
	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019

SECRETARÍA/DEPENDENCIA AUDITADA	Secretaría de Salud
PROCESOS AUDITADOS	<i>Políticas MIPG (Planeación Institucional, Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, Talento humano, Integridad, Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Servicio al ciudadano, Participación ciudadana en la gestión pública, Racionalización de trámites, Gestión documental, Gobierno digital, Seguridad digital, Gestión del conocimiento y la innovación, Control interno, Seguimiento y evaluación del desempeño institucional)</i>
EQUIPO AUDITOR	<i>Mario Daniel Barbosa Rodríguez – Economista, Ramiro De Jesús Rodríguez Jiménez – Administrador Público, Yody Magnolia García Gómez –Ingeniera De Sistemas, Angela Maria Torres Suarez– Administradora De Empresas, Fanny Sabogal Agudelo – Administradora De Empresas, Flor Angela Cepeda Galindo – Abogada, Nilce Carolina Medina Medina – Contadora Publica, Mauricio Galeano Povea – Administrador Industrial, Edwin Leonardo Reyes - Contador Público, María Fernanda Rodríguez Pineda - Economista.</i>
OBJETIVO	<i>Evaluar el nivel de implementación del MIPG y madurez del Sistema de Control Interno. SECRETARIA DE SALUD</i>
ALCANCE	<i>Vigencia 2018 y hasta el inicio de la auditoría implementando políticas MIPG: política Gestión Estratégica de Talento humano, política Integridad., política Planeación Institucional, Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, Política de racionalización de Trámites, política, Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos Política de Defensa Jurídica, , Gobierno Digital-TIC para la gestión y para los servicios, política de servicio al ciudadano, , Política de participación ciudadana en la Gestión Pública, Seguridad Digital, Seguimiento y evaluación del desempeño institucional, Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, Administración de Archivos y Gestión documental, Gestión del conocimiento e innovación y Control interno.</i>
PERIODO DE LA AUDITORIA	<i>02 al 30 de Septiembre de 2019</i>


1. RESULTADOS DE AUDITORÍA

DIMENSIÓN	01.Talento Humano
POLÍTICA	03.Talento humano
PROCESO	A6. Gestión del Bienestar y Desempeño del Talento Humano


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación	Artículo 74, Ley 1474 de 2011 Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3.	Capacitación: En su dependencia se han ejecutado las acciones correspondientes a la Capacitación en el Puesto de Trabajo?.	Desempeño de los funcionarios que no permita el cumplimiento total de las funciones de la dependencia.	Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación	Fueron revisadas las copias de las Actas del Entrenamiento en el Puesto de Trabajo, suministrado a los Servidores Públicos trasladados o nombrados en la presente vigencia en la Dependencia: Las Actas de la muestra seleccionada corresponden a los siguientes servidores Públicos: Francy Yulieith Salas, Gloria Vallejo Soto, Maritza Milena León Clavijo, Nancy Pilar León Correal, Yaneth Viviana Bernal, Yury Viviana Silva López, Grey Fernanda Rojas amaya, Maryury Villarraga Ortiz, Deicy Julieth, Deya Doly Hoyos Angel y Erica Samary Afanador. Adicionalmente no fueron reportadas las siguientes: Gina Paola Guzman Martinez, Edwin Fabian Escobar Rojas, Suley Alexandra Maldonado y Yumi Alexanara Maldonado.
Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación	Artículo 74, Ley 1474 de 2011 Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3.	Bienestar: Los Servidores Públicos adscritos a la dependencia participan en las actividades de Bienestar programadas por la Secretaría de la Función Pública?.	Desempeño de los funcionarios que no permita el cumplimiento total de las funciones de la dependencia.	Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación	Luego de efectuada la revisión a la estadística suministrada por la Secretaría de la Función Pública (Dirección de Desarrollo y Bienestar, se pudo constatar la participación de los Servidores Públicos en cada una de las actividades programadas para dar cumplimiento a lo establecido en el PIC , tanto para la vigencia anterior como para la actual.
Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación	Artículo 74, Ley 1474 de 2011 Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3.	Incentivos: Los Servidores Públicos adscritos a la dependencia conocen el programa de Bienestar e Incentivos que desarrolla la Secretaría de la Función Pública?	Obstáculos a los funcionarios para participar en las capacitaciones, pausas activas y demás actividades de Seguridad y salud en el trabajo	Actividades de apropiación del SG SST	Se evidenció el cumplimiento de las actividades Plasmadas en el PIC, mediante el Informe Estadístico suministrado por la Secretaría de la Función Pública, lo cual demuestra el conocimiento de su existencia y la participación de los Servidores Públicos de la Dependencia.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO			Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión			Versión: 01
				Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Dirección Estratégico y Planeación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2016</p>	<p>Clima organizacional: La planeación organización y control en el nivel individual (CLIMA ORGANIZACIONAL) Se tiene en cuenta en la ejecución de las labores diarias en la Dependencia? Qué acciones se han ejecutado para mejorar el Clima Organizacional en la dependencia?</p>	<p>Desempeño de los funcionarios que no permita el cumplimiento total de las funciones de la dependencia.</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Revisado el Informe SSC - Cliente Interno 2018- Infométrica, fueron evidenciadas las acciones que se encuentra ejecutando la entidad para el logro del mejoramiento del Clima Organizacional. El Informe en Mención contiene las acciones a ejecutar desde la Vigencia anterior hasta el final de la Presente y el Calendario de Desarrollo de actividades, el cual se viene ejecutando y evidenciando con documentos y listados de asistencia a las diferentes acciones programadas. (RR.J. PAPELES DE TRABAJO CLIMA ORGANIZACIONAL).</p>
<p>Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Dirección Estratégico y Planeación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2017</p>	<p>Actualización de la información en el SIGEP: Se desarrollan en la dependencia acciones tendientes a lograr el cumplimiento de la información individual en el SIGEP?</p>	<p>Posibilidad de obtener un beneficio económico por alteración de la nómina</p>	<p>Listado de verificación de documentos.</p>	<p>Revisada la muestra de las Hojas de Vida en el aplicativo SIGEP, se evidencia que en un alto Porcentaje (95%, los Servidores Públicos de la Secretaría han cumplido con el Ordenamiento Legal de la actualización de la Hoja de Vida. De la Secretaría se evidencia que 9 funcionarios no han cumplido con el Ordenamiento Jurídico respectivo. El no cumplimiento de la actualización de las Hojas de Vida en el SIGEP, hace que el Índice de cumplimiento en la Dependencia baje. Es conveniente ejecutar acciones que conduzcan a lograr el cumplimiento del ordenamiento jurídico por parte de la totalidad de los Servidores Públicos de la Dependencia. De la Dependencia, los Servidores Públicos que no cumplieron con el rdenamiento Juricico de Actualización de Hojas de Vida en el SIGEP, fuero: Claudia Paulina Arevalo Lara, Carolina Soto Guzman, Maritza Fernanda Ascuntar Tovar, Neil German Borbon Acopsta, TEResita de Jesús Castañeda Aponte, Nncy Pilar León Correal, Hernando Antonio Londoño Agudelo, Ernesto Medrano, Leidy Johana Ortiz Rocha y Yeny Angelica Rincon Martines. (Est información fue corroborada por la Secretaría de la Función Pública).</p>
<p>Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Dirección Estratégico y Planeación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2018</p>	<p>Número total de acuerdos de gestión suscritos: ¿Los acuerdos de gestión se pactaron, dentro de los términos establecidos?</p>	<p>Puede suceder que los servidores públicos y contratistas no participen de las actividades del SG-SST por impedimentos por parte de los jefes o carga laboral</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Los 35 Acuerdos de Gestión evaluados oportunamente corresponden a los siguientes Servidores Públicos: Floresmiro Benavides, Diana Yamile Ramos Castro, Doris Ercilia Rodríguez Perez, Carlos Arturo María Julio, Mauricio Molina Achury, Pedro Gilberto Ramirez Mesa, Noder Martín Fierro. (RR.J. CARPETA ACUERDOS DE GESTIÓN - SALUD).</p>
<p>Para el ingreso, se implementarán acciones que fortalezcan el cumplimiento del principio del mérito, garantizando la provisión oportuna y eficaz de los empleos de la entidad con el personal idóneo, independientemente de su tipo de vinculación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2016</p>	<p>Con respecto a los cargos de gerencia pública que tenía la entidad al 31 de diciembre de 2018, indique: Número total de acuerdos de gestión evaluados:</p>	<p>Posibilidad de obtener un beneficio económico por alteración de la nómina</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Los 35 Acuerdos de Gestión evaluados oportunamente corresponden a los siguientes Servidores Públicos: Floresmiro Benavides, Diana Yamile Ramos Castro, Doris Ercilia Rodríguez Perez, Carlos Arturo María Julio, Mauricio Molina Achury, Pedro Gilberto Ramirez Mesa, Noder Martín Fierro. (RR.J. CARPETA ACUERDOS DE GESTIÓN - SALUD).</p>
<p>Para el ingreso, se implementarán acciones que fortalezcan el cumplimiento del principio del mérito, garantizando la provisión oportuna y eficaz de los empleos de la entidad con el personal idóneo, independientemente de su tipo de vinculación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2016</p>	<p>¿Los resultados de la evaluación de desempeño laboral y de los acuerdos de gestión son coherentes con el cumplimiento de las metas de la entidad?</p>	<p>Puede suceder que el desempeño de los funcionarios no permita el cumplimiento total de las funciones de las dependencias.</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Los Acuerdos de Gestión pactados con el Grupo de Funcionarios de Libre Nomenclación y Remoción que ostentan cargos de Dirección, están directamente relacionados con el Cumplimiento de las Metas del Plan de Desarrollo Departamental "Unidos Podemos más")</p>

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019


<p>Para el ingreso, se implementarán acciones que fortalezcan el cumplimiento del principio del mérito, garantizando la provisión oportuna y eficaz de los empleos de la entidad con el personal idóneo, independientemente de su tipo de vinculación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2016</p>	<p>¿Qué capacitación se ha desarrollado en cuanto al tema de: Transparencia y derecho de acceso a la información pública, Política de Servicio al Ciudadano, Archivo y Gestión Documental, Seguridad Digital, Gobernanza para la Paz, Gestión del Conocimiento y Creación de Valor para lo Público?.</p>	<p>Puede suceder que los servidores públicos y contratistas no participen de las actividades del SG-SST por impedimentos por parte de los jefes o carga laboral</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Con respecto a las capacitaciones desarrolladas en la Secretaría de Salud, se pudo corroborar mediante los listados de asistencia que tiene la Dirección de Desarrollo y Bienestar del Talento Humano, la participación de Servidores Públicos adscritos a las diferentes dependencias de la Secretaría, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilingüismo: Dos Funcionarios. 2. Protección Radiológica: 1 Funcionario. 3. Competencias de Laboratorio: 8 Funcionarios. 4. Cultura de la Felicidad: 48 Funcionarios. 5. Curso de Carrera Administrativa : 15 Funcionarios. 6. Conciliación Extrajudicial: 1 Funcionario. 7. tión Financiera Pública 2 Funcionarios. 8. Contratación Estatal: 5 funcionarios 9. Redacción Avanzada: 37 funcionarios. 10. Diplomado de Redes Avanzado: 6 Funcionarios. 11. Gestión Pública: 14 funcionarios. 12. Habilidades para el Sector Público: 6 Funcionarios. 13. Herramientas Ofimáticas: 5 Funcionarios. <p>En total se evidenció la participación de 100 Servidores Públicos en las diferentes actividades programadas en el PIC.</p>
<p>Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación</p>	<p>Ley 951 de 2005, Art 10, Numeral 6. Acuerdo 565 de 2016 Comisión Nacional del Servicio Civil</p>	<p>Situaciones de discapacidad de los servidores: En la dependencia hay funcionarios que tengan alguna discapacidad?. Se desarrollan acciones tendientes a mejorar la labor de los funcionarios teniendo en cuenta su discapacidad?</p>	<p>Desempeño de los funcionarios que no permita el cumplimiento total de las funciones de la dependencia.</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Fueron evidenciados los documentos mediante los cuales la Secretaría ha ejecutado acciones conducentes a lograr el mejoramiento de las condiciones laborales de los Servidores Públicos relacionados, logrando que la Secretaría de la Función Pública apoye su gestión mediante sillas apropiadas así como sus puestos de trabajo.</p>
<p>Marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos, entre otros. Esta información se obtiene en desarrollo de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3. artículo 74, Ley 1474 de 2011</p>	<p>Evaluación de desempeño: Las labores tendientes a dar cumplimiento a la Evaluación del Desempeño de los Servidores Públicos , se ejecuta oportunamente y están cargadas en el Edel?. Se cumplió con la Evaluación del Desempeño dentro de los términos establecidos en la ley?.</p>	<p>Desempeño de los funcionarios que no permita el cumplimiento total de las funciones de la dependencia.</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>La evaluación se ejecutó por intermedio de cada una de las Dependencias de la Secretaría, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centro Regulador de Urgencias: 8 2. Despacho de la Secretaría: 8 3. Dirección Administrativa y Financiera: 18 4. Dirección de Aseguramiento: 12 5. Dirección de Desarrollo de Servicios: 8 6. Dirección de Inspección y Vigilancia: 12 7. Dirección de Salud Pública. 20 <p>(RRJ CARPETA ESCALAFONADOS POR DEPENDENCIA)</p>
<p>Para el ingreso, se implementarán acciones que fortalezcan el cumplimiento del principio del mérito, garantizando la provisión oportuna y eficaz de los empleos de la entidad con el personal idóneo, independientemente de su tipo de vinculación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2016</p>	<p>Con respecto a los cargos de gerencia pública que tenía la entidad al 31 de diciembre de 2018, indique: Número total de acuerdos de gestión evaluado</p>	<p>Puede suceder que el desempeño de los funcionarios no permita el cumplimiento total de las funciones de las dependencias.</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Los 35 Acuerdos de Gestión evaluados oportunamente corresponden a los siguientes Servidores Públicos: Floresmiro Benavides, Diana Yamile Ramos Castro, Doris Ercilia Rodríguez Perez, Carlos Arturo María Julio, Mauricio Molina Achury, Pedro Gilberto Ramirez Mesa, Noder Martín Fierro. (RRJ. CARPETA ACUERDOS DE GESTIÓN - SALUD).</p>

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Para el ingreso, se implementarán acciones que fortalezcan el cumplimiento del principio del mérito, garantizando la provisión oportuna y eficaz de los empleos de la entidad con el personal idóneo, independientemente de su tipo de vinculación</p>	<p>Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.8.1.1 y siguientes Acuerdo 565 de 2022</p>	<p>¿Qué capacitación se ha desarrollado en cuanto al tema de: Transparencia y derecho de acceso a la información pública, Política de Servicio al Ciudadano, Archivo y Gestión Documental, Seguridad Digital, Gobernanza para la Paz, Gestión del Conocimiento y Creación de Valor para lo Público?.</p>	<p>Cumplimiento oportuno de los Servidores Públicos en las Convocatorias de Capacitación que han sido programadas por la Dirección de Bienestar de la Secretaría de la Función Pública</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Con respecto a las capacitaciones desarrolladas en la Secretaría de Salud, se pudo corroborar mediante los listados de asistencia que tiene la Dirección de Desarrollo y Bienestar del Talento Humano, la participación de Servidores Públicos adscritos a las diferentes dependencias de la Secretaría, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilingüismo: Dos Funcionarios. 2. Protección Radiológica: 1 Funcionario. 3. Competencias de Laboratorio: 8 Funcionarios. 4. Cultura de la Felicidad: 48 Funcionarios. 5. Curso de Carrera Administrativa : 15 Funcionarios. 6. Conciliación Extrajudicial: 1 Funcionario. 7. Gestión Financiera Pública 2 Funcionarios. 8. Contratación Estatal: 5 funcionarios 9. Redacción Avanzada: 37 Funcionarios. 10. Diplomado de Redes Avanzado: 6 Funcionarios. 11. Gestión Pública: 14 funcionarios. 12. Habilidades para el Sector Público: 6 Funcionarios. 13. Herramientas Ofimáticas: 5 Funcionarios. <p>En total se evidenció la participación de 100 Servidores Públicos en las diferentes actividades programadas en el PIC.</p>
---	--	--	--	--	---

DIMENSIÓN	01. Talento Humano
POLÍTICA	04. Integridad
PROCESO	A6. Gestión del Bienestar y Desempeño del Talento Humano

