicación de Resultados, las cuales se desarrollaron acorde al cronograma de trabajo establecido en la planeación, documento que fue socializado a los responsables de la unidad o actividad auditada.

Dentro de las técnicas de auditoría que se utilizaron, se encuentran, la revisión documental, verificación en campo a través de pruebas de recorrido, aplicación de pruebas cruzadas y de otros papeles de trabajo a la información recepcionada y los datos

procesados para la toma de decisiones en la planificación y ejecución de la auditoría interna.

**DECLARACIÓN:** *Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por los auditores 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.*

#### IV. MARCO NORMATIVO

- **Resolución 3202 de 2016** (julio 25) *“Por la cual se adopta el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones”.*
- **Resolución 2626 de 2019** (febrero 27) del Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE.”*
- **Guía Operativa Estrategia Relevo Domiciliario a Cuidadores.** *“En simultánea y con ocasión de procesos de articulación interinstitucional que buscan promover la ejecución del Plan de Desarrollo Distrital y, por ende, el bienestar de las comunidades en Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud, en representación del sector salud de la ciudad, ha venido aportando a la obtención de una de sus metas sociales más ambiciosas: la creación del SIDICU3 Sistema Distrital de Cuidado.*
- **Acuerdo 761 de 2020** (junio 11) *“Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”. Artículo 15. “Definición de Programas. Los Programas del Plan Distrital de Desarrollo se definen a continuación, agrupados según el propósito: (...). Programa 6. Sistema Distrital de Cuidado. Conjunto de servicios, regulaciones, políticas, y acciones técnicas e institucionales, para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado, entendiéndolo como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y*

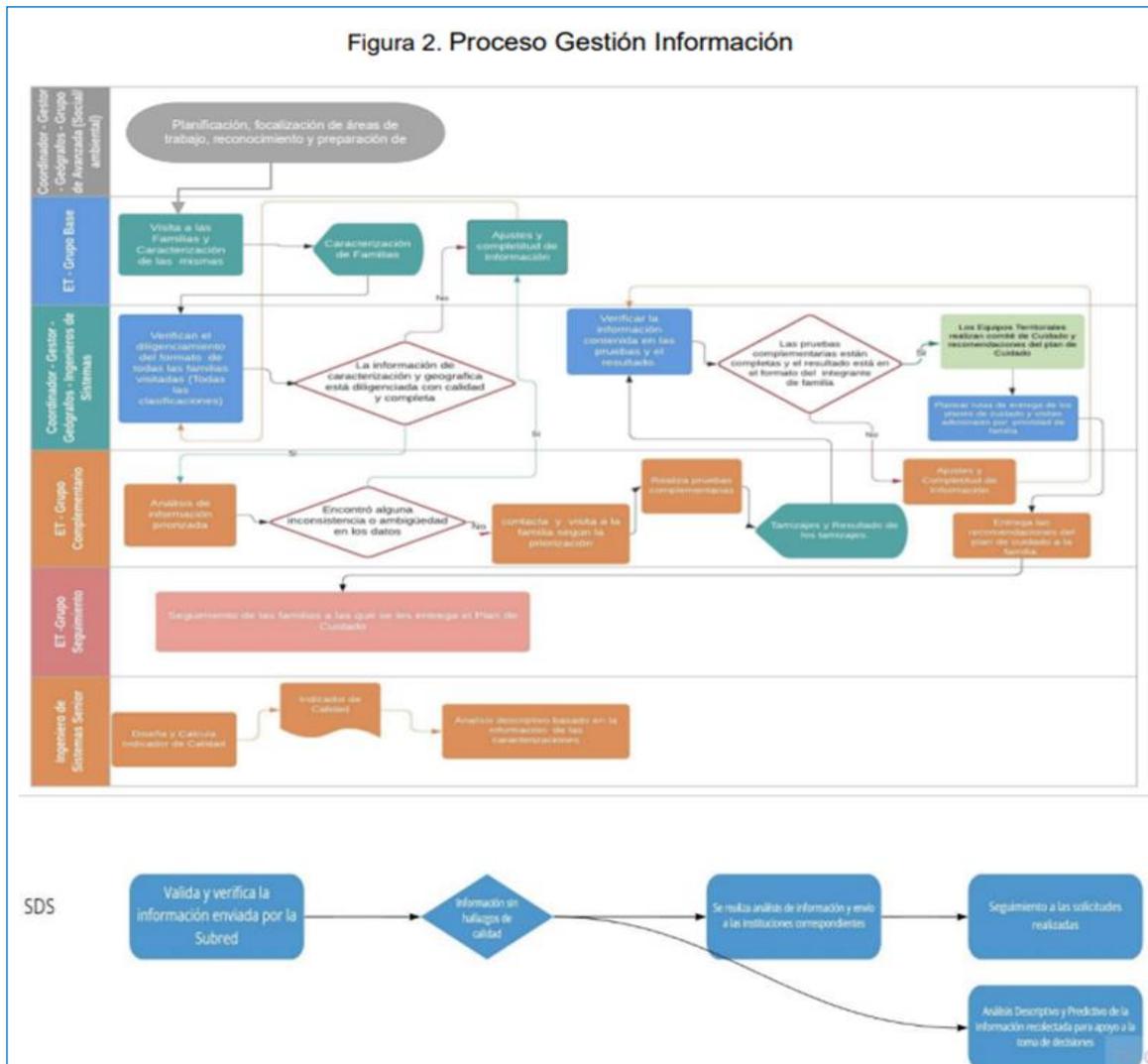
	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO</b>	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0002	

