



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>OFICINA DE CONTROL INTERNO<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME AUDITORÍA SIG<br/>CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.3</p> | <p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T.<br/>Revisado por: Emiro José García P.<br/>Aprobado por: Emiro José García P.</p> |  |
|--|--|--|---|

Proceso, Proyecto, Plan de Desarrollo y/o POA: Control Disciplinario

Líder y/o Responsable del Proceso, Proyecto y/o Plan o POA: Yilda Ponce Yanci

Auditor Líder: Doris Pelaez Arbelaez

Auditor (es): Rafael Lopez Forero

Fecha de Ejecución Auditoría: 29/08/2017 al 13/09/2017

**ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA**

OBJETIVO: Verificar el mantenimiento y mejora continua del proceso Control Disciplinario en Cumplimiento de la Norma NTC-GP-1000:2009

ALCANCE: Verificar el cumplimiento de la norma de Calidad NTC-GP-1000:2009 en el Proceso de Control Disciplinario correspondiente al período comprendido entre *Junio 2016-Abril 2017*. Requisitos mínimos de la NTCGP 1000:2009: 4.1 Requisitos Generales. 4.2 Gestión Documental. 4.2.1 Generalidades. 4.2.3 Control de documentos. 4.2.4 Control de los Registros. 5. Responsabilidad de la Dirección. 5.1 Compromisos de la Dirección. 5.2 Enfoque al Cliente. 5.4 Planificación. 5.5.3 Comunicación Interna. 5.6 Revisión por la Dirección. 8. Medición Análisis y Mejora. 8.1. Generalidades Medición, Análisis y Mejora. 8.2 Seguimiento y Medición. 8.2.1. Satisfacción del cliente. 8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos. 8.3 Control de Producto y/o servicio no conforme. 8.4 Análisis de datos. 8.5 Mejora. 8.5.1. Mejora Continua. 8.5.2 Acción correctiva. 8.5.3 Acción Preventiva, temas generales y temas adicionales que surjan del proceso de auditoría correspondiente al período comprendido entre Junio 2016-Abril 2017.

CRITERIOS: Norma Técnica de Calidad NTC-GP-1000:2009: NC-ISO-9001:2008, Procedimientos obligatorios de la norma y los documentados del proceso.

LIMITACIONES: Ninguna

METODOLOGÍA UTILIZADA:

1. Anuncio de la Auditoría
2. Presentación Plan de Auditoría.
3. Solicitud de Información.
4. Verificación (in – situ).
5. Traslado y/o Conciliación de informe preliminar de Auditoría.
6. Presentación de Informe Final a la oficina de Control interno.

| NUMERAL DE LA NTCGP 1000:2009 | DESCRIPCIÓN<br>(Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).   | CONFORME | NO CONFORME | OPORTUNIDAD DE MEJORA |
|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------------|
| 4.1                           | Se evidencia la socialización entre los funcionarios de los procedimientos, caracterización del proceso, riesgos, recursos, metas y de la utilización de formatos contemplados en el procedimiento. Se ha solicitado a la Subsecretaría Corporativa adelantar las gestiones para realizar las adecuaciones a que haya lugar para la implementación del procedimiento verbal. A la fecha solo se lleva a cabo el procedimiento ordinario, aunque se encuentra publicado en ISOLUCION no se ha actualizado, presenta versión del año 2014. El procedimiento Verbal, a pesar de que la norma es del año 2002 (Ley 734 de 2002), no se ha implementado, por requerir de una infraestructura especial para la toma de declaraciones. |          |             | X                     |
| 4.1                           | Se evidencia gestión ante Planeación Institucional y Calidad para la respectiva actualización del procedimiento ya que la última actualización fue en el mes de febrero de 2014.  |          |             | X                     |
| 4.1                           | La Oficina tiene identificados los riesgos asociados al proceso, los monitorea y realiza autoevaluación de los mismos. Se revisa informe de autoevaluación de riesgos, en el cual se plasma que no se materializó ningún riesgo.  | X        |             |                       |
| 4.1                           | Con relación a la interacción de la oficina de Control Disciplinario con otras dependencias de la SDS como son estratégicos, misionales y de apoyo, se evidencia que interactúan con la Dirección de Gestión de Talento Humano para el desarrollo de los procesos de capacitación programados para el año. La interacción con otros procesos se realiza a través de las capacitaciones que organiza la Oficina de Asuntos Disciplinarios.   | X        |             |                       |
| 4.1                           | Revisado el procedimiento ordinario, los tiempos estipulados en el procedimiento para la recepción, reparto, trámite y respuesta a las solicitudes que ingresan a la oficina, están acorde con lo estipulado en el procedimiento. Se observa seguimiento realizado a este punto, mediante harreamiento en excel.  | X        |             |                       |