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
<p>"Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad."</p>	<p>Decreto 1499 de 2017. Decreto 097 de 2019 - Artículo 8 . Deberes y Funciones comunes a todos los empleos y funcionarios .</p>	<p>La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Conocimiento de los valores institucionales, 2) apropiación en el trabajo incluyendo procesos, funciones y decisiones. 3) Se investigaron los espacios de diálogo y el nivel de entendimiento práctico por cada uno de los 7 valores que conforman el código de integridad. 	<p>Desempeño de los funcionarios que no permita el cumplimiento total de las funciones de las dependencias</p>	<p>Plan de bienestar e incentivos Plan de capacitación</p>	<p>Se suministró una encuesta de 22 preguntas para evaluar el nivel de apropiación del código de integridad con un plazo de 20 días para contestar. Se recibieron 100 respuestas hasta el 20/09/2019 de las cuales representan un número estadísticamente representativo de una población de 264 funcionarios. Se evidenció que solo el 51% demuestra apropiación del código de integridad y 49% de los funcionarios no demuestran apropiación del código de integridad, a pesar de que se reconoce que el código se ha promocionado por parte de la secretaría de la Función Pública. También se identificó que los funcionarios no tienen espacios de diálogo para desarrollar el hábito de actuar y experimentar el Código de Integridad y por lo tanto el código de integridad no demuestra apropiación para con los procesos, funciones y decisiones de la secretaría.</p>

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019

DIMENSIÓN	02. Direccionamiento Estratégico y Planeación
POLÍTICA	01. Planeación Institucional
PROCESO	E1. Direccionamiento Estratégico y Articulación Gerencial

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
El plan Anual de Acción, como su nombre lo indica tiene una vigencia de un año, específica de manera concreta las actividades, los tiempos de inicio y terminación de las mismas, los indicadores por actividad, los responsables y los recursos necesarios. Todo lo anterior, con el de materializar las metas de producto establecida exclusivamente para el año objeto de presentación del Plan de Acción. Los planes de acción de las dependencias para una vigencia deberán ser registrados, presentados y aprobados en el sistema para la formulación y seguimientos la planeación institucional.	Decreto 612 de 2018, artículo 2.8.2.5.8. Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción	Formulación Plan de Acción	Puede suceder que el desempeño de los funcionarios no permita el cumplimiento total de las funciones de las dependencias.	Sobrevaloración y subvaloración de las metas PDD	No existe control para la primera causa Información geográfica y estadística del departamento sin consolidar, no estructurada, desactualizada y no oportuna
El Plan Operativo Anual de Inversiones POAI, es la herramienta por excelencia dentro del proceso de programación presupuestal, el cual da cumplimiento a lo establecido en el Estatuto Presupuestal	Ley 152 de 1994, Artículo 43, 44 y 45, Ley 955 de 2019, artículo 4 capítulo 2,	Plan Operativo Anual de Inversión	Retraso en la ejecución de la inversión pública (POAI)	Lineamientos precisos a las Entidades en el proceso de formulación o modificación del POAI. Uso continuo del Sistema SAP	Se evidencia una ejecución en físico del plan de desarrollo al 100% del cuatrienio de las metas 556, 241, 277, 278, 223, 313, 573, 261, 388, 390, 187, 530, 290, 208, 209, 210, 300, se realiza una reprogramación durante el periodo de las metas 555, 211, 240, 263, 261, 246, 242, 571, 514, 568, 460, 557, 287, 570, 569, 554, 572, 264, 224, 620, 243, esta información se toma el 16 de septiembre de 2019.
Es el instrumento de planificación que orienta el accionar de los diferentes actores del territorio durante un período de gobierno, en él se expresan los objetivos, metas, políticas, programas, subprogramas y proyectos de desarrollo (Parte Estratégica), así como los recursos para su financiación (Plan Plurianual de Inversiones).	Ley 152 de 1994, Artículo 29 Evaluación del Plan, DECRETO 2482 DE 2012	Formulación Plan Indicativo	Deficiente calidad en los reportes de la ejecución del plan de desarrollo	Se emiten circulares periódicamente informando sobre los plazos del reporte de la información de la ejecución	Se evidencia la Formulación y seguimientos, en el aplicativo "Seguimiento de metas del Plan de Desarrollo" 12 actas por disolución de los Comités Primarios periódicos realizados en la Secretaría para el año 2019, ejecución presupuestal de apropiación ejecutada en las vigencias.
El Plan Anual de Adquisiciones es una herramienta para: (i) facilitar a las entidades estatales identificar, registrar, programar y divulgar sus necesidades de bienes, obras y servicios; y (ii) diseñar estrategias de contratación basadas en agregación de la demanda que permitan incrementar la eficiencia del proceso de contratación."	Decreto 1082 de 2015, Artículo 2.2.1.1.2.1. Partícipes de la Contratación Pública	Formulación Plan Anual de Adquisiciones	No Identificado	No Identificado	Se evidencia el registro del Plan Anual de Adquisiciones en el sistema Colombia Compra Eficiente - SECOP II - Plan Anual de Adquisiciones, para el año 2019 con fecha de publicación 11/01/2019.
instrumento mediante el cual se define el monto máximo mensual de fondos disponibles en la Cuenta Única Nacional para los órganos financiados con recursos de la Nación y el monto máximo de pagos de los establecimientos públicos del orden nacional en lo que se refiere a sus propios ingresos (Recursos Propios), con el fin de cumplir sus compromisos.	(Art. 73 inciso 1º Decreto 111/96), (Art. 1º Decreto 0630/96), - DGCPN (art. 23), Decretos 568 y 111 de 1996, Decreto 246 del 28 de Enero de 2004, Decreto 178 de 2003, Decreto 2789 de 2004, circulares Externas Nos. ,063 de 2011	Formulación Programa Anual Mensualizado de Caja	No Identificado	No Identificado	Existe documento en Excel que contiene el Programa Anual Mensualizado de Caja-PAC inicial de la vigencia 2019. El decreto 001 incorporación de recursos para la secretaria, se establecen modificaciones con los decretos 106, 109, 1387, 153, 161, 171, 180, 195, 207, 212, 265 y la resolución 264. Soportando, producto de traslados presupuestales, así como los movimientos en el sistema SAP y los oficios de solicitud de la Secretaría de Salud.

DIMENSIÓN 03. Gestión con Valores para Resultados

POLÍTICA 02. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

PROCESO A3. Gestión Contractual


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
					<p>La Secretaría de Salud, cuenta con un universo de 1.333 contratos de diferentes modalidades de los cuales, 690 fueron del año 2018 y 643 de 2019. Se tomó una muestra aleatoria de 40 contratos, representando un nivel de confianza del 80%. Del total de la muestra, se auditaron 13 contratos de prestación de servicios, 14 Contratos interadministrativos, 4 convenios, 2 selecciones abreviadas, 3 mínimas cuantías, 2 concursos de mérito, 1 licitación pública y 1 contrato interadministrativo de desempeño.</p> <p>La revisión a los contratos se realizó de manera virtual, a través de la plataforma SECOP, verificando la información publicada para cada uno de los contratos en las etapas precontractual, contractual y pos contractual.</p> <p>Los resultados de la revisión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SS-CD-005 2018: El contrato no evidencia la publicación de acta de inicio, los informes de supervisión de la ejecución del contrato, ni acta de liquidación teniendo en cuenta que tenía como fecha máxima para este proceso el 30 de abril 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA- PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2018 o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra contados a partir de la firma del acta de inicio y del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización; y su vigencia será la misma del plazo de ejecución más cuatro meses • SS-CD-010-2018: Para el estudio de este contrato, se analizó el contrato celebrado con la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA (SS-CDTI-300 DE 2018). El contrato no evidencia la totalidad de los informes de supervisión de acuerdo a lo estipulado en el contrato, de 5 informes solo se encuentran 3 publicados. Tampoco presenta acta de liquidación, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 26 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente contrato debe ser liquidado dentro de los 4

<p>Gestión Contractual. Diseñar estrategias de contratación basadas en la agregación de la demanda que permita incrementar la eficiencia del proceso de contratación. Se refiere a la contratación de bienes y servicios que requiere la entidad con cargo a los presupuestos de funcionamiento e inversión.</p>	<p>Ley 80 de 1993 Artículo 11 de La Ley 1150 de 2007. Decreto 1081 de 2015, Artículo 2.1.1.2.1.7 y Artículo 2.1.1.2.1.8 Decreto 1082 de 2015, Artículo 2.2.1.1.1.3.1. Decreto 0038 de 2016 - Por el cual se adopta el Manual de Contratación y Manual de Vigilancia y de Control de la Ejecución Contractual de la Gobernación de Cundinamarca. Manual De Buenas Prácticas Para La Gestión Contractual En Cundinamarca Código A – GC – MA – 004</p>	<p>Del universo de los contratos suscritos por la Secretaría, seleccionar la muestra para su revisión en el desarrollo de la ejecución de la Auditoría Interna de Gestión, verificando la correcta aplicación de los procedimientos establecidos en las diferentes etapas: Precontractual, Contractual y Pos contractual, con enfoque a la publicidad en el SECOP de acuerdo a las normas vigentes.</p>	<p>Fallas en publicidad de procesos contractuales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudios y documentos previos revisados, Revisiones de la Dirección de Contratación y/o Comité de Contratación, Plan anual de adquisiciones. 2. Herramienta de seguimiento, Disposición de recursos para realizar la supervisión, Manual de Contratación y Manual de Vigilancia y Control de la Ejecución Contractual. 3. Lineamientos sobre publicación de procesos contractuales en la documentación del proceso Gestión Contractual 	<p>El presente contrato debe ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SS-CD-034-2018: No se evidencian informes de supervisión para dicho contrato, tampoco se evidencia acta de liquidación del mismo, teniendo en cuenta su fecha máxima para liquidar era el 30 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente convenio deberá ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes. • SS-CS-182-2018: El contrato no evidencia la totalidad de los informes de supervisión, solo se encuentran 2 de los 8 informes de acuerdo a lo estipulado en el contrato. Así mismo, no se evidencia acta de liquidación teniendo en cuenta que tenía como fecha máxima para este proceso el 29 de enero de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA SEPTIMA- PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de 8 MESES, contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización; y su vigencia será la misma del plazo de ejecución más cuatro meses. • SS-CDCVI-448-2018: No se evidencian informes de supervisión para dicho contrato, así mismo, tampoco se evidencia el acta de liquidación del mismo, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 30 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente convenio deberá ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes. • SS-CD-505-2018: Según revisión en el Secop, no se evidencia acta de liquidación del contrato, teniendo en cuenta que tenía como fecha máxima para este proceso el 30 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA DECIMA CUARTA- LIQUIDACIÓN: Una vez terminado el presente convenio de desempeño, se procederá a su liquidación, dentro de los 4 meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del convenio o a la expedición del acto administrativo que ordene su terminación. • SS-CDCTI-584-2018, SS-CDCTI-610-2018, SS-CDCTI-612-2018, SS-CDCTI-614-2018, SS-SAMC-011-2018, Para los presentes contratos, según revisión en el Secop, no se evidencia acta de liquidación del contrato, de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente contrato deberá ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo
--	---	---	--	---	---

					<p>regimen de la terminación de los contratos con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SS-SAMC-006-2018: No se evidencian los correspondientes informes de supervisión. Así mismo, según revisión en el Secop, no se evidencia el acta de liquidación del contrato, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 30 de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA SEPTIMA- PLAZO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA DEL CONTRATO: El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra contadas a partir de la firma del acta de inicio, previa aprobación de la garantía y del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y legalización, más las prórrogas realizadas que dan como fecha de culminación el 30 de agosto de 2019. • SS-CM-003-2018: No se evidencian la totalidad de los informes de supervisión, de acuerdo a lo estipulado en el contrato, pues se encuentran publicados 3 de los 6 informes. Así mismo, no se evidencia acta de liquidación del contrato, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 09 de septiembre de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA DECIMA QUINTA- LIQUIDACIÓN: La liquidación del presente contrato se realizará de acuerdo a lo previsto en el artículo 60 de la ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la ley 1150 de 2007, dentro de los 4 meses siguientes al vencimiento del plazo de ejecución. • SS-CDCVI-443-2019: Se evidencian 1 de los 5 informes que deberían haber hasta el momento por parte del supervisor para el pago de las mensualidades. • SS-CDCVI-491-2019, SS-CD-493-2019, SS-CDCVI-497-2019, SS-CPS-525-2019, SS-CPS-582-2019, SS-CPS-610-2019, SS-CDCVI-630-2019, SS-CDCVI-632-2019, SS-CPS-639-2019, SS-CPS-640-2019, SS-574-2019, SS-CDCTI-198-2019: No se evidencian la totalidad de los informes que deberían estar cargados hasta el momento, teniendo en cuenta las cláusulas de supervisión y de forma de pago de cada uno de los contratos analizados.
--	--	--	--	--	---

DIMENSIÓN	03.Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	02.Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
PROCESO	A4. Gestión Financiera


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Se reconocerán como cuentas por pagar las obligaciones adquiridas por la entidad con terceros, originadas en el desarrollo de sus actividades y de las cuales se espere, a futuro, la salida de un flujo financiero fijo o determinable a través de efectivo, equivalentes al efectivo u otro instrumento.	DECRETO 1068 DE 2015, Artículo 2.8.1.7.3.2. Constitución de reservas presupuestales y cuentas por pagar, ARTÍCULO 33, DECRETO 2467 DE 2018 ARTÍCULO 31 DE LAS RESERVAS PRESUPUESTALES Y CUENTAS POR PAGAR	Cuentas por pagar	Diferencia entre la Información de cuentas por cobrar reportadas por los hospitales y las cuentas por pagar de la Secretaría de Salud	Normatividad Decreto 4747 de 2007 art.21-25 Registros de información en Excel Procedimiento (aseguramiento y auditoría)	En la Resolución 0000047 del 10/01/2019 se evidencia que la Secretaría de salud se constituyeron cuentas por pagar a 31 de diciembre de 2018 por un valor de 12,194,762,897, en SAP se evidencia su ejecución por un valor 12,136,655,738 se presenta una diferencia de 58,107,159. Esta diferencia es de regalías y está soportado en los pagos de regalías.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO				Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión				Versión: 01
					Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Los compromisos presupuestales legalmente adquiridos, se cumplen o ejecutan, tratándose de contratos o convenios, con la recepción de los bienes y servicios, y en los demás eventos, con el cumplimiento de los requisitos que hagan exigible su pago.</p> <p>Para pactar la recepción de bienes y servicios en vigencias siguientes a la de celebración del compromiso, se debe contar previamente con una autorización por parte del Confis o de quien este delegue, de acuerdo con lo establecido en la ley, para asumir obligaciones con cargo a presupuestos de vigencias futuras</p>	<p>LEY 819 DE 2003 Artículo 10. Vigencias futuras ordinarias. Artículo 11 Vigencias futuras excepcionales. Artículo 12. Vigencias futuras ordinarias para entidades territoriales, LEY 1483 DE 2011 Artículo 1°. Vigencias futuras excepcionales,</p>	<p>Vigencias Futuras</p>	<p>No Identificado</p>	<p>No Identificado</p>	<p>Verificando la información financiera la ordenanza 068 por la cual se autoriza al gobierno departamental para asumir obligaciones que afectan el presupuesto de vigencias futuras excepcionales para la secretaria de salud año 2019. Se evidencia aprobación de Vigencias Futuras para el Centro Gestor 1197 secretaria de salud por un valor 1.551.629.000. y la ejecución presupuestal de vigencias futuras en SAP año 2019.</p>
<p>Al cierre de la vigencia fiscal cada órgano constituirá las reservas presupuestales con los compromisos que al 31 de diciembre no se hayan cumplido, siempre y cuando estén legalmente contraídos y desarrollen el objeto de la apropiación. Las reservas presupuestales solo podrán utilizarse para cancelar los compromisos que les dieron origen.</p>	<p>DECRETO 1068 DE 2015, Artículo 2.8.1.7.3.2. Constitución de reservas presupuestales y cuentas por pagar, ARTICULO 33, DECRETO 2467 DE 2018 ARTICULO 31 DE LAS RESERVAS PRESUPUESTALES Y CUENTAS POR PAGAR</p>	<p>Reservas presupuestales</p>	<p>No Identificado</p>	<p>No Identificado</p>	<p>Se verifica el Decreto 051 del 14/02/2019 "Por el cual se constituyen las reservas presupuestales para la vigencia 2019" en el que se evidencia que si existen reservas constituidas por el Centro Gestor 1197 secretaria de salud por un valor 548.537.274, la ejecución se encuentra soportada en el sistema SAP.</p>
<p>Determinar la distribución, objetivos, fines, administración, ejecución, control, el uso eficiente y la destinación de los ingresos provenientes de la explotación de los recursos naturales no renovables precisando las condiciones de participación de sus beneficiarios. Este conjunto de ingresos, asignaciones, órganos, procedimientos y regulaciones constituye el Sistema General de Regalías.</p>	<p>Ley 1942 de 2018, Ley 1530 de 2012, Acto Legislativo 05 de 2011, Acto Legislativo 04 de 2017 Decreto Ley 413 del 02-mar-2018 Decreto Ley 416 del 02-mar-2018 Decreto 737 del 30-abr-2018 Decreto 744 del 30-abr-2018</p>	<p>Sistema General de Regalías SGR, • Proyectos Regalías</p>	<p>Baja capacidad técnica en la planeación y ejecución de los proyectos de inversión financiados con recursos SGR</p>	<p>Seguimiento a la ejecución de las actividades planteadas en los cronogramas de ejecución</p>	<p>Se evidencia el decreto 045 del 2019 se realiza cierre presupuestal del bienio 2017 – 2018 de presupuesto de ingresos y gastos del sistema general de regalías y se incorporan saldos, hay una diferencia de 58.107.159 que está en cuentas por pagar, se verifica en el sistema GESPROY la ejecución del proyecto número 201700050061 de la secretaria de salud con estado terminado.</p>