*el funcionamiento de la sociedad y enmarcado en los estándares existentes de derechos humanos en materia de cuidado. El Sistema Distrital de Cuidado concibe el cuidado de, al menos dos tipos: el cuidado indirecto, que hace referencia al trabajo doméstico, incluyendo la preparación de alimentos, la limpieza y mantenimiento del hogar, la limpieza y mantenimiento del vestido, la organización, distribución y supervisión de tareas domésticas, la compra, los pagos o los trámites relacionados con el hogar, y las reparaciones al interior del hogar, entre otras funciones; y, el cuidado directo, que comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo el cuidado y la formación de los niños (traslado al colegio y ayuda al desarrollo de tareas escolares), el cuidado de ancianos y enfermos y personas con discapacidad, y el cuidado de los animales domésticos. (...).”*

- **Guía Operativa Equipos Territoriales de Atención en Salud Modelo de Salud Territorial** “El Plan de Desarrollo Distrital-PDD 2020-2024 Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”- Acuerdo N° 761 de 2020 “(...)”: Artículo 15. *Definición de Programas. (...) Programa 7. Mejora de la gestión de instituciones de salud. Llevar la salud a la residencia, barrio y entorno. Desarrollar de manera efectiva un modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) y en la determinación social y ambiental que da cuenta de los fenómenos sociales a través de los enfoques diferencial, territorial, poblacional y de cultura ciudadana. Permite que equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. En tal sentido, involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores*

A continuación, se ubica el contexto del proceso de información que da cuenta para el indicador de calidad de información para el convenio objeto de auditoría:

La Figura 2, muestra el flujo de información por perfil, evidenciando que la gestión y calidad de la información es compromiso de todos los miembros del proyecto; por lo anterior es importante mencionar que si algún miembro del equipo evidencia hallazgos que afecten la calidad en los datos debe indicárselo al grupo correspondiente para su respectivo ajuste, dado que de la calidad de la información dependerá el avance y efectividad de todos los grupos de trabajo, así como el reconocimiento de las labores en el marco de los desembolsos del Convenio.



Fuente: Guía operativa Equipos Territoriales de Atención en Salud Modelo de Salud Territorial -pág.15

## V. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA Y RECOMENDACIONES

En la evaluación de la eficacia operativa de los controles relacionados con aplicación de muestras para el cumplimiento de indicadores en el marco del Convenio Interadministrativo N° 0016 de 2021 de los periodos de corte de facturación: septiembre a diciembre 2021 y enero a abril 10 de 2022 se evidenció:

**HALLAZGO 1.** Diferencias en el resultado del ítem 3.1.16 Porcentaje de cumplimiento de visitas-ET frente al numeral 3.1.8 Número de Visitas efectivas esperadas, el valor reconocido y el ítem 3.1.10 Número de Visitas Efectivas en los periodos descritos en la siguiente tabla:

-

3.1	Grupo Base					
3.1.2	Mes	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
3.1.3	Periodo	16-31	1-15	27 nov a 11 dic	1-15	1-13
3.1.4	Quincena	2	1	1	1	1
3.1.7	Visitas ejecutadas					
3.1.8	Número de Visitas efectivas esperadas	768	768	768	768	768
3.1.9	Número de visitas realizadas:	788	1158	1438	1315	1260
3.1.10	Número de Visitas Efectivas	293	444	626	455	483
3.1.11	Número de personas caracterizadas	592	889	1115	802	780
3.1.12	Número de Visitas Rechazadas	244	385	484	295	269
3.1.13	Número de Visitas Fallidas	55	43	58	83	47
3.1.14	Número de Visitas Ausentes	122	224	193	257	242
3.1.15	Número de Visitas a Predios de uso no residencial	74	62	77	225	219
3.1.16	<b>Porcentaje de cumplimiento de visitas-ET</b>	<b>38%</b>	<b>58%</b>	<b>82%</b>	<b>59%</b>	<b>63%</b>