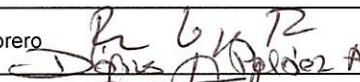

|             |  |   |  |   |
|-------------|--|---|--|---|
| 4.1         | Se observa relación entre el número de profesionales que laboran en dicha oficina con el espacio físico asignado y el número de computadores existentes. Cuentan de manera adecuada con la asignación de recursos humanos, físicos y financieros para el desarrollo de los procesos. Se recomienda actualizar dicha información en la herramienta ISOLUCION y en la caracterización del proceso. |   |  | X |
| 4.2.1       | El Proceso de control de la documentación delegada a terceros, se realiza mediante comunicaciones escritas y seguimiento realizado a través de matriz en excel. Es de aclarar, según información dada en la auditoría, que solo la Personería puede solicitar expedientes.   | X |  |   |
| 4.2.1       | Revisadas algunas carpetas de expedientes y archivo en general, se evidencia que los formatos, documentación y registros anexos al procedimiento son utilizados adecuadamente.   | X |  |   |
| 4.2.4       | Revisada la organización de documentos y expedientes, estos cumplen con el procedimiento de control de riesgos, en cuanto a identificación, almacenamiento, protección y tiempos de retención acordes con lo especificado en la tabla de control documental.   | X |  |   |
| 5.1-5.6     | La revisión por la Alta Dirección está en proceso para ser remitida a Planeación Institucional y Calidad durante el mes de septiembre del presente año. Se cuenta con los recursos asignados para el mantenimiento del SGC ya que se evidencian acciones de mantenimiento y personal que se encarga de estas funciones.  | X |  |   |
| 5.2         | Las necesidades y expectativas del cliente son identificadas a través de las encuestas de satisfacción y de los procesos de capacitación. Revisado el estudio de satisfacción del primer trimestre de 2017, no se evidenciaron sugerencias ni peticiones por el cliente externo que ameriten realización de plan de mejoramiento.  | X |  |   |
| 5.3         | La política de calidad y de operación están orientadas al seguimiento permanente de los términos de los procesos disciplinarios para prevenir caducidades y promover la disciplina preventiva para fortalecer y mejorar el desarrollo institucional. Última actualización en el año 2016.  | X |  |   |
| 5.5.3       | La oficina de Control Disciplinario contempla en su POA 5 metas reportadas de manera trimestral y mensual por el mecanismo del Segplan. A la fecha ha dado cumplimiento a las mismas.  | X |  |   |
| 8.2.1       | Los mecanismos utilizados por la oficina para recopilar y analizar información del cliente, se realiza a través de aplicación de encuestas de satisfacción. Revisado el estudio del primer trimestre de 2017, no se evidenciaron sugerencias o situaciones que conllevaran a levantar plan de mejoramiento.  | X |  |   |
| 8.2.1       | El monitoreo y seguimiento a las quejas y reclamos de los clientes del proceso, se realiza de manera manual a través de una herramienta en excel que permite identificar los vencimientos y tiempos de respuesta adecuados. Revisado el sistema de quejas y soluciones Distrital, se evidenció que no existen retrasos en el tratamiento de las quejas.  | X |  |   |
| 8.2.3       | Los indicadores, la mediación de los mismos y el seguimiento se realiza a través del reporte del POA de manera trimestral y del Segplan de manera mensual. Revisado el POA del segundo trimestre de 2017 de evidencia cumplimiento.  | X |  |   |
| 8.5.1-8.5.2 | El proceso tiene identificado los riesgos, los cuales son monitoreados dando cumplimiento a los tiempos señalados en el procedimiento.   | X |  |   |
| 8.5.1-8.5.2 | la oficina cuenta con el respectivo estudio de autoevaluación de riesgos, de conformidad con el procedimiento. Dicho estudio no arroja necesidad de levantar plan de mejoramiento.   | X |  |   |
| z           | Para el cumplimiento de la gestión la Oficina establece los seguimientos periódicos por lo que no se han materializado los riesgos. Las sugerencias de los clientes del proceso obtenidas a través de las capacitaciones, son tenidas en cuenta para el mejoramiento del mismo.  | X |  |   |

**CONCLUSIONES**

**(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).**

El referente asignado por la oficina para el tema de calidad, muestra pleno conocimiento del tema y disposición al ejercicio de la auditoría. Los profesionales muestran conocimiento y manejo del procedimiento y uso de la herramienta ISOLUCION. Es indispensable la actualización del procedimiento y la implementación del proceso disciplinario verbal.

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:** Doris Pelaez Arbelaez / Rafael Lopez Forero

**NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:** Emiro José García Palencia