DIMENSIÓN	03. Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	02. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
PROCESO	E1. Dirección Estratégica y Articulación Gerencial

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
fortalecer la equidad regional y la participación promoviendo la estructuración, instrumentos para estabilizar la inversión regional	Ley 1942 del 27 de Diciembre de 2018, Ley 1744 del 26 de diciembre de 2014, Ley 1530 del 17 de mayo de 2012	Sistema General de Regalías SGR, • Presupuesto asignado Regalías	Inconsistencias en la información que da cuenta de la ejecución de los recursos de SGR y SGP	Seguimiento a la ejecución de las actividades planteadas en los cronogramas de ejecución.	No tiene presupuesto asignado por sistema general de regalías para fortalecimiento.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019


DIMENSIÓN	03.Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	06.Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
PROCESO	E2. Planificación del Desarrollo Institucional

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Debe ser el resultado del ejercicio del direccionamiento estratégico, la planeación y los resultados obtenidos por la entidad, soportado en una adecuada estructura organizacional y el manual de funciones y competencias laborales coherentes.	Ley 489 de 1998 Decreto Ordenanza 258 de 2008 Decreto 265 de 2016 Ley 909 de 2004. Decreto 2539 de 2005 Decreto 2484 de 2014 Decreto 815 de 2018 Decreto 1083 de 2015	Estructura Organizacional Actualización del Manual de Funciones	Estudios técnicos de ajuste institucional que no sean viables ni pertinentes con la organización Manual de Funciones definidos para los empleos que no se ajusten a los requerimientos de cada dependencia	Instructivo "Descripción de Empleos del Manual de Funciones y Competencias Laborales" Formato "Solicitud de Movimiento por Necesidad del Servicio" donde se justifica técnicamente el movimiento de planta	En revisión realizada en la herramienta Isolucion se evidencia el Decreto Departamental 265 de 2016, por el cual se adopta la estructura orgánica. Así mismo, en lo referente al Manual de Funciones la entidad adoptó el Decreto Departamental 0597 de 2019, por el cual se expide el Manual General de Funciones y Competencias Laborales. Igualmente, se expidieron las Resoluciones, 543/0544/0545/0546/0547 de 2019, por los cuales se adoptan los manuales de funciones y competencias laborales por nivel jerárquico-expedidas por la Secretaría de la Secretaría de la Función Pública. En los mencionados Decretos y resoluciones, está establecida la estructura interna y los manuales de funciones de Salud Para el cumplimiento de sus funciones, metas y objetivos acorde con lo establecido en el proceso que lidera la Secretaría de Salud, se tiene la siguiente estructura interna: Un (1) secretario de despacho. Direcciones: 1. Administrativa y Financiera 2. Aseguramiento 3. Salud Pública 4. Desarrollo de Servicios 5. Inspección y Vigilancia 6. Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Oficinas Asesoras: 1. Planeación Sectorial 2. Participación y Atención Ciudadana en Salud 3. Asuntos Jurídicos. Subdirecciones: 1. Vigilancia en Salud Pública 2. Gestión y Promoción de Acciones en Salud Pública 3. Laboratorio Salud Pública. La entidad cuenta con una estructura interna organizada que le permite el cumplimiento de sus funciones.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019

DIMENSIÓN	03. Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	06. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
PROCESO	E3. Gestión de la Mejora Continua


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
<p>La gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio y a los resultados, a partir de las necesidades y expectativas de ciudadanos, eje fundamental de la gestión pública.</p>	<p>Decreto 1499 de 2017- Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Dimensión Gestión con Valores para Resultados. Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de procesos.</p> <p>NTC - ISO 9001: 2015 Numerales:</p> <p>4.4 Sistema de Gestión de la calidad y sus procesos.</p> <p>5.3 Roles, Responsabilidades y autoridades en la organización.</p> <p>6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades</p> <p>7.1.5 Recursos de seguimiento y medición - Generalidades</p> <p>7.5 Información documentada</p> <p>10.1 Mejora. Generalidades (c)</p>	<p>Procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor.</p> <p>Riesgos del proceso</p> <p>Indicadores del proceso</p> <p>Riesgos del proceso</p> <p>Actividades de mejora realizadas al proceso</p>	<p>Sistema Integral de Gestión y Control que no contribuya al mejoramiento institucional</p> <p>Respuesta inadecuada a cambios</p>	<p>Incentivos para el equipo de mejoramiento</p> <p>Plan de apropiación</p> <p>Dinamizadores por proceso</p> <p>Socialización a la Alta Dirección</p> <p>Procedimiento Control de documentos</p> <p>Revisión Desempeño de los procesos</p> <p>Seguimiento a plazos reportados por el proveedor</p> <p>Formato de planificación y Gestión del cambio</p> <p>Sensibilización sobre los cambios a implementar e implementados</p> <p>Procedimiento de planificación y Gestión del Cambio</p>	<p>En consulta realizada en el Decreto Ordenanza 265 de 2016, y en el Micrositio de la entidad, es misión de la Secretaría de Salud, conformar un equipo humano comprometido que dirige y gestiona el Sistema General de Seguridad Social en Salud y lidera acciones transectoriales en el Departamento de Cundinamarca, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y a mantener/o recuperar las condiciones en el estado de la salud de la población cundinamarquesa.</p> <p>La Secretaría de Salud es líder del Proceso "Promoción del Desarrollo de Salud". En reunión con funcionaria de esta Secretaría, este proceso tiene documentada la caracterización, procedimientos y demás documentación asociada y publicada en el aplicativo Isolucion. Está estructurado desde cinco (5) subprocesos: 1. Aseguramiento en Salud 2. Desarrollo y Gestión de la Red de Prestación de Servicios 3. Gestión de la Salud Pública 4. Inspección, Vigilancia y Control 5. Atención Integral de Urgencias y Emergencias 6. Participación y Atención Al Ciudadano.</p> <p>El mapa de riesgos también está por subprocesos, más un (1) riesgo de corrupción y los de SST, que son transversales a todos los procesos. Con relación a los indicadores del proceso Promoción del Desarrollo de Salud, se establecieron generales para el proceso y también específicos por subproceso.</p> <p>Dentro de las mejoras del proceso, se evidencian las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE, sistematizó la georreferenciación de las ambulancias. 2. RIAS – Rutas Integrales de Atención en Salud 3. Humanización: Es un tema que se estableció con la meta 557, la cual se estableció a partir del requerimiento de la acreditación, que inicialmente también era para la Secretaría de Salud y para los hospitales. Sin embargo, a pesar de no requerirse el cumplimiento de los requisitos establecidos para la acreditación, se continuó trabajando para el cumplimiento de los mismos, como valor agregado. 4. Misión salud: Consiste en las visitas que se programaron y que realizó el Gobernador a los Municipios.; sin embargo esta actividad aún se continúa realizando. 5. Se están realizando más reportes de salidas no conformes, las cuales se identifican y son controladas.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019


					<p>En la actualidad la Secretaría de Salud, cuenta con cuatro (4) sedes, para su operación y desarrollo de sus funciones: Tres pisos en la torres de Salud de la Gobernación de Cundinamarca, CRUE, Laboratorio y el almacén; en este se encuentran almacenados medicamentos, vacunas entregados por el Ministerio de Salud y que son administrados por la Secretaría y entregados en campañas de salud y actividades de PYP.</p> <p>La Secretaría de Salud de Cundinamarca, tiene establecido el proceso, subprocesos, procedimientos, manuales, formatos, riesgos e indicadores orientados y acorde con los requerimientos que permiten el mejoramiento continuo, la prestación de los servicios, el cumplimiento de la gestión y la misión de la entidad.</p>
--	--	--	--	--	--

DIMENSIÓN	03. Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	07. Servicio al ciudadano
PROCESO	M9. Atención al Ciudadano


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
La política de servicio al ciudadano tiene como propósito facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos, mediante los servicios de la entidad, en todas sus sedes y a través de los distintos canales.	Documento CONPES 3785 de 2013	Conoce la Política de Atención al Ciudadano y el Protocolo de Atención al Ciudadano?	Atención al usuario que no cumpla con los requisitos y necesidades de los ciudadanos	Perfiles definidos en el manual de funciones Estudios previos de los contratos de prestación de servicios Procedimientos documentados y publicados en Isolución y en el portal de la entidad. Se cuenta con manuales de procedimiento en proceso de actualización. No existe Control para la cuarta causa Registro y guías de orientación al ciudadano en POING CIAC Plan de contingencia	<p>Se revisan las encuestas a satisfacción realizadas a usuarios de la Secretaría de Salud durante el primer semestre de 2019, con sugerencias de mejora como:</p> <p>"Más módulos para radicación, El transporte para llegar es deficiente, Señalización salidas de la Gobernación, Comenzar a la hora citada(...), en un proceso de asistencia técnica a los municipios, es importante que sea relevante la información presentada y principalmente que no sea repetitiva(...)"</p> <p>Existe Oficio de fecha 14/08/2019 firmado por el Secretario General dirigido a la Secretaría de Salud en el que socializa el resultado de las encuestas, evidenciando calificaciones bajas en preguntas relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de espera para ser atendido por el servidor público. - Claridad en la información recibida. - Grado de satisfacción de la respuesta recibida.
La política se desarrolla en el Documento CONPES 3785 de 2013 (Política de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano) que define un Modelo, enmarcado hoy en MIPG, que ubica al ciudadano como eje central de la Administración Pública	Documento CONPES 3785 de 2013	Existe una dependencia de atención al ciudadano constituida formalmente que consolida estadísticas del servicio de la entidad?	Atención al usuario que no cumpla con los requisitos y necesidades de los ciudadanos	Perfiles definidos en el manual de funciones Estudios previos de los contratos de prestación de servicios Procedimientos documentados y publicados en Isolución y en el portal de la entidad. Se cuenta con manuales de procedimiento en proceso de actualización. No existe Control para la cuarta causa Registro y guías de orientación al ciudadano en POING CIAC Plan de contingencia	Mediante correo electrónico de fecha 05/09/2019 el líder del proceso de Atención al Ciudadano (Secretaría General) dependencia que consolida estadísticas, remite informe de PQRSD del 1 enero al 04 de septiembre de 2019, en el que se evidencian 53 PQRSD SIN CONTESTAR de la Secretaría de Salud, de las cuales 38 PQRSD se encuentran SIN CONTESTAR - PASADOS DE TIEMPO.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019


<p>Cumplimiento de expectativas: consiste en el conocimiento profundo de las características, necesidades, preferencias y expectativas de los ciudadanos y usuarios, y mejore su confianza y satisfacción frente a la oferta del Estado.</p>	<p>Ley 1753 de 2015 Art 45</p>	<p>Existen procesos y procedimientos para la atención al ciudadano?</p>	<p>Canales de atención que no cubran la demanda</p>	<p>Puntos de Orientación e Información de la Gobernación PBX: (57) 1 - 7490000 - Email contactenos@cundinamarca.gov.co Atención por ventanillas Atención virtual (Chat)</p>	<p>En el mapa de procesos de la Herramienta ISOLUCION se evidencia el Proceso de Atención al Ciudadano, con su correspondiente caracterización, procedimientos (8), Manuales (2), Instructivos(2), Guías(2), formatos, Protocolo de Atención al Ciudadano y Política de Atención al Ciudadano</p>
<p>Cumplimiento de expectativas: consiste en el conocimiento profundo de las características, necesidades, preferencias y expectativas de los ciudadanos y usuarios, y mejore su confianza y satisfacción frente a la oferta del Estado.</p>	<p>Ley 1437 de 2011 Artículo 20. Modificada por la LEY 1755 DE 2015 Art 1.</p>	<p>Existen estrategias para resolver PQRSD según su nivel de complejidad?</p>	<p>PQRS no atendidas en los tiempos definidos</p>	<p>Capacitaciones Verificación de las respuestas a PQRS a través del sistema Mercurio Administradores de PQRS en cada una de la entidad con un rol definido</p>	<p>Se selecciona aleatoriamente una muestra de trece (13) PQRSD del II Semestre de 2018 y del I Semestre de 2019 de la Secretaría de Salud, así: - 2018164784: Radicada en la página web el 16/10/2018 con respuesta del 08/11/2018. Tiempo de respuesta: 17 días. Aunque los oficios de respuesta están relacionados con la Referencia De este Mercurio: Queja remitida por el Personero del Municipio de Gachetá, el contenido de los Oficios de respuesta menciona el MERCURIO 2018165667, de acuerdo a la explicación dada por el auditado con soportes que se adjuntan, esta queja presenta dos(2) radicados, aclarando que hace falta hacer uso del link de la Herramienta MERCURIO que permite relacionar la respuesta a las dos PQRSD radicadas. - 2018200216: Radicada el 13/12/2018 con respuesta del 23/01/2019. Tiempo de respuesta: 29 días - 2018140765: Radicada el 11/09/2018. Presenta respuesta 03/10/2018. Tiempo de respuesta de 16 días. - 2018141462: Radicada el 12/09/2018.Existen oficios de respuesta de fecha 03/10/2018 y 25/10/2018. En la Herramienta MERCURIO presenta envío de respuesta 03/10/2018 Se dió respuesta en términos con el primer oficio. - 2018204984: Radicada el 21/12/2018. Presenta respuesta en la Herramienta MERCURIO del 15/03/2019. Tiempo de respuesta: 60 días. - 2018208164: Radicada el 31/12/2018, con respuesta del 16/01/2019 y envío de la misma el 30/01/2019. - 2018183839: Radicado virtual el 16/11/2018 distribuido para la Secretaría de Salud, el 28/11/2018 devuelto para iniciar ruta de PQRSD y redireccionado a la Secretaría de la Función Pública, con respuesta del 10/12/2018. - 2018169562: Radicada el 24/10/2018, presenta fecha de respuesta 27/11/2018. Tiempo de respuesta: 24 días. En el texto de la respuesta denuncia un radicado diferente al asignado en la</p>

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO				Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión				Versión: 01
					Fecha: 11 de julio de 2019

					<p>Herramienta Mercurio, evidenciando que se relaciona el número consecutivo de la entidad que hace la radicación: 2018512012041-1. Hospital de la Samaritana, más no se hace referencia al número de radicación de MERCURIO. Adicionalmente, las siguientes PQRSD radicadas son radicadas en la ruta 260 como Comunicaciones, se evidencia que fueron evacuadas sin respuesta en el paso 2 ó 4. El sistema por esta ruta de radicación permite su evacuación sin respuesta,</p> <p>asi:2018126721:Radicada el 22/08/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada proyectar respuesta.</p> <p>- 2018184850: Radicada el 19/11/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO presenta como Referencia:Derecho de Petición Ibagué Gobernación del Tolima. En el paso 2 es evacuada sin respuesta.</p> <p>- 2018122689: Radicada el 14/08/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO presenta como Referencia: Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin respuesta.</p> <p>- 2018176938: Radicada el 06/11/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin respuesta.</p> <p>- 2018181513: Radicada el 14/11/2018 en la ruta 260. En la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición, es evacuada en el paso 4 imprimir respuesta.</p>
<p>Cumplimiento de expectativas: consiste en el conocimiento profundo de las características, necesidades, preferencias y expectativas de los ciudadanos y usuarios, y mejore su confianza y satisfacción frente a la oferta del Estado.</p>	<p>DECRETO 1567 DE 1998 ARTÍCULO 13. Ley 909 de 2004 Artículo 36</p>	<p>Existen incentivos especiales para el personal de servicio al ciudadano, de acuerdo con lo previsto en el marco normativo vigente (Decreto 1567 de 1998, Ley 909 de 2004, Decreto 894 de 2017 y los que reglamentan sistemas propios de carrera administrativa)?</p>	<p>Atención al usuario que no cumpla con los requisitos y necesidades de los ciudadanos</p>	<p>Perfiles definidos en el manual de funciones Estudios previos de los contratos de prestación de servicios Procedimientos documentados y publicados en Isolución y en el portal de la entidad. Se cuenta con manuales de procedimiento en proceso de actualización. No existe Control para la cuarta causa Registro y guías de orientación al ciudadano en POING CIAC Plan de contingencia</p>	<p>No se tiene conocimiento de incentivos para los funcionarios que prestan el servicio directo de atención al ciudadano</p>