**Fuente:** Archivo "Tablero control pestaña gestión técnica" ítem 3.1.7 Visitas ejecutadas.

## CRITERIOS NORMATIVOS

Al realizar la verificación de la situación descrita, se evidenció inobservancia del siguiente lineamiento normativo:

- La información de competencia de la Subred Sur Occidente ESE, contenida en el acto administrativo de justificación de la contratación directa: *"De acuerdo con lo dispuesto en el Plan de Desarrollo Distrital y la propuesta suscrita por las Subredes, que hace parte integral del presente Convenio, se distribuirá proporcionalmente en virtud del número de Unidades de Planeamiento Zonal o Rural más vulnerables que hayan sido focalizadas -por Índice de Pobreza Multidimensional, entre otros factores como indicadores de morbimortalidad o incidencia de enfermedades crónicas, y por ende, del número de equipos territoriales que operarán en la zona de influencia de cada Subred"* pág. 17.

**POSIBLE(S) CAUSA(S):** Número de visitas a expensas de la distribución proporcional en virtud del número de Unidades de Planeamiento Zonal o Rural más vulnerables que hayan sido focalizadas por Índice de Pobreza Multidimensional, asignadas a la Subred.

**Fuente:** Riesgo normativo detectado por la OCI: Acto administrativo de justificación de la contratación directa. Pág. 17

	<b>INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO</b>	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0002	

**POSIBLE(S) RIESGO(S):** Posibilidad de Incumplimiento contractual en el indicador 3.1.8 Número de Visitas efectivas esperadas.

*Fuente:* Riesgo normativo detectado por la OCI: acto administrativo de justificación de la contratación directa pg. 17

**HALLAZGO 2.** Debilidades en la integridad de la información en los numerales:

- 3.5.1.7 Porcentaje de Calidad de la Base: 7 de 12 cumplen con los registros quincenales para los meses de octubre noviembre y diciembre 2021 no se evidenció para los meses enero, febrero, marzo y abril 2022.
- 3.5.1.2 Registro en el número de familias caracterizadas que fueron reportadas a SDS: 6 de 12 cumplen con los registros quincenales para los meses de octubre noviembre y diciembre 2021 no se evidenció para los meses enero, febrero, marzo y abril 2022.
- 3.5.1.4 Porcentaje de personas caracterizadas reportadas a SDS: 6 de 12 cumplen con los registros quincenales para los meses de octubre noviembre y diciembre 2021 no se evidenció para los meses enero, febrero, marzo y abril 2022.

*Fuente:* Archivo Tablero control pestaña gestión técnica ítem 3.5. Componente Gestión de la información.

## CRITERIOS NORMATIVOS

Al realizar la verificación de la situación descrita, se evidenció inobservancia de la **Guía operativa equipos territoriales de atención en salud** (Código: SDS-PGE-GUI-004) Versión:1. “XIII. Validar y verificar permanentemente la información de la gestión de los equipos territoriales a cargo de la Subred, para dar cumplimiento al Indicador de Calidad de Información que hace parte del Indicador de desempeño para determinar del valor de cada pago.” Pág. 11, lo de competencia de la Subred Sur Occidente ESE.

## POSIBLE(S) CAUSA(S)

- Provisión de información incompleta.
- Deficiencias en la parametrización de los sistemas de Información.

*Fuente:* Riesgos de Gestión 2022 Almera - Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

**POSIBLE(S) RIESGO(S):** Posibilidad de afectación económica y reputacional por toma inapropiada de decisiones gerenciales y de los procesos, debido a proveer información incompleta y la deficiencia en la parametrización de los sistemas de Información.

**Fuente:** *Riesgos de Gestión 2022 Almera - Proceso: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional:*

[https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=ver\\_riesgo&riesgo\\_id=1208](https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=ver_riesgo&riesgo_id=1208)

### **RECOMENDACIÓN(ES)**

- Dar cumplimiento estricto a los actos administrativos que en el marco del convenio se establezcan.
- Hacer seguimiento a la gestión efectiva y retroalimentación oportuna en aspectos de forma que afectan la calidad, la confiabilidad y la integralidad de los registros y la facturación del convenio, con estandarización de controles durante el desarrollo del mismo.