	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019

<p>El Programa Nacional de Servicio al Ciudadano -PNSC ha diseñado una herramienta de consulta jurídica, que de manera ágil y sencilla resume las exigencias legales y normativas.</p>	<p>Ley 1474 de 2011 art. 76 PNSC-Documento CONPES 3785 de 2013. LEY 1437 DE 2011 ARTÍCULO 7 NUMERAL 4 Ley No. 1755 de 2015, artículo 14 Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones</p>	<p>¿Qué canales de atención al ciudadano tiene a disposición la entidad? Implementa procedimientos claros y precisos para la gestión de las PQRSD recibidas?</p>	<p>PQRS no atendidas en los tiempos definidos</p>	<p>Capacitaciones Verificación de las respuestas a PQRS a través del sistema Mercurio Administradores de PQRS en cada una de la entidad con un rol definido</p>	<p>Existen canales de atención al ciudadano: virtuales, telefónicos y presenciales.</p> <p>Aunque la herramienta Mercurio consolida la radicación de PQRSD, se lleva a cabo radicación de PQRSD en la ruta 260-Comunicaciones, ruta que permite evacuar el documento sin respuesta, como se evidencia en las siguientes radicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2018126721: Radicada el 22/08/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin proyectar respuesta. - 2018184850: Radicada el 19/11/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO presenta como Referencia: Derecho de Petición Ibagué Gobernación del Tolima. En el paso 2, es evacuada sin respuesta. - 2018122689: Radicada el 14/08/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO presenta como Referencia: Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin respuesta. - 2018176938: Radicada el 06/11/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin respuesta. - 2018181513: Radicada el 14/11/2018 en la ruta 260. En la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición, es evacuada en el paso 4 imprimir respuesta.
<p>El Programa Nacional de Servicio al Ciudadano -PNSC ha diseñado una herramienta de consulta jurídica, que de manera ágil y sencilla resume las exigencias legales y normativas.</p>	<p>PNSC-Documento CONPES 3785 de 2013. LEY 1437 DE 2011 ARTÍCULO 7 NUMERAL 4</p>	<p>¿Existe garantía de asignación de un único número de las PQRSD?</p>	<p>PQRS no atendidas en los tiempos definidos</p>	<p>Capacitaciones Verificación de las respuestas a PQRS a través del sistema Mercurio Administradores de PQRS en cada una de la entidad con un rol definido</p>	<p>Las siguientes PQRSD radicadas bajo el número que arroja la Herramienta MERCURIO, evidencian que la respuesta dada relaciona un número diferente a su radicación, así:</p> <p>2018164784: Radicada en la página web el 16/10/2018 con respuesta del 08/11/2018. Tiempo de respuesta: 17 días. Aunque los oficios de respuesta están relacionados con la Referencia De este Mercurio: Queja remitida por el Personero del Municipio de Gachetá, el contenido de los Oficios de respuesta menciona el MERCURIO 2018165667, de acuerdo a la explicación dada por el auditado con soportes que se adjuntan, esta queja presenta dos(2) radicados, aclarando que hace falta hacer uso del link de la Herramienta MERCURIO que permite relacionar la respuesta a las dos PQRSD radicadas.</p> <p>2018169562 Radicada el 24/10/2018, presenta fecha de respuesta 27/11/2018. Tiempo de respuesta: 24 días. En el texto de la respuesta enuncia un radicado diferente al asignado en la Herramienta Mercurio, evidenciando que se relaciona el número consecutivo de la entidad que hace la radicación: 2018512012041-1. Hospital de la Samaritana, más no se hace referencia al número de radicación de MERCURIO.</p>

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019


DIMENSIÓN	03.Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	08.Participación ciudadana en la gestión pública
PROCESO	E1. Direcciónamiento Estratégico y Articulación Gerencial

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Marco normativo, elaboración del diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad, estrategias de la participación ciudadana en la gestión, rendición de cuentas	Ley 134 de 1994 que regula los mecanismos de Participación Ciudadana. Les Estatutaria 134 de 2011. LEY ESTATUTARIA 1757 DE 2015 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática" ARTÍCULO 2. De la política pública de participación democrática.	Que grupos de valor incluyó en las actividades de participación implementadas:	No identificado	No identificado	Cumplimiento de la función de los Comites legales creados para involucrar a la comunidad y sus organizaciones sociales en la coordinación de las diferentes actividades tendientes a lograr el mejoramiento de la prestación del Servicio de Salud en el Departamento.
Marco normativo, elaboración del diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad, estrategias de la participación ciudadana en la gestión, rendición de cuentas	Ley 134 de 1994 que regula los mecanismos de Participación Ciudadana. Les Estatutaria 134 de 2011. LEY ESTATUTARIA 1757 DE 2015 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática" ARTÍCULO 2. De la política pública de participación democrática.	Cuantos ejercicios o iniciativas de acciones de participación ha realizado la entidad usando medios electrónicos.	No identificado	No identificado	Carpeta que contiene en forma virtual los 40 comunicados de convocatoria a cada una de las Audiencias de Rendición de Cuentas a nivel Municipal y departamental.
Marco normativo, elaboración del diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad, estrategias de la participación ciudadana en la gestión, rendición de cuentas	Ley 134 de 1994 que regula los mecanismos de Participación Ciudadana. Les Estatutaria 134 de 2011. LEY ESTATUTARIA 1757 DE 2015 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática" ARTÍCULO 2. De la política pública de participación democrática.	Indique las acciones que la entidad implementó para cualificar la participación ciudadana:	No identificado	No identificado	Documentos que demuestran la participación de la ciudadanía en la gestión de las diferentes actividades programadas por la dependencia. También se evidenciaron actas de las diferentes audiencias, con sus respectivos listados de asistencia.
Marco normativo, elaboración del diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad, estrategias de la participación ciudadana en la gestión, rendición de cuentas	Ley 134 de 1994 que regula los mecanismos de Participación Ciudadana. Les Estatutaria 134 de 2011. LEY ESTATUTARIA 1757 DE 2015 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática" ARTÍCULO 2. De la política pública de participación democrática.	Indique las acciones que la entidad implementó para cualificar la participación ciudadana:	No identificado	No identificado	Registros de asistencia y registro fotográfico de las acciones ejecutadas en el Departamento las cuales están encaminadas a apoyar los diferentes grupos víctimas del conflicto armado.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019


DIMENSIÓN	03.Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	09.Racionalización de trámites
PROCESO	M9. Atención al Ciudadano

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Implementar mejoras en los procesos que soportan la entrega de productos y/o servicios, teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta la entidad y los resultados de la consulta ciudadana, los asociados a los trámites y otros procedimientos administrativos	<p>DECRETO 019 DE 2012 Reglamentado por el Decreto Nacional 734 de 2012, Reglamentado por el Decreto Nacional 1450 de 2012</p> <p>Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública _ Guía metodológica para la racionalización de trámites 2017</p>	1. Qué estrategia de racionalización de trámites tiene formulada la secretaría	Dilatar un trámite, una información o servicio con el fin de obtener un beneficio particular	Trámites y OPAS publicados en el SUIT	Mediante entrevista y mensaje de correo electrónico del 05 de septiembre de 2019 manifestaron que la Secretaría de Salud se acogió a la propuesta de racionalización de trámites liderada por la secretaría general, consistente en racionalizar tecnológicamente 11 trámites, de los cuales, dos corresponden a la Dirección de Desarrollo de Servicios, y 9 a la Dirección Salud Pública, con el fin de automatizarlos y/o automatizados, mediante Ventanilla Única Virtual (VUV). Así mismo, los recursos y el desarrollo tecnológico dependían de secretaría general, específicamente oficina de atención al ciudadano CIAC, con apoyo tecnológico de la Secretaría de las TICs; por lo anterior, la Secretaría de Salud demuestra su responsabilidad con dicha estrategia de racionalización, limitada a apoyo técnico (procedimiento).
Estrategia de racionalización de trámites formulada e implementada	<p>DECRETO 019 DE 2012 Reglamentado por el Decreto Nacional 734 de 2012, Reglamentado por el Decreto Nacional 1450 de 2012</p> <p>Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública _ Guía metodológica para la racionalización de trámites 2017</p>	Del total de trámites y otros procedimientos administrativos OPA, que tiene la entidad, ¿cuántos se encuentran inscritos en el Sistema Único de Información de trámites - SUIIT?	Dilatar un trámite, una información o servicio con el fin de obtener un beneficio particular	Trámites y OPAS publicados en el SUIT	Manifiestan mediante entrevista y mensaje de correo electrónico del 05 de septiembre de 2019, que la Secretaría de Salud tiene inscritos en el SUIIT, 28 trámites distribuidos de la siguiente manera: cuatro en la Dirección de Inspección Vigilancia y control, seis en la Dirección de Desarrollo de Servicios, uno en la Dirección Aseguramiento y diecisiete en la Dirección de Salud Pública.
Priorización participativa de trámites y otros procedimientos administrativos de cara al ciudadano, a racionalizar durante la vigencia	<p>DECRETO 019 DE 2012 Reglamentado por el Decreto Nacional 734 de 2012, Reglamentado por el Decreto Nacional 1450 de 2012</p> <p>Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública _ Guía metodológica para la racionalización de trámites 2017</p>	De los once trámites que la secretaría incluyó en la estrategia de racionalización para 2019, a cuales se les han implementado mejora para ser incluidos en la plataforma virtual ventanilla única?	Dilatar un trámite, una información o servicio con el fin de obtener un beneficio particular	Trámites y OPAS publicados en el SUIT	Es pertinente aclarar que en la estrategia de racionalización de trámites no solo es responsable la Secretaría de Salud, existe responsabilidad compartida con Secretaría general (líder) y secretaría de las TICs. Los once trámites que la Secretaría de Salud incluyó en la estrategia de racionalización para la vigencia 2019, tienen la misma acción de racionalización, fundamentada en habilitar para dichos trámites la Ventanilla Única Virtual; por lo anterior, la Secretaría manifiesta mediante entrevista realizada el 04 de septiembre del año en curso, que se encuentra el desarrollo del software, sin embargo se presentan inconvenientes con la operación y salida en vivo de la Ventanilla Única Virtual (VUV), tal y como lo demuestran mediante actas de reunión en las que participaron las Secretarías de TIC y General con fecha 3 de mayo, 8, 9 y 12 de julio y 12 de agosto de 2019; razón por la cual, los once trámites se continúan realizando de forma presencial y manual.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019


DIMENSIÓN	03.Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	10.Gestión documental
PROCESO	A9. Gestión Documental

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
<p>Documental: Comprende los procesos de la gestión documental. Conjunto de actividades técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.</p>	<p>Resolución Departamental 552 de 2016</p>	<p>Verificación aplicación de la Tabla de Retención Documental TRD, adoptada e implementada en el Sector Central de la Administración Pública Departamental, mediante Resolución 0552 de 2016</p>	<p>Pérdida de información institucional.</p>	<p>Visita trimestral de asistencia y verificación Norma aplicable exigible al manejo de las TRD</p>	<p>Se verifica de manera selectiva TRD, en la secretaría de Salud: CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS EMERGENCIAS Y DESASTRES Se efectuó verificación de la aplicabilidad de la Tabla de Retención Documental en la Secretaría de Salud, Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, para lo cual selectivamente se tomó una muestra correspondiente a la serie documental ACTAS , Subserie Actas de reunión y Coordinación con el Comité Departamental de Urgencias; se revisó la caja uno carpeta uno con fecha de inicio 16/01/2019 y fecha fin 28/06/2019 y se observa que se encuentra identificada correctamente con el código 265 09 162 de acuerdo con la Tabla de Retención Documental 0552 de 2016</p> <p>DESPACHO Se efectúa verificación selectiva a la aplicación de la Tabla de Retención Documental, en el Despacho del Secretario de Salud, en la producción documental y se tomó como muestra selectiva, el contrato de prestación de servicios No. 013 del 12 de enero de 2018, identificado con el código 260 114 66 serie CONTRATOS y CONVENIOS subserie contratos de prestación de servicios; se observa que el rótulo se identifica en el sub fondo como DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA y lo correcto es DESPACHO DEL SECRETARIO como también lo correcto es serie CONTRATOS y no CONTRATOS Y CONVENIOS, lo anterior de acuerdo a Resolución 0552 de 2016.</p> <p>se revisó el contrato de prestación de servicios profesionales SS-CPS-143 de 2019 del 14 de febrero de 2019, contrato de prestación de servicios profesionales No SS-CPS-116 del 13 de febrero de 2019, contrato de prestación de servicios profesionales SS-CPS-524 del 25 de octubre del 2018 contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión No. SS-CPS-534 del 29 de octubre de 2018, encontrándose bien identificados con la serie CONTRATOS subserie Contratos de prestación de servicios código 260 114 63 subfondo DESPACHO DEL SECRETARIO</p>


	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Documental: Comprende los procesos de la gestión documental. Conjunto de actividades técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.</p>	<p>Circular 032 del 30 de agosto de 2017, proferida por la Secretaría General de la Gobernación de Cundinamarca.</p>	<p>Implementación de la Hoja de Control, en las carpetas contractuales de la de la entidad auditada</p>	<p>Pérdida de información institucional.</p>	<p>Visita trimestral de asistencia y verificación Norma aplicable exigible al manejo de las TRD</p>	<p>DESPACHO</p> <p>En el Despacho del Secretario, de la Secretaría de Salud, se revisó selectivamente el uso de la hoja de control código A- GD- FR - 015 del 24/08/2017, de conformidad con la Circular 032 del 30 de agosto de 2017 emanada por la secretaría General de la Gobernación decundianamrcapara ele Expediente contractualSS-CPS-524 del 25 de octubre del 2018: se observa hoja de control pero no se diligencia el encabezado respecto a dependencia serie subserie y la relación de folios descrita no corresponde con los tipos documentales archivados al interior de la carpeta como se aprecia a folio 76 donde reposa certificado de disponibilidad presupuestal pero se relaciona en la hoja de control examen precontractual ; a folio 62 reposa minuta del contrato pero en la hoja de control no aparece relacionada, y selectivamente se verifica el contratoNo. SS-CPS-534 del 29 de octubre de 2018, el cual, no presenta implementada la hoja de control de conformidad a la normatividad antes mencionada.</p>
<p>Tecnológico: Comprende la administración electrónica de documentos, la seguridad de la información y la interoperabilidad en cumplimiento de las políticas y lineamientos de la gestión documental y administración de archivos.</p>	<p>Artículo 26 de la Ley 594 de 2000 Artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 1080 de 2015</p>	<p>Verificación elaboración de inventarios Documentales en la entidad auditada</p>	<p>Pérdida de información institucional.</p>	<p>Visita trimestral de asistencia y verificación Norma aplicable exigible al manejo de las TRD</p>	<p>Verificación selectiva del diligenciamiento del formato Único de Inventario Documental FUID. CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS EMERGENCIAS Y DESASTRES</p> <p>Se verifica de manera selectiva FUID 2018 y 2019 y se presentan evidencias de su diligenciamiento en archivo excel y en físico se observan series documentales como ACTAS, INFORMES, INSTRUMENTOS DE CONTROL entre otras. se remite información mediante correo electrónico de fecha 03 de septiembre de 2019.</p> <p>DESPACHO</p> <p>En el Despacho del Secretario, de la Secretaría de Salud, se verifica de manera selectiva el FUID 2018 y 2019; se remite información vía correos electrónicos de fecha 03, 04 y 09 de septiembre de 2019; se observa diligenciado en la serie CONTRATOS, pero no se aprecia FUID para la serie ACTOS ADMINISTRATIVOS subserie circulares, cabe anotar que existe producción documental asociada a esta subserie como se evidencia en la carpeta identificada con el código 260 12 06 correspondiente al año 2018 se tomó muestra selectiva circular 150 del 19 de noviembre de 2018 y circular 167 del 12 de diciembre de 2018 y respecto al año 2019 se tomó muestra selectiva de circulares 01 del 02 de enero de 2019 y circular 155 del 22 de agosto de 2019 suscritas por la secretaría de salud; no obstante lo anterior los auditados manifiestan que actualizaran el FUID correspondiente a las series documentales del Despacho del secretario antes de finalizar la auditoría, al respecto se evidencia soportes de la mencionada actualización se remite evidencias mediante correo electrónico de fecha 10 de</p>

				<p>septiembre de 2019 DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA se verificó el FUID 2018 y 2019 de la Dirección de Salud pública y selectivamente se tomó la serie documental DERECHOS DE PETICIÓN pero no se observa su diligenciamiento, a pesar que se aprecia soportes de los tipos documentales generados en la Dirección de Salud Pública como consta en las carpetas descrita con el código 262 132 fondo SECRETARIA DE SALUD subfondo DIRECCIÓN SALUD PÚBLICA serie DERECHOS DE PETICIÓN se observa la solicitud de fecha 04 de septiembre de 2018 con radicado mercurio 2018135715, remitido por el Ministerio de Salud y requerimiento del 03/01/2019 radicado con el mercurio 2019000515 remitido por el Ministerio de Salud Pública. cabe anotar que la auditoría efectuó el requerimiento de los soportes del FUID a la Secretaría de Salud, y fueron remitidos mediante correo electrónico del 3 de septiembre de 2019, pero lo relacionado con la muestra selectiva de la serie DERECHOS DE PETICIÓN no fueron allegados</p>
				<p>CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS EMERGENCIAS Y DESASTRES se verifica las transferencias realizadas y se encuentra que se han enviado al archivo central los años 2012, 2013, 2014 y 2015, se remiten soportes mediante correo electrónico de fecha 23 de septiembre de 2019. respecto al año 2016 el tiempo de retención esta vigente de acuerdo a TRD resolución 417 de 2012 y en cuanto al año 2017 se observa selectivamente la serie ACTAS , subserie Actas de Reunión y Coordinación con el Comité de urgencias con tiempo de retención en archivo de gestión de un año; se revisa la carpeta uno caja 1 con fecha de inicio 05/01/2017 y fecha final 26/12/2017 caja 1 carpeta 4, al respecto se aprecia que esta producción documental no se ha transferido al archivo central su última actuación de la serie es acta de fecha 26/12/2017 y su tiempo de retención es de un año de acuerdo a resolución 0552 de 2016. el responsable del archivo de gestión ha efectuado las gestiones ante el archivo central para hacer la transferencia antes de la finalización de la vigencia 2019</p> <p>DESPACHO DEL SECRETARIO El despacho del Secretario de la Secretaría de</p>


	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Tecnológico: Comprende la administración electrónica de documentos, la seguridad de la información y la interoperabilidad en cumplimiento de las políticas y lineamientos de la gestión documental y administración de archivos.</p>	<p>Resolución Departamental 417 de 2012 Resolución Departamental 0552 de 2016</p>	<p>La entidad ha realizado transferencias primarias del archivo de gestión al Archivo Central, de acuerdo a lo establecido en las Tablas de Retención Documental.</p>	<p>Pérdida de información institucional.</p>	<p>Visita trimestral de asistencia y verificación Norma aplicable exigible al manejo de las TRD</p>	<p>Salud, presenta producción documental sin transferir al archivo central:</p> <p>Año 2013: en atención a requerimientos hechos durante la auditoría, la Secretaría de Salud, remite correo electrónico de fecha 19 de septiembre de 2019, el cual contiene solicitud a la Secretaría General, mediante correo electrónico de fecha 07 de marzo de 2017, para la asignación de un funcionario para revisión y aprobación de las transferencias quedando programada para el tercer trimestre del año 2017; a la fecha de la presente auditoría la transferencia de la serie asociada a la resolución 417 de 2012 relacionada con la producción documental contractual con tiempo de retención de 4 años en archivo de gestión, aún no se ha efectuado. Año 2014: se aprecia contrato de compraventa No. 0042 del 10/06/2014 de ejecución instantánea con acta de entrega de fecha 19/09/2014. El tiempo de retención documental de esta serie venció a 31 de diciembre de 2018 según resolución 417 de 2012, lo cual indica que la transferencia debe gestionarse durante la vigencia 2019.</p> <p>Año 2015: se aprecia contrato interadministrativo No. 641 de 24/06/2015 con informe final de supervisión de fecha 2/12/2015</p> <p>Al respecto se tiene que la producción contractual correspondiente a las vigencias 2015 y 2016, que se encuentran con el expediente cerrado deben reposar en el archivo de gestión hasta tanto se cumpla su tiempo de retención el cual es de 4 años de acuerdo a resolución 417 de 2012; y la producción contractual correspondiente al año 2017 presentan 2 años de retención en archivo de gestión de acuerdo a resolución 0552 de 2016 es decir se encuentra dentro de los términos de retención en archivo de gestión.</p> <p>la entidad auditada remite a la auditoría informe de contratación mediante correo electrónico de fecha 06 de septiembre de 2019, donde se aprecian las fechas de liquidación, actas de terminación anticipada entre otras situaciones de las vigencias 2015, 2016, 2017 y 2018. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA- SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y ACCIONES EN SALUD</p> <p>Se aprecia selectivamente, gestión de transferencias primarias al archivo central los años 2011, 2010, de las series PLANES, SISTEMAS, de la Resolución 315 de 2006; respecto a la resolución 417 de 2012 se gestionó transferencias documentales de las vigencias 2012 al 2016 de las series PLANES</p>
---	---	---	--	---	--

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019

DIMENSIÓN	03.Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	11.Gobierno digital
PROCESO	A1. Gestión Tecnológica


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
La política de Gobierno Digital cuenta con cinco grandes propósitos que se pretenden alcanzar a través del uso y aprovechamiento de las TIC, por parte del Estado y de los actores de la Sociedad la entidad cuenta con procesos y herramientas que facilitan el consumo, análisis, uso y aprovechamiento de los componentes de información.	Decreto 1008 del 14 de junio de 2018 Sección 2 ARTICULO 2.2.9.1.2.1 _N° 2 -- Manual de Gobierno Digital Implementación de la Política de Gobierno Digital Decreto 1078 de 2015. Anexo Número 5_5.2 Segmentación Elementos Habilitadores Arquitectura página 57 * Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3. (Furag y MIPG)	Arquitectura_ sistemas de información (misional, de apoyo. 1) Relacione en su totalidad los sistemas de información que maneja la secretaria? (Tanto de apoyo como misionales)	Los servicios de los que dependen los sistemas de información o servicios corporativos no estén disponibles	Contratos de soporte y mantenimiento con fabricantes de algunos de los sistemas y servicios corporativos	Mediante entrevista, la Secretaría informa que disponen de sistemas de información de apoyo que son transversales a toda la gobernación como SAP, Mercurio e Isolucion; cuentan con ocho sistemas de información misionales propios de la Gobernación, que apalancan la información que envían los 53 hospitales del departamento generando interoperabilidad con el fin de comunicar, utilizar e intercambiar información, a partir del uso y aprovechamiento de datos; lo cual permite mejorar la toma decisiones por parte de la entidad, usuarios y grupos de interés, para impulsar el desarrollo de servicios, planes, programas, proyectos o asuntos de interés público. A través de correo electrónico del 05 de Septiembre del presente año, relacionan en el Inventario de Sistemas de Información, los ocho sistemas misionales, como son: 1) Sistema de Información Unificado en Salud-SIUS, el cual tiene como objetivo el intercambio de información clínica (Historia Clínica Electrónica) entre los hospitales de la red pública del departamento de Cundinamarca, 2) Monitoreo Alimentario y Nutricional de la Gobernación de Cundinamarca MANGO, el cual permite obtener los resultados estadísticos del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional , tanto a nivel municipal como departamental, 3)Ficha Familiar, mediante el cual se obtiene Información de caracterización de cada uno de los habitantes y el entorno físico, 4)SAGA - GESTAMOS: a través del cual se obtiene Información de identificación y seguimiento de gestantes, 5) SAGA SIUS: sistema que apoya el análisis de historias clínicas en salud, 6) SAGA - AMBULANCIAS: el cual permite tener la información de posicionamiento de los dispositivos de comunicaciones de las ambulancias, 7) SALUD Permite generar las autorizaciones, 8)SISMASTER validación sintáctica y semántica de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud. Es pertinente aclarar que los dos últimos sistemas se encuentran activos para consulta, y obsoletos para gestión, debido a que ésta información se encuentra a cargo del área de salud pública de la secretaria.
La política de Gobierno Digital cuenta con cinco grandes propósitos que se pretenden alcanzar a través del uso y aprovechamiento de las TIC, por parte del Estado y de los actores de la Sociedad la entidad cuenta con procesos y herramientas que facilitan el consumo, análisis, uso y aprovechamiento de los componentes de información.	Decreto 1008 del 14 de junio de 2018 Sección 2 ARTICULO 2.2.9.1.2.1 _N° 2 -- Manual de Gobierno Digital Implementación de la Política de Gobierno Digital Decreto 1078 de 2015. Anexo Número 5_5.2 Segmentación Elementos Habilitadores Arquitectura página 57 * Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3. (Furag y MIPG)	Arquitectura_ sistemas de información (misional, de apoyo. 1) Nombrar y relacionar listado de usuarios que están habilitados con perfiles en los sistemas.	Se requieren nuevos perfiles profesionales que no existen en el departamento.	Documento de roles y perfiles	Mediante correo electrónico del 05 de Septiembre del presente año, la Secretaría relaciona listado de usuarios actualizado, que se encuentran habilitados con perfiles en los sistemas de información SAGA AMBULANCIAS, SIUS,SISMASTER, MANGO; así mismo, demuestra que lleva a cabo la actualización de la gestión de usuarios de los diferentes aplicativos, conforme a lo dispuesto en el proceso de gestión tecnológica.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019

La política de Gobierno Digital cuenta con cinco grandes propósitos que se pretenden alcanzar a través del uso y aprovechamiento de las TIC, por parte del Estado y de los actores de la Sociedad la entidad cuenta con procesos y herramientas que facilitan el consumo, análisis, uso y aprovechamiento de los componentes de información.	Decreto 1008 del 14 de junio de 2018 Sección 2 ARTICULO 2.2.9.1.2.1 _N° 2 -- Manual de Gobierno Digital Implementación de la Política de Gobierno Digital Decreto 1078 de 2015. Anexo Número 5_5.2 Segmentación Elementos Habilitadores Arquitectura página 57 * Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3. (Furag y MIPG)	Arquitectura_ sistemas de información (misional, de apoyo. 1) La Secretaria ha recibido capacitaciones en lo referente a gobierno digital?	Apropiación de tecnología sin tener personal capacitado.	No hay control	La Secretaría de Salud, mediante correo electrónico del 05 de Septiembre del presente año, evidencian que solicitaron y recibieron capacitación sobre la ley 1712 de 2014 de Transparencia y acceso a la información pública, y socialización de la Política de Gobierno Digital, realizadas los días 22 y 30 de mayo de 2019, en el Centro de Cómputo de la Asamblea de Cundinamarca.
--	--	--	--	----------------	--

DIMENSIÓN	03.Gestión con Valores para Resultados
POLÍTICA	12.Seguridad digital
PROCESO	A1. Gestión Tecnológica


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
La entidad aplica los mecanismos adecuados de aseguramiento, control, inspección y mejoramiento de la calidad de los componentes de información	_Ley 1341 de 2009 Decreto 1078 de 2015 Título 9_Decreto Único Reglamentario del sector de tecnologías de la información y las comunicaciones_TIC_Articulo 2.2.9.1.2.1 _4 "Seguridad y privacidad de la Información"	Política de seguridad de la información y la comunicación 1) Conocen las políticas de seguridad en la información, como lo aplican en su Secretaría? 2) Se han presentado incidentes de seguridad en la información? si la respuesta es sí, qué tipo de incidente y que manejo dieron al respecto?	Deficiencias en la confidencialidad, seguridad y disponibilidad de la información.	Socialización de temas de seguridad.	1) La Secretaría mediante correo electrónico del 05 de Setiembre del presente año, manifiesta que conocen las políticas de seguridad de la información, llevando a cabo el registro de activos de información; así mismo, comunican que las copias de seguridad de los servidores las realizan las TICS, mediante la herramienta Data Protector, cumpliendo con los lineamientos establecido en Isolucion, para lo cual la Secretaría realiza y aplica el procedimiento de Respaldo de Información de Servidores TIC y el Respaldo de Información de Equipos de Cómputo, conforme a lo dispuesto en el Decreto 363 de 2017 que hace referencia a la política de tratamiento de Información y al decreto 338 de 2018, donde se incluye, entre otros, el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, con el fin de promover la protección y seguridad de la información de los procesos, garantizando la legalidad, confidencialidad, disponibilidad e integridad de los datos que utiliza la secretaria de Salud. Por medio de entrevista realizada el 05 de Septiembre de 2019, se evidenció que tienen claro conocimiento de las políticas de seguridad, establecidas en el proceso de gestión tecnológica, para la realización de los backups de los equipos de cómputo de los funcionarios, a través de Mesa de Ayuda. 2) La Secretaria informa que no se han presentado incidentes con la seguridad de la información.
La entidad aplica los mecanismos adecuados de aseguramiento, control, inspección y mejoramiento de la calidad de los componentes de información	_Ley 1341 de 2009 _Decreto 1078 de 2015 Título 9_Decreto Único Reglamentario del sector de tecnologías de la información y las comunicaciones_TIC_Articulo 2.2.9.1.2.1 _4 "Seguridad y privacidad de la Información"	Donde se encuentran ubicados los servidores y como se encuentran protegidos?	Los dueños funcionales de los sistemas no apoyan presupuestalmente la renovación de infraestructura	No hay control	Mediante correo electrónico del 05 de septiembre del presente año, la Secretaria manifiesta que los Servidores se encuentran ubicados en el centro de procesamiento de datos de la Gobernación Torre Central Piso 3, bajo custodia de la Secretaría de las TICS, Dirección de Infraestructura, donde se aplica el procedimiento Gestión de Seguridad Informática Interna-TIC, dando cumplimiento a lo establecido normativamente. Los servidores se encuentran conectados a una única línea de distribución eléctrica y de refrigeración, suelos elevados para evitar daños por humedad; cuentan con cierto grado de tolerancia a fallas, y permiten operaciones de mantenimiento "on line".