### **CONCLUSIONES DESPUÉS DE SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS AL AUDITADO**

*“La comunicación de los hallazgos ha sido objetiva, justa, imparcial y sin desvíos, y son el resultado de una evaluación justa y equilibrada de todos los hechos y circunstancias relevantes que se presentaron al momento de la auditoria que condujeron a mejoras que son necesarias en el subproceso”.*<sup>2</sup>

Una vez realizada la socialización de los resultados de la auditoría en mesa de trabajo con los auditados el 17 de junio de 2022, y revisión de la documentación allegada posteriormente, se evidenció:

- Diferencias en la fórmula establecida en la página 22 de la propuesta Subredes Convenio 016 de 2021: "4 visitas efectivas / días de trabajo en campo y un grupo base rural puede realizar como mínimo 2 visitas efectivas / día (ver cuadro 16)", versus la fórmula del ítem 3.1.8. "Número de Visitas efectivas esperadas: Valor fijo que corresponde al número de visitas efectivas mes de la Subred relacionada en el cuadro 16 de la propuesta para el fortalecimiento territorial del Modelo de Salud, dividido 2 por las 2 quincenas", del Instructivo Gestión Técnica del cuadro control.

<sup>2</sup> Adaptado de la Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas, numeral 2.4.2. Calidad del Informe. v.4 p.71

Del mismo modo, en el acta de reunión de la Secretaría Distrital de Salud del séptimo comité de seguimiento al Convenio 016 de 2021 de fecha 12 de enero de 2022 (página 5) se observó diferencias para visitas efectivas 796 en el ítem revisión de la gestión técnica período 12 a 31 de diciembre de 2021 versus 792 en matriz Tablero control pestaña Gestión Técnica, ítem 3.1.10 del mismo período.

- En acta de Secretaría Distrital de Salud de seguimiento al Convenio de fecha 12 de enero de 2022, se ratifica el atraso de información en la hoja 7, con nombre componente gestión de la información; lo cual evidencia las debilidades detectadas en la integridad de la información.

Adicionalmente, para el trámite del cuarto desembolso de fecha 18 de mayo de 2022 Convenio 016 de 2021, del periodo febrero 14 a abril 10 de 2022, ya se habían gestionado cuentas entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2022; datos allegados por el auditado que no se actualizaron en la matriz *Tablero de Control - Gestión Técnica - Componente 3.5 Gestión de Información*.

Por lo anterior se concluye que se ratifican los hallazgos detectados por la Oficina de Control Interno.

## **FORTALEZAS**

- Para el periodo analizado, se han recibido \$4.204.298.308 de un total proyectado de \$4.711.914.177, que correspondió al 89% de eficiencia en el resultado de la operación, de la ejecución del Convenio, lo cual es favorable para los ingresos de la Institución.
- El material de apoyo y fortalecimiento se ha presupuestado en el Convenio, atendiendo a las necesidades propias para su ejecución sin afectar las medidas de contención del gasto (austeridad) para la Institución.
- Al verificar redes sociales de la Institución, se evidenció publicaciones, dándose a conocer cómo funciona el modelo de salud territorial Salud A Mi Barrio, con sus líneas de trabajo.

## **ESTADO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENTE AL INICIO DE LA AUDITORIA**

En cumplimiento del rol de “Evaluación y Seguimiento” establecido en la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, que al

respecto en el numeral 2.4.4 indica: “Seguimiento. Las unidades de control interno, (...) deben realizar seguimiento, entre otros, a: los planes de mejoramiento definidos por la entidad, en respuesta a los resultados de las auditorías internas y a la Evaluación Independiente al sistema de control interno. Este seguimiento permite determinar que las acciones definidas por la entidad hayan sido pertinentes y se hayan implementado de manera efectiva (...)”, la Oficina de Control Interno realizó indagación con el proceso responsable encontrando que a la fecha no se han suscrito planes de mejora relacionados con el marco del convenio objeto de auditoria; sin embargo, se considera procedente revisar y gestionar las posibles acciones de mejora para corregir diferencias de este.

#### **Notas aclaratorias:**

- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por la Dirección de Servicios Complementarios - Subproceso Farmacia, a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno. 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.
- 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” para los planes de mejoramiento a que haya lugar.

-----  
Bogotá D.C., 8 de agosto de 2022



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

**Elaboró:** Ana Lucia Arias Gómez, Profesional Universitario G11

Carmen Mireya Reyes Moreno, Profesional Enfermera G20

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