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO				Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión				Versión: 01
					Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Clasificar y gestionar los activos de información de TIC tales como aplicaciones de la entidad, servicios web, redes, hardware, información física o digital, recurso humano entre otros, con el fin de determinar qué activos posee la entidad, cómo deben ser utilizados, los roles y responsabilidades que tienen los funcionarios sobre los mismos, reconociendo adicionalmente su nivel de clasificación de la información, para funcionar en el entorno digital.</p>	<p>Ley 1712 de 2014 _ Art.11, Literal J) Guía para la Gestión y Clasificación de Activos de Información Matriz de inventario y clasificación de activos de información TIC</p>	<p>Gestión de activos 1) La Secretaría aplica la matriz de inventario y clasificación de activos de información TIC .</p>	<p>Deficiencias en la confidencialidad, seguridad y disponibilidad de la información.</p>	<p>Implementación del sistema de Gestión de Seguridad de la Información.</p>	<p>1) La Secretaría comunica mediante correo electrónico del 05 de septiembre de 2019, que llevan el registro de Activos de información del Sector central de la Gobernación de Cundinamarca, cumpliendo con los lineamientos establecidos por la Gobernación, mediante diligenciamiento de la Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información; Se evidencia en la Matriz aportada por la secretaria, 12 registros de activos de información.</p>
<p>La entidad aplica los mecanismos adecuados de aseguramiento, control, inspección y mejoramiento de la calidad de los componentes de información</p>	<p>Modelo de Gestión de Riesgos de Seguridad Digital (MGRSD) --anexo 4. Lineamientos para la gestión de riesgos de seguridad digital en entidades públicas documento CONPES 3854 5. Definición de la Política _ 5.2.1-5.2.2-5.2.3-5.2.4 - Fortalecer la seguridad de los individuos y del Estado en el entorno digital, a nivel nacional y transnacional, con un enfoque de gestión de riesgos. Página 48 * Decreto 1083 de 2015 Art. Título 22, Capítulo 3, Art 2.2.22.3.4 y Art. 2.2.23.3. (Furag y MIPG)</p>	<p>1) Existen acuerdos de confidencialidad con terceros (que administren sistemas de información).</p>	<p>Deficiencias en la confidencialidad, seguridad y disponibilidad de la información.</p>	<p>Implementación del sistema de Gestión de Seguridad de la Información.</p>	<p>1) Mediante correo electrónico del 05 de septiembre de 2019 y entrevista realizada el mismo día, manifestaron que debido a que los sistemas de información misionales de la secretaria son propios y administrados por las TICS, no requieren de acuerdos de confidencialidad de la información, con terceros.</p>

DIMENSIÓN	04.Evaluación de Resultados
POLÍTICA	16.Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
PROCESO	M1. Asistencia Técnica

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
<p>Los planes de acción de las dependencias para una vigencia deberán ser registrados, presentados y aprobados en el sistema para la formulación y seguimientos la planeación institucional.</p>	<p>LEY 152 DE 1994 Artículo 26 Ejecución del Plan, decreto 000893 de 2017, decreto 612 de 2018</p>	<p>Ejecución Plan de Acción</p>	<p>Sobrevaloración y subvaloración de las metas PDD</p>	<p>No existe control para la primera causa Información geográfica y estadística del departamento sin consolidar, no estructurada, desactualizada y no oportuna</p>	<p>Se evidencia la ejecución del plan de desarrollo para la secretaria de salud con una apropiación de \$413.152.517.396 al 100%, en CDP \$360.162.252.578 al 87.2%, en RPC \$240.589.236.147 con una 58.2% de ejecución, se evidencia una ejecución por debajo al 80% en lo financiero en la meta 557 al 79.3%, la meta 573 al 78%, la meta 210 al 77.9%, la meta 514 al 75.4%, la meta 554 al 75.1%, la meta 555 al 74.5%, la meta 264 al 70.4%, la meta 571 al 68.6%, la meta 570 al 56.8%, la meta 209 al 52%, la meta 313 al 43.6%, la meta 208 al 40.7%, la meta 621 al 3.1%, la meta 261 al 0%. La evidencia se tomó el 17 de Septiembre del 2019.</p>

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019

DIMENSIÓN	04.Evaluación de Resultados
POLÍTICA	16.Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
PROCESO	M8. Promoción del Desarrollo de Salud


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Los planes de acción de las dependencias para una vigencia deberán ser registrados, presentados y aprobados en el sistema para la formulación y seguimientos la planeación institucional.	LEY 152 DE 1994 Artículo 26 Ejecución del Plan, decreto 000893 de 2017, decreto 612 de 2018	Ejecución Plan de Acción	Sobrevaloración y subvaloración de las metas PDD	No existe control para la primera causa Información geográfica y estadística del departamento sin consolidar, no estructurada, desactualizada y no oportuna	Se evidencia la ejecución del plan de desarrollo para la secretaria de salud con una apropiación de \$413.152.517.396 al 100%, en CDP \$360.162.252.578 al 87.2%, en RPC \$240.589.236.147 con una 58.2% de ejecución, se evidencia una ejecución por debajo al 80% en lo financiero en la meta 557 al 79.3%, la meta 573 al 78%, la meta 210 al 77.9%, la meta 514 al 75.4%, la meta 554 al 75.1%, la meta 555 al 74.5%, la meta 264 al 70.4%, la meta 571 al 68.6%, la meta 570 al 56.8%, la meta 209 al 52%, la meta 313 al 43.6%, la meta 208 al 40.7%, la meta 621 al 3.1%, la meta 261 al 0%. La evidencia se tomó el 17 de Septiembre del 2019.

DIMENSIÓN	04.Evaluación de Resultados
POLÍTICA	16.Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
PROCESO	M9. Atención al Ciudadano

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Los planes de acción de las dependencias para una vigencia deberán ser registrados, presentados y aprobados en el sistema para la formulación y seguimientos la planeación institucional.	LEY 152 DE 1994 Artículo 26 Ejecución del Plan, decreto 000893 de 2017, decreto 612 de 2018	Ejecución Plan de Acción	Sobrevaloración y subvaloración de las metas PDD	No existe control para la primera causa Información geográfica y estadística del departamento sin consolidar, no estructurada, desactualizada y no oportuna	Se evidencia la ejecución del plan de desarrollo para la secretaria de salud con una apropiación de \$413.152.517.396 al 100%, en CDP \$360.162.252.578 al 87.2%, en RPC \$240.589.236.147 con una 58.2% de ejecución, se evidencia una ejecución por debajo al 80% en lo financiero en la meta 557 al 79.3%, la meta 573 al 78%, la meta 210 al 77.9%, la meta 514 al 75.4%, la meta 554 al 75.1%, la meta 555 al 74.5%, la meta 264 al 70.4%, la meta 571 al 68.6%, la meta 570 al 56.8%, la meta 209 al 52%, la meta 313 al 43.6%, la meta 208 al 40.7%, la meta 621 al 3.1%, la meta 261 al 0%. La evidencia se tomó el 17 de Septiembre del 2019.

DIMENSIÓN	05.Información y Comunicación
POLÍTICA	05.Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
PROCESO	E5. Comunicaciones


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Consagre los mínimos de información general básica con respecto a la estructura, los servicios, los procedimientos, la contratación y demás información que los sujetos obligados deben publicar de manera oficiosa en su sitio web o en los sistemas de información del Estado según el caso y las obligaciones legales.	Ley 1712 de 2014_Articulo 11 Literal K, Datos Abiertos	1.Han realizado o efectuado autodiagnóstico en la Secretaría, dando cumplimiento al formato A_GT_FR_050 _ actualización micrositio	Comunicación interna no efectiva	Política de comunicaciones aplicada Estrategias de comunicación	La Secretaría manifiesta y evidencia mediante cuestionario y correo electrónico del 11 de septiembre del presente año, la realización del autodiagnóstico del mes en mención, con un cumplimiento de 92%, acatando así, lo establecido por Ley en cuanto a la divulgación de datos abiertos.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO			Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión			Versión: 01
				Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Consagre los mínimos de información general básica con respecto a la estructura, los servicios, los procedimientos, la contratación y demás información que los sujetos obligados deben publicar de manera oficiosa en su sitio web o en los sistemas de información del Estado según el caso y las obligaciones legales.</p>	Ley 1712 de 2014_Artículo 11 Literal K, Datos Abiertos	1. Determinen el nivel de conocimiento y cumplimiento de la ley 1712 de 2014, que saben al respecto?	Comunicación interna no efectiva	Política de comunicaciones aplicada Estrategias de comunicación	La Secretaría de la Salud, tiene conocimiento de la Ley 1712 de 2014, indicando que trata de transparencia en la información; la aplican llevando a cabo la actualización periódica del micrositio, dando así cumplimiento a lo correspondiente a datos abiertos, dirigido a los grupos de valor, como lo dispone la ley; por lo anterior, mencionan que toda la información contenida en el micrositio de la Secretaría de Salud es para uso y beneficio del ciudadano, razón por la cual ponen a disposición, un link específico enfocado al cliente, usuario y grupo de interés.
--	--	--	----------------------------------	--	---

DIMENSIÓN	06. Gestión del Conocimiento y la Innovación
POLÍTICA	14. Gestión del conocimiento y la innovación
PROCESO	E3. Gestión de la Mejora Continua


LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
<p>Actividades tendientes a consolidar grupos de servidores públicos capaces de idear, investigar, experimentar e innovar en sus actividades cotidianas. El conocimiento de la entidad se desarrolla en este aspecto y desde aquí puede conectarse a cualquiera de los otros tres ejes de la dimensión.</p>	ARTÍCULO 2.2.22.3.5. del Decreto 1499 de 2017. Decreto 1083 de 2015, ARTÍCULO 2.2.22.3.5. Manual Operativo del Modelo, 6 Dimensión Gestión del Conocimiento y la innovación	<p>Generación y producción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del conocimiento más relevante de la entidad. 2. Ideación. 3. Experimentación. 4. Innovación. 5. Investigación. 	No Identificado	No Identificado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación - Se identificaron necesidades de conocimiento, a través del análisis de procesos, estudio de mercados, analítica de datos, evaluación de los productos y servicios, entre otros. 2. Ideación - Se han definido algunos métodos de creación y promoción de ideas para la entidad. 3. Experimentación - Se encontró muy poca evidencia de experimentación a través de la evaluación de las posibles soluciones a las problemáticas encontradas, para posteriormente valorarlas y ensayarlas. 4. Innovación - Se identificaron pocas estrategias para desarrollar la cultura de la innovación en la entidad. 5. Investigación - Se encontraron casos donde se definen las necesidades de investigación de la entidad.
<p>Identificar la tecnología para obtener, organizar, sistematizar, guardar y compartir fácilmente datos e información de la entidad. Dichas herramientas deben ser usadas como soporte para consolidar un manejo confiable de la información y de fácil acceso para los servidores públicos. soporte para consolidar un manejo confiable de la información y de fácil acceso para los servidores públicos.</p>	ARTÍCULO 2.2.22.3.5. del Decreto 1499 de 2017. Decreto 1083 de 2015, ARTÍCULO 2.2.22.3.5. Manual Operativo del Modelo, 6 Dimensión Gestión del Conocimiento y la innovación	<p>Herramientas para uso y apropiación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico general. 2. Evaluación. 3. Banco de datos. 4. Clasificación y mapa del conocimiento. 5. Priorización. 	No Identificado	No Identificado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico general - Se encontraron herramientas de analítica institucional que actualmente utiliza la entidad. 2. Evaluación - Se identificaron y evaluaron los sistemas de información. 3. Banco de datos - Se encontró evidencia donde se especifica la clasificación y el almacenamiento sistemático de información. 4. Clasificación y mapa del conocimiento - La evidencia se identificó en parte y se encontraron muy pocos ejemplos donde se clasificó y difundió el capital intelectual de la entidad. 5. Priorización - No se priorizaron las necesidades de tecnología para la gestión del conocimiento y la innovación en la entidad.
<p>Seguimiento y la evaluación de MIPG que se lleva a cabo dentro de la entidad. Los análisis y la visualización de datos e información permiten determinar acciones requeridas para el logro de los resultados esperados.</p>	ARTÍCULO 2.2.22.3.5. del Decreto 1499 de 2017. Decreto 1083 de 2015, ARTÍCULO 2.2.22.3.5. Manual Operativo del Modelo, 6 Dimensión Gestión del Conocimiento y la innovación	<p>Analítica institucional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico general. 2. Planeación. 3. Ejecución de análisis y visualización de datos e información. 	No Identificado	No Identificado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico general - Se determinó que se cuenta con herramientas de analítica institucional básicas. utiliza la entidad (hojas de cálculo, bases de datos, no utiliza programas especializados). 2. Planeación - Se encontró evidencia de analítica de la entidad para la creación y visualización de algunos aspectos de la información. 3. Ejecución de análisis y visualización de datos e información. - Se desarrollaron y fortalecieron las habilidades y competencias de las personas, se divulgaron los análisis de datos y desarrollando análisis comparativos y predictivos.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO				Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión				Versión: 01
					Fecha: 11 de julio de 2019


<p>Desarrollar interacciones entre diferentes personas o entidades mediante redes de enseñanza-aprendizaje. Se debe agregar que las experiencias compartidas fortalecen el conocimiento a través de la memoria institucional y la retroalimentación, incentivan los procesos de aprendizaje y fomentan la innovación, en tanto que generan espacios de ideación y creación colaborativa para el mejoramiento del ciclo de política pública.</p>	<p>ARTÍCULO 2.2.22.3.5. del Decreto 1499 de 2017. Decreto 1083 de 2015, ARTÍCULO 2.2.22.3.5. Manual Operativo del Modelo, 6 Dimensión Gestión del Conocimiento y la innovación</p>	<p>Cultura de compartir y difundir: 1. Establecimiento de acciones fundamentales. 2. Estrategias de enseñanza-aprendizaje. 3. Consolidación de la cultura de compartir y difundir.</p>	No Identificado	No Identificado	<p>1. Establecimiento de acciones fundamentales - Se encontraron lineamientos para documentar buenas prácticas y memorias institucionales 2. Estrategias de enseñanza-aprendizaje - No se encontró evidencia con acciones de enseñanza-aprendizaje. 3. Consolidación de la cultura de compartir y difundir - No se encontró suficiente evidencia que identifique espacios formales para compartir y retroalimentar conocimientos y que se divulgue internamente.</p>
---	--	--	-----------------	-----------------	--

DIMENSIÓN	07. Control Interno
POLÍTICA	15. Control interno
PROCESO	E3. Gestión de la Mejora Continua

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
<p>Se establece con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Control Interno, lo cual se garantiza con el compromiso con la integridad y el establecimiento de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno (Creación del Comité Institucional de Control Interno).</p>	<p>Ley 87 de 1993 Art 10 Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.1.6, modificado por el Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017 Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. Versión 4, Octubre 2018 Política de Administración de Riesgo - Código E-GMC-POL-002</p>	<p>COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL 1. Mencione quienes integran el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Gobernación de Cundinamarca. 2. Mencione las tres (3) funciones que considere más importantes y en las cuales desde el rol de la 1a. Línea de Defensa, contribuye en el mejoramiento del Control Interno en la entidad. 3. Describa qué aspectos tuvo en cuenta para asignar la (s) persona (s) responsable (s) para la gestión de los riesgos y de los controles del proceso que lidera y/o participa.</p>	No identificado	No identificado	<p>Se recibió la encuesta a través del aplicativo mercurio con el No. CI-2019335770, de fecha 30 de septiembre de 2019. Se evidencia conocimiento del Comité Institucional de Control interno y del decreto 154 de 2018 y de las funciones. Se describen como aspectos a tener en cuenta para la designación de los responsables de la gestión de los riesgos: 1. Pertenecer al equipo de mejoramiento de la Secretaría 2. Conocimiento de los procesos técnicos de las direcciones 3. Conocimiento en Gestión de Riesgos 4. Idoneidad 5. Responsabilidad 6. Liderazgo.</p> <p>Se evidencian Actas de reunión de los meses de febrero, marzo, abril, mayo y agosto de 2019, en las cuales se han realizado capacitaciones y socialización de los riesgos (Salud Pública); acta de la capacitación al equipo de mejoramiento sobre el control de la información (CRUE), socialización de los riesgos e inducción a contratistas (IVC), acta del 27 de marzo de 2019 sobre socialización de la política y gestión del riesgo (Desarrollo de Servicios), riesgos de gestión y de corrupción (Participación).</p>

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO		Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión		Versión: 01
			Fecha: 11 de julio de 2019

<p>Con el liderazgo del equipo Directivo de la Entidad y de los servidores, identificar, evaluar y gestionar los eventos potenciales que afectan el logro de los objetivos institucionales.</p>	<p>Ley 87 de 1993 Art 10 Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.1.6, modificado por el Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017 Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. Versión 4. Octubre 2018 E-GMC-POL-002 -Política de Administración de Riesgos</p>	<p>COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO 1. Describa los riesgos de gestión y de corrupción identificados para el proceso que lidera y/o participa. 2. De acuerdo a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, qué aspectos se deben tener en cuenta para el diseño de los controles de los riesgos de los procesos. 3. Describe y menciona tres (3) evidencias que como 1a. y 2a. Línea de Defensa ha realizados a la Gestión de Riesgos y Controles del proceso que lidera y/o participa. 4. Describa y adjunte tres evidencias del Monitoreo a los riesgos que han realizado los supervisores de los contratos de su dependencia y las alertas respectivas que se hayan generado 5. En cumplimiento de qué norma se deben establecer los riesgos de corrupción.</p>	<p>No identificado</p>	<p>No identificado</p>	<p>Se recibió la encuesta a través del aplicativo mercurio con el No. CI-2019335770, de fecha 30 de septiembre de 2019. Se describen los riesgos, tanto de gestión como de corrupción del proceso, se describen aspectos relacionados para el diseño de los controles. Como evidencia al monitoreo de los riesgos y los controles, se realiza trimestralmente el informe al desempeño del proceso (adjuntos informes I y II). Se adjuntan las evidencias del seguimiento por parte de los supervisores de los contratos, así como los soportes de las alertas como actas, correos electrónicos en los que se informa de las diferentes situaciones al ordenador del gasto. Así mismo mencionan que la Ley 1474 de 2011, establece los riesgos de corrupción.</p>
<p>Definir y desarrollar actividades de control que contribuyan a la mitigación de los riesgos, implementar políticas de operación mediante procedimientos aplicables a todos los procesos, programas y proyectos, que constituyen la base sobre la cual se desarrolla la gestión de la entidad para el logro de los objetivos, metas, programas y proyectos.</p>	<p>Ley 87 de 1993 Art 10 Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.1.6, modificado por el Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017 Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. Versión 4. Octubre 2018 E-GMC-POL-002 -Política de Administración de Riesgos</p>	<p>COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL 1. Menciones los procedimientos de su dependencia y adjunte tres documentos que evidencien las actividades de control con sus responsables de acuerdo con los niveles de autoridad y competencia. 2. Describa y evidencie que controles internos ha implementado la Secretaría a su cargo, para el respaldo y conservación de la información. 3. Describa los controles implementados para la gestión de los riesgos del proceso y adjunte (1) evidencia de su monitoreo de acuerdo con la política de Gestión del Riesgo. 4. Describa las actividades de Gestión de Riesgos y de corrupción del proceso que lidera y/o participa y adjunte evidencia de su ejecución y monitoreo.</p>	<p>No identificado</p>	<p>No identificado</p>	<p>Para el componente "Actividades de Control" se recibió la encuesta a través del aplicativo mercurio con el No. CI-2019335770, de fecha 30 de septiembre de 2019. En cuadro elaborado en word, se describen los procedimientos en los cuales se identifican los controles establecidos. Con relación a las acciones de control interno, implementadas en la Secretaría se mencionan las siguientes: 1. Bases de datos, que permiten la ejecución y el control de las tareas de forma permanente y oportuna. 2. Se realiza backup de forma semestral. 3. Uso adecuado de la plataforma mercurio, creando expedientes digitales de acuerdo a los sujetos vigilados. 4. Consolidación en los FUID para los archivos físicos, los archivos están bajo custodia de los líderes. En la herramienta Isolucion se encuentra publicada la matriz de riesgos del proceso y por subproceso, las cuales incluyen los controles y las respectivas actividades.</p>


	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019

DIMENSIÓN	07.Control Interno
POLÍTICA	15.Control interno
PROCESO	E5. Comunicaciones

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional, verificando que las políticas y directrices satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, procurando que la información y comunicación sea adecuada a las necesidades de los grupos de valor y de interés; generando información relevante, oportuna, íntegra, confiable y segura tanto interna como externa.	Ley 87 de 1993 Art 10 Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.1.6, modificado por el Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017 Ley 1712 de 2014 - Art 2 y 3: Transparencia y acceso a la información.	COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 1. Enumere y adjunte tres (3) evidencias de comunicación interna y externa que tenga implementados en la Secretaría o Entidad que lidera para informar sobre gestión interna y resultados. 2. Si es Líder de proceso, evidencian tres (3) comunicaciones generadas a los responsables respecto a la gestión del proceso, alertas y controles . 3. Describa y adjunte tres (3) evidencias de asuntos que ha comunicado a la Alta Dirección relacionados con aspectos que afectan el funcionamiento del Control Interno. De no haberlo realizado explicar porqué no se ha hecho.	Comunicación externa no efectiva Circulación de información inexacta sobre la Gobernación Comunicación Interna No efectiva	Política de comunicaciones Matriz de comunicaciones Comunicados de prensa en medios de comunicación Manual de comunicaciones en situaciones de crisis Política de comunicaciones aplicada Estrategias de comunicación	Con relación al componente "Información y Comunicación" se recibió la encuesta a través del aplicativo mercurio con el No. CI-2019335770, de fecha 30 de septiembre de 2019. Se evidencia que las diferentes dependencias de la Secretaría de Salud, emiten comunicaciones relacionadas con las convocatorias a capacitaciones en el CRUE, en IVC sobre temas relacionados con el cumplimiento de estándares de habilitación, visitas de inspección; en Desarrollo de Servicios, actas de comité primario, comité directivo, comité de gerentes, seguimiento a convenios, correos electrónicos en los cuales se requiere información de empalme y temas relacionados con la infraestructura en las ESE. Describen que en Consejo de Gobierno, se socializan los diferentes aspectos que afectan el funcionamiento del Control Interno en la entidad y se mencionan los siguientes: presupuesto, contratación, ley de garantía y riesgos jurídicos entre otros.

DIMENSIÓN	07.Control Interno
POLÍTICA	15.Control interno
PROCESO	E1. Direccionamiento Estratégico y Articulación Gerencial

LINEAMIENTO	CRITERIO	EVALUACIÓN	RIESGO	CONTROL	RESULTADO
Realizar actividades orientadas a valorar la efectividad del control interno en la entidad, eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos y los resultados de la gestión.	Ley 87 de 1993 Art 10 Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.1.6, modificado por el Decreto 648 de 2017. Decreto 1499 de 2017 Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas. Versión 4. Octubre 2018 E-GMC-POL-002 -Política de Administración de Riesgos	COMPONENTE MONITOREO Y SUPERVISIÓN 1. Describa y evidencie tres (3) seguimientos a la ejecución de los planes, programas y proyectos de su dependencia. 2. Describa un (1) evento relacionado con los riesgos, que haya generado alertas sobre el desempeño de la gestión y cómo informó a la Alta Gerencia para tomar medidas correctivas. Explicar y cargar evidencia. 3. Mencione y evidencie dos (2) acciones de mejora que ha implementado con base en la medición, resultado y análisis de los indicadores del proceso que lidera y/o participa.	No identificado	No identificado	En el componente "Monitoreo y Supervisión", Se recibió la encuesta a través del aplicativo mercurio con el No. CI-2019335770, de fecha 30 de septiembre de 2019. Con relación a las actividades relacionadas con el seguimiento a la ejecución de los planes, programas y proyectos, evidencian actas de asistencia técnica, correspondientes a los tres trimestres de la vigencia 2019, con sus respectivas presentaciones que reflejan el seguimiento al Plan de coherencia, plan indicativo PDD y PTS, así como del plan de acción del PDD y PTS. Describen que a la alta dirección no ha sido necesario alertar sobre temas relacionados con la gestión, se han solucionado internamente las situaciones. Así mismo se mencionan algunas de las acciones de mejor, establecidas para las No Conformidades No. 1627, 2332, 2774 y 3385.

	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Código: EV-SEG-FR-050
	Informe de Auditoría Interna de Gestión	Versión: 01
		Fecha: 11 de julio de 2019

2. EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG

Política	Calificación
01.Planeación Institucional	4,60
02.Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público	4,17
03.Talento humano	4,69
04.Integridad	3,00
05.Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	5,00
06.Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	5,00
07.Servicio al ciudadano	2,43
08.Participación ciudadana en la gestión pública	5,00
09.Racionalización de trámites	5,00
10.Gestión documental	2,25
11.Gobierno digital	5,00
12.Seguridad digital	5,00
13.Defensa jurídica	No Aplica
14.Gestión del conocimiento y la innovación	3,00
15.Control interno	4,20
16.Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	3,00
17.Mejora normativa	No Aplica

Nivel de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-

4,09

Evaluación del Sistema de Control Interno

4,20

El Nivel de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG- para el **Secretaría de Salud** tiene un puntaje del **4.09**, lo que evidencia un cumplimiento en la apropiación de las Políticas de MIPG.

Cabe anotar que sus mayores dificultades se encuentran en las Políticas de Integridad, Servicio al Ciudadano, Gestión documental, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.

En cuanto a la madurez del Sistema de Control Interno tiene un puntaje de **4.20**, lo que refleja un buen conocimiento de los diferentes componentes y de los roles establecidos en las líneas de defensa.

3. TABLA DE HALLAZGOS

PROCESO	TIPO DE HALLAZGO	HALLAZGO	EVIDENCIA
A6. Gestión del Bienestar y Desempeño del Talento Humano	02.Oportunidad de Mejora	Ejecutar acciones que conlleven a que la totalidad de Servidores Públicos adscritos a la Secretaría que sean nombrados o trasladados a sus dependencias cumplan con el Entrenamiento en el Puesto de trabajo y de esta acción quede la respectiva evidencia (Acta de Entrenamiento en el Puesto de Trabajo).	Copia escaneada de las Actas de Entrenamiento en el Puesto de Trabajo de los Servidores Públicos que han sido trasladados o nombrados en la dependencia, en las diferentes modalidades. (RRJ, Carpeta Actas de Capacitación en el Puesto de Trabajo).
A6. Gestión del Bienestar y Desempeño del Talento Humano	02.Oportunidad de Mejora	Ejecutar acciones que permitan que la totalidad de los Servidores Públicos de la dependencia cumplan con el mandato legal de actualización oportuna de las Hojas de vida en el aplicativo SIGEP, dentro de los términos establecidos. (9 Servidores Públicos no han cumplido con la actualización de Hojas de Vida en el SIGEP.)	Muestra selectiva de Hojas de Vida Subidas al aplicativo SIGEP. (Papeles de Trabajo RRJ.Carpeta Hojas de Vida en el SIGEP).Base de Datos de la Secretaría de la Función Pública con la identificación de los Servidores Públicos que no han cumplido).
A6. Gestión del Bienestar y Desempeño del Talento Humano	02.Oportunidad de Mejora	Promover el contacto de los servidores públicos con el código de integridad de tal manera que surjan en ellas reflexiones que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento	Encuesta realizada mediante plataforma Survey 123 for ArcGIS - Nombre de la encuesta: Auditoría 2019 - Control Interno - Política de Integración. 22 preguntas
A9. Gestión Documental	02.Oportunidad de Mejora	La secretaría de Salud, Despacho del Secretario, puede revisar la producción documental producción contractual de la vigencia 2018, y efectuar el cambio en los rótulos de las carpetas que se describen con el subfondo DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA y serie CONTRATOS Y CONVENIOS cuando lo correcto es DESPACHO DEL SECRETARIO serie CONTRATOS , respectivamente.	GD_MDB_001_Carpeta Actas de reunion y Coordinación con el Comité Departamental de Urgencias fecha de inicio 16/01/2019 y fecha fin 28/06/2019. Contrato de prestación de servicios No. 013 de 2018, 143 DE 2019, Contrato 143 de 2019, Contrato 116 de 2019 contrato 524 de 2018 y contrato 534 de 2018
E1. Direccionamiento Estratégico y Articulación Gerencial	02.Oportunidad de Mejora	Realizar seguimiento adicional de las metas 264, 224, 620, 243 las cuales se evidencia un rezago en la ejecución física para evitar la posible materialización del riesgo	DEAG_ELRM_001 METAS FÍSICO SEC SALUDSISTEMA APLICATIVO SAGA

E3. Gestión de la Mejora Continua	02.Oportunidad de Mejora	En la generación y producción identificar necesidades de conocimiento asociadas a la capacitación requerida anualmente. En la ideación que cuente con un esquema de evaluación y priorización de las ideas, estimando recursos y costos en experimentación, teniendo en cuenta de efectuar encuestas para promover la cultura de la innovación con resultados, e investigar con equipos de trabajo creando vínculos con alguna red académica.	Encuesta realizada mediante plataforma Survey 123 for ArcGIS Nombre de la encuesta: Auditoría 2019 - Control Interno - Política Gestión del Conocimiento y la Innovación. La encuesta está conformada por 18 áreas relacionadas con Política Gestión del Conocimiento y la Innovación.
E3. Gestión de la Mejora Continua	02.Oportunidad de Mejora	En las herramientas para uso y apropiación es útil tener un inventario con personal idóneo integrando la información en toda la entidad con parámetros y lineamientos para la obtención de los datos de su operación, identificando, clasificando y dando difusión del conocimiento explícito para mejorar la organización del conocimiento.	Encuesta realizada mediante plataforma Survey123 for ArcGIS Nombre de la encuesta: Auditoría 2019 - Control Interno - Política Gestión del Conocimiento y la Innovación. La encuesta está conformada por 18 áreas relacionadas con Política Gestión del Conocimiento y la Innovación.
E3. Gestión de la Mejora Continua	02.Oportunidad de Mejora	La analítica institucional de datos e información para el mejoramiento del conocimiento en la entidad podría atender mejor las necesidades de conocimiento con procedimientos claros para el tratamiento de los todos los datos derivados de la operación.	Encuesta realizada mediante plataforma Survey123 for ArcGIS Nombre de la encuesta: Auditoría 2019 - Control Interno - Política Gestión del Conocimiento y la Innovación. La encuesta está conformada por 18 áreas relacionadas con Política Gestión del Conocimiento y la Innovación.
E3. Gestión de la Mejora Continua	02.Oportunidad de Mejora	La cultura de compartir y difundir puede generar lineamientos para documentar buenas prácticas combinando lecciones aprendidas, basadas en un repositorio de consulta conocido por los funcionarios, evaluando las necesidades de enseñanza-aprendizaje para establecer acciones para el seguimiento y evaluación de dichas acciones identificando espacios formales para compartir, retroalimentar y divulgar conocimientos internamente.	Encuesta realizada mediante plataforma Survey123 for ArcGIS Nombre de la encuesta: Auditoría 2019 - Control Interno - Política Gestión del Conocimiento y la Innovación. La encuesta está conformada por 18 áreas relacionadas con Política Gestión del Conocimiento y la Innovación.
E3. Gestión de la Mejora Continua	02.Oportunidad de Mejora	Con relación a las funciones establecidas en el Decreto 154 de 2018, es necesario tener claridad sobre las mismas, por cuanto las actas del Comité son elaboradas por el secretario del mismo, en este caso por el Jefe de la Oficina de Control Interno.	Encuesta realizada mediante plataforma Survey123 for ArcGIS Nombre de la encuesta: Madurez del Sistema de Control Interno. Dimensión 7: Política de Control Interno http://survey123.arcgis.com/surveys/c/d49379d4c914408996436c14fe1ef46/ data. Encuesta recibida mediante oficio Rad. No. CI-2019335770. Evidencias en CD-ROOM.
E3. Gestión de la Mejora Continua	02.Oportunidad de Mejora	De acuerdo a la última versión de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 4, de octubre de 2018, se determinaron los seis (6) aspectos a tener en cuenta para el diseño de los controles.	Encuesta realizada mediante plataforma Survey123 for ArcGIS Nombre de la encuesta: Madurez del Sistema de Control Interno. Dimensión 7: Política de Control Interno http://survey123.arcgis.com/surveys/c/d49379d4c914408996436c14fe1ef46/ data. Encuesta recibida mediante oficio Rad. No. CI-2019335770. Evidencias en CD-ROOM.

M1. Asistencia Técnica	02.Oportunidad de Mejora	Realizar seguimiento adicional de la meta 208, las cuales se evidencia un rezago en la ejecución financiera para evitar la posible materialización del riesgo	PDS_ELRM_049 SAGA FINANCIERO 2 PARTEPDS_ELRM_050 SAGA FINANCIEROSISTEMA APLICATIVO SAGA
M8. Promoción del Desarrollo de Salud	02.Oportunidad de Mejora	Realizar seguimiento adicional de las metas 557, 573, 210, 554, 555, 571, 570, 313, 621, las cuales se evidencia un rezago en la ejecución financiera para evitar la posible materialización del riesgo	PDS_ELRM_049 SAGA FINANCIERO 2 PARTEPDS_ELRM_050 SAGA FINANCIEROSISTEMA APLICATIVO SAGA
M9. Atención al Ciudadano	02.Oportunidad de Mejora	Fortalecer el servicio de atención al ciudadano, con el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas, generando un plan de acción identificando las causas que dan origen a estos resultados y programando actividades que mejoren la satisfacción de los usuarios.	AC_NCMM_001
M9. Atención al Ciudadano	02.Oportunidad de Mejora	Fortalecer el proceso de Atención al Ciudadano analizando el reporte comunicado periódicamente por el Líder del Proceso(Secretaría General), dependencia que consolida estadísticas, en el que evidencia PQRSD SIN CONTESTAR-EN TIEMPO y FUERA DE TIEMPO, buscando la mejora del servicio con respuestas oportunas a los usuarios.	AC_NCMM_002
M9. Atención al Ciudadano	02.Oportunidad de Mejora	Fortalecer el Proceso con incentivos especiales para el personal que presta el servicio de Atención al Ciudadano. De ser necesario, gestionar ante la Dirección de Desarrollo Humano de la Secretaría de la Función Pública.	
M9. Atención al Ciudadano	02.Oportunidad de Mejora	Capacitar a los funcionarios en cuanto al manejo de la Herramienta de radicación y seguimiento de PQRSDF, con el fin de brindar al usuario un mejor servicio en la información requerida.	AC_NCMM_006
M9. Atención al Ciudadano	02.Oportunidad de Mejora	Realizar seguimiento adicional de las metas 514, 264, 209, 261, las cuales se evidencia un rezago en la ejecución financiera para evitar la posible materialización del riesgo	PDS_ELRM_049 SAGA FINANCIERO 2 PARTEPDS_ELRM_050 SAGA FINANCIEROSISTEMA APLICATIVO SAGA

CONDICIÓN: De un universo de 1.333 contratos de las vigencias 2018 y 2019 de la Secretaría de Salud, se tomó una muestra aleatoria de 40 contratos, los cuales fueron objeto de auditoría bajo el criterio de publicación en el Secop de las etapas pre contractual, contractual y pos contractual, evidenciando lo siguiente:

- SS-CD-005 2018: El contrato no evidencia la publicación de acta de inicio, los informes de supervisión de la ejecución del contrato, ni acta de liquidación teniendo en cuenta que tenía como fecha máxima para este proceso el 30 de abril 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA- PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2018 o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra contados a partir de la firma del acta de inicio y del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización; y su vigencia será la misma del plazo de ejecución más cuatro meses
- SS-CD-010-2018: Para el estudio de este contrato, se analizó el contrato celebrado con la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA (SS-CDTI-300 DE 2018). El contrato no evidencia la totalidad de los informes de supervisión de acuerdo a lo estipulado en el contrato, de 5 informes solo se encuentran 3 publicados. Tampoco presenta acta de liquidación, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 26 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente contrato debe ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.
- SS-CD-034-2018: No se evidencian informes de supervisión para dicho contrato, tampoco se evidencia acta de liquidación del mismo, teniendo en cuenta su fecha máxima para liquidar era el 30 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente convenio deberá ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.
- SS-CS-182-2018: El contrato no evidencia la totalidad de los informes de supervisión, solo se encuentran 2 de los 8 informes de acuerdo a lo estipulado en el contrato. Así mismo, no se

<p>A3. Gestión Contractual</p>	<p>03.No Cumplimiento</p>	<p>evidencia acta de liquidación teniendo en cuenta que tenía como fecha máxima para este proceso el 29 de enero de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA SEPTIMA- PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del contrato será de 8 MESES, contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización; y su vigencia será la misma del plazo de ejecución más cuatro meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SS-CDCVI-448-2018: No se evidencian informes de supervisión para dicho contrato, así mismo, tampoco se evidencia el acta de liquidación del mismo, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 30 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente convenio deberá ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes. • SS-CD-505-2018: Según revisión en el Secop, no se evidencia acta de liquidación del contrato, teniendo en cuenta que tenía como fecha máxima para este proceso el 30 de abril de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA DECIMA CUARTA- LIQUIDACIÓN: Una vez terminado el presente convenio de desempeño, se procederá a su liquidación, dentro de los 4 meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del convenio o a la expedición del acto administrativo que ordene su terminación. • SS-CDCTI-584-2018, SS-CDCTI-610-2018, SS-CDCTI-612-2018, SS-CDCTI-614-2018, SS-SAMC-011-2018, Para los presentes contratos, según revisión en el Secop, no se evidencia acta de liquidación del contrato, de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA- LIQUIDACIÓN: El presente contrato deberá ser liquidado dentro de los 4 meses siguientes a su terminación de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes. • SS-SAMC-006-2018: No se evidencian los correspondientes informes de supervisión. Así mismo, según revisión en el Secop, no se evidencia el acta de liquidación del contrato, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 30 de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA SEPTIMA- PLAZO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA DEL CONTRATO: El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra contadas a partir de la firma del acta de inicio, previa aprobación de la garantía y del 	<p>Papel de trabajo con el análisis de cada uno de los contratos seleccionados en las publicaciones del Secop.</p> <p>GC_FACG_001 Análisis Contratación Salud</p>
--------------------------------	----------------------------------	--	---

		<p>cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y legalización, más las prórrogas realizadas que dan como fecha de culminación el 30 de agosto de 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SS-CM-003-2018: No se evidencian la totalidad de los informes de supervisión, de acuerdo a lo estipulado en el contrato, pues se encuentran publicados 3 de los 6 informes. Así mismo, no se evidencia acta de liquidación del contrato, teniendo en cuenta que su fecha máxima para liquidar era el 09 de septiembre de 2019 de acuerdo a las siguientes cláusulas del contrato: CLAUSULA DECIMA QUINTA- LIQUIDACIÓN: La liquidación del presente contrato se realizará de acuerdo a lo previsto en el artículo 60 de la ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la ley 1150 de 2007, dentro de los 4 meses siguientes al vencimiento del plazo de ejecución. • SS-CDCVI-443-2019: Se evidencian 1 de los 5 informes que deberían haber hasta el momento por parte del supervisor para el pago de las mensualidades. • SS-CDCVI-491-2019, SS-CD-493-2019, SS-CDCVI-497-2019, SS-CPS-525-2019, SS-CPS-582-2019, SS-CPS-610-2019, SS-CDCVI-630-2019, SS-CDCVI-632-2019, SS-CPS-639-2019, SS-CPS-640-2019, SS-574-2019, SS-CDCTI-198-2019: No se evidencian la totalidad de los informes que deberían estar cargados hasta el momento, teniendo en cuenta las cláusulas de supervisión y de forma de pago de cada uno de los contratos analizados. <p>Del total de los contratos auditados (40), 26, presentan incumplimientos de publicación en el Secop, representando el 65% de la muestra.</p> <p>CRITERIO: Artículo 2.1.1.2.1.7 y Artículo 2.1.1.2.1.8 del Decreto 1081 de 2015.</p> <p>Artículo 2.2.1.1.1.3.1 del Decreto 1082 de 2015</p> <p>CAUSA: Deficiencias en las actividades de publicación de contratación en el secop, desarrolladas en la Secretaría de Salud.</p> <p>CONSECUENCIA: Materialización del riesgo de fallas en publicidad de procesos contractuales, baja transparencia en la contratación de la Secretaría de Salud.</p> <p>SE MANTIENE No se presentó Objeción</p>	
--	--	--	--

<p>A9. Gestión Documental</p>	<p>03.No Cumplimiento</p>	<p>CONDICIÓN: En la secretaria de Salud, Despacho del Secretario, se revisó selectivamente el uso de la hoja de control código A- GD- FR - 015 del 24/08/2017, y no se encontró diligenciada de manera adecuada como consta en el contrato SS-CPS-524 de 2018, presenta hoja de control pero no se diligencia el encabezado respecto a dependencia serie subserie y la relación de folios descrita no corresponde con los tipos documentales archivados al interior de la carpeta; por ejemplo a folio 76 reposa certificado de disponibilidad presupuestal pero se relaciona en la hoja de control examen precontractual ; a folio 62 reposa archivada la minuta del contrato, pero en la hoja de control no aparece relacionada y en el expediente contractual SS-CPS-534 de 2018, no presenta implementada la hoja de control. CRITERIO: Circular interna número 32 del 30/08/2017, emanada por la Secretaría General CAUSA: Debilidades en la aplicación de los lineamientos emitidos por el líder del proceso de Gestión Documental. CONSECUENCIA: Reprocesos para recuperación de documentos.</p> <p>SE MANTIENE No se presentó Objeción</p>	<p>GD_MDB_002_ContratoSS-CPS-524 de 2018 - contrato SS-CPS-534 de 2018</p>
<p>M9. Atención al Ciudadano</p>	<p>03.No Cumplimiento</p>	<p>CONDICIÓN: En la muestra seleccionada se evidencia que en la ruta PQRSDF, las siguientes presentan tiempos de respuesta superiores a lo establecido: - 2018164784: Radicada en la página web el 16/10/2018 con respuesta del 08/11/2018. Tiempo de respuesta: 17 días. - 2018200216: Radicada el 13/12/2018 con respuesta del 23/01/2019. Tiempo de respuesta: 29 días - 2018140765: Radicada el 11/09/2018. Presenta respuesta 03/10/2018. Tiempo de respuesta de 16 días. -2018204984: Radicada el 21/12/2018. Presenta respuesta en la Herramienta MERCURIO del 15/03/2019. Tiempo de respuesta: 60 días. - 2018169562: Radicada el 24/10/2018, presenta fecha de respuesta 27/11/2018. Tiempo de respuesta: 24 días. Adicionalmente, no se evidencia respuesta en las siguientes PQRSDF: - 2018126721: Radicada el 22/08/2018 - 2018184850: Radicada el 19/11/2018 - 2018122689: Radicada el 14/08/2018 - 2018176938: Radicada el 06/11/2018 CRITERIO: Ley No. 1755 de 2015, se define según el artículo 14 Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones, que toda</p>	<p>AC_NCMM_004</p>

		<p>petición realizada a la entidad deberá ser resuelta dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. CAUSA: No se da cumplimiento a los tiempo de respuesta establecidos y se llevan a cabo radicaciones en ruta que no corresponde a la de PQRSD. CONSECUENCIA: Incumplimiento de la Normatividad</p> <p>SE MANTIENE Una vez efectuada la trazabilidad a los Documentos mercurio mencionados, se evidencia incumplimiento de la normatividad establecida para resolver las distintas modalidades de peticiones.</p> <p>Adicionalmente, El auditado acepta el incumplimiento de la normatividad manifestando no poder hacer gestión ni seguimiento, así: "En cuanto a las radicaciones 2018126721,2018184850, 2018122689 y 2018176938 Radicadas por el CIAC en ruta 260, responsable de esta Distribución la Dirección Administrativa y Financiera por lo cual la oficina de participación no les pudo hacer gestión ni seguimiento".</p>	
		<p>CONDICIÓN: La herramienta Mercurio Consolida la radicación de PQRSD, evidenciándose que en la ruta, 260-Comunicaciones, se lleva a cabo radicación de PQRSD, permitiendo evacuar el documento sin respuesta, así: - 2018126721: Radicada el 22/08/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin proyectar respuesta. - 2018184850: Radicada el 19/11/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO presenta como Referencia: Derecho de Petición Ibagué Gobernación del Tolima. En el paso 2 es evacuada respuesta. - 2018122689: Radicada el 14/08/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO presenta como Referencia: Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin respuesta. - 2018176938: Radicada el 06/11/2018 en la ruta 260 en la Herramienta MERCURIO con Referencia: Respuesta Derecho de Petición. En el paso 2, es evacuada sin respuesta. CRITERIO: Ley No. 1755 de 2015, se define según el artículo 14 Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones, que toda petición realizada a la entidad deberá ser resuelta</p>	

<p>M9. Atención al Ciudadano</p>	<p>03.No Cumplimiento</p>	<p>dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. CAUSA: Falta control en la clasificación adecuada de PQRSD. El Procedimiento M-AC-PR-001ADMINISTRACIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES Y SUGERENCIAS- 4. GENERALIDADES Y O POLITICAS DE OPERACIÓN. Segundo Párrafo Numeral 4.6 establece que:"Las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones se deberán resolver y hacer llegar al ciudadano, dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente, a partir de la fecha de radicación por parte del usuario. Cuando no fuere posible resolver o contestar la queja o reclamo en dicho plazo, el profesional encargado en cada dependencia, deberá informar así al usuario, expresando los motivos de la demora y señalando a la vez la fecha en que se resolverá o dará la respuesta" CONSECUENCIA: Incumplimiento de la Normatividad.</p> <p>SE MANTIENE El auditado acepta el incumplimiento de la normatividad manifestando no poder hacer gestión ni seguimiento, así: "En cuanto a las radicaciones 2018126721,2018184850, 2018122689 y 2018176938 Radicadas por el CIAC en ruta 260, responsable de esta Distribución la Dirección Administrativa y Financiera por lo cual la oficina de participación no les pudo hacer gestión ni seguimiento".</p>	<p>AC_NCMM_005</p>
<p>A9. Gestión Documental</p>	<p>04.Observación</p>	<p>CONDICIÓN: Se revisó el archivo de gestión de la Secretaría de Salud, Dirección de Salud Pública, y se evidencia que la entidad no tiene diligenciado en su totalidad el Inventario único Documental de la producción documental correspondiente a los años 2018 y 2019 de la serie documental DERECHOS DE PETICIÓN; selectivamente se aprecia en la muestra documental,solicitud de fecha 04 de septiembre de 2018 con radicado mercurio 2018135715, remitido por el Ministerio de Salud y requerimiento del 03/01/2019 radicado con el mercurio 2019000515 remitido por el Ministerio de Salud Pública, que reposan archivadas carpeta descrita con el código 262 132 fondo SECRETARIA DE SALUD subfondo DIRECCIÓN SALUD PÚBLICA serie DERECHOS DE PETICIÓN, pero no se encuentran registrados en el FUID de los años antes mencionados. CRITERIO: Artículo 26 de la Ley 594 de 2000 Artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 1080 de 2015 CAUSA: No hay continuidad en los procesos de gestión documental y por ende incumplimetonormativo y de los procedimientos y lineamientos impartidos por el líder del proceso. CONSECUENCIA: Desorden en la documentación producida. Hallazgos por parte de los entes de control y</p>	<p>GD_MDB_003_correo electronico de fecha 03 de septiembre de 2019, Correo electrónico de fecha 04 de septiembre de 2019,Correo electrónico de fecha 09 de septiembre de 2019, Correo electrónico de fecha 10 de septiembre de 2019. carpeta de la serie DERECHOS DE PETICIÓN con fecha inicial de fecha 04 de septiembre de 2019 con tentativa de de los requerimientos de fecha de radicación 04 de septiembre de 2018 y del 03 de enero de 2019</p>

		rectores en materia archivística SE MANTIENE No se presentó Objeción	
A9. Gestión Documental	04.Observación	CONDICIÓN: En la Secretaría de Salud, selectivamente se verificó las transferencias primarias de la serie documental CONTRATOS Y CONVENIOS, de la vigencia 2013, con tiempo de retención de 4 años y se observa que no se han realizado. CAUSA: Debilidades en la continuidad de la aplicación de los procedimientos del proceso de Gestión Documental, y en la sujeción de las normas de carácter archivístico. CRITERIO: Resolución Departamental 417 de 2012 CONSECUENCIAS: Incumplimientos de tipo Normativo Repesamiento de documentación en el archivo de Gestión Desorganización administrativa SE MANTIENE No se presentó Objeción	GD_MDB_003_correo electrónico de fecha 23 de septiembre de 2019, ACTAS , subserie Actas de Reunión y Coordinación con el Comité de urgencias carpeta uno caja 1 carpeta 4 con fecha de inicio 05/01/2017 y fecha final 26/12/2017, correo electrónico de fecha 19 de septiembre de 2019, contrato interadministrativo No. 641 de 24/06/2015, correo electrónico de fecha 06 de septiembre de 2019.


4. CONCLUSIONES

El desarrollo de esta auditoría permitió evidenciar a través de la muestra seleccionada una dinámica de mejora continua de la dependencia mediante acciones de autogestión que fortalecen los procesos internos, la articulación de proyectos y programas institucionales.


Se encontraron avances significativos, el fortalecimiento en la gestión del personal, estableciendo estrategias de comunicación, socialización y mejoras que facilitan el trabajo en equipo y el conocimiento del que hacer de los funcionarios.

Las debilidades encontradas frente al uso adecuado de la documentación y el control de los registros, debilidades frente a la Política de Gestión del Conocimiento auditados, requiere el fortalecimiento mediante acciones de sensibilización y capacitación, por parte de los líderes de política y auditado.

5. EQUIPO AUDITOR




Ramiro de Jesús Rodríguez Jiménez
Auditor



Edwin Leonardo Reyes Manjares
Auditor



Angela María Torres Suárez
Auditora



Mario Daniel Barbosa Rodríguez
Auditor



Mauricio Galeano Povea
Auditor



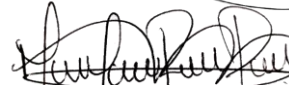
Flor Ángela Cepeda Galindo
Auditora



Fanny Sabogal Agudelo
Auditora



Yody Magnolia García Mejía
Auditora



María Fernanda Rodríguez Pineda
Acompañante



Nilce Carolina Medina Medina
Auditora



Yoana Marcela Aguirre Torres
Jefe de Oficina de Control Interno

29 de Octubre de 2019