

NUMERAL DE LA NTCGP 1000:2009	DESCRIPCIÓN (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 socialización del nuevo mapa de procesos a los profesionales, por parte de las referentes de calidad de la Dirección, se evidencia la presentación con el contenido de Mapa de Procesos y el organigrama así como actas de reuniones realizadas los días 14 de enero, 15 febrero, 24 de mayo, 14 de diciembre de 2016, así como las actas del 22 de febrero, 30 de marzo y 25 de abril de 2017.	X		
4.1	Se encuentra que el proceso de IVC planifica sus actividades a través del Plan Operativo Anual y SEGPLAN de los Proyectos 1192 de 2016 y 7523/17 (formulado a partir de mayo del 2017, proyecto específico para la Dirección), con una asignación presupuestal para el desarrollo de las actividades propias del proceso, evidenciándose que el talento humano y los recursos son insuficientes para el desarrollo de las actividades propias de la Dirección y para el cumplimiento de la normatividad vigente, sin embargo la Dirección ha realizado trámite ante Talento Humano solicitando un nuevo estudio de cargas laborales y solicitando la contratación de personal adicional para dar cumplimiento, con las funciones propias de la Dirección sin contar a la fecha con el personal necesario para el cumplimiento de las metas, actividades y requerimientos normativos propios de las funciones de la Dirección.		X	
4.1	Se evidencia la existencia de interacción del proceso de Inspección Vigilancia y Control con otros procesos como la articulación con Salud Pública, dado que dentro del Proyecto de Inversión 1192/16 se comparte algunos aspectos (estratégicos, misionales, y de apoyo de la SDS).	X		

**OBJETIVO:** Verificar el cumplimiento de la norma de Calidad NTC-GP-1000:2009 en el Proceso de Inspección Vigilancia y Control, 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 Inspección Vigilancia y Control, correspondiente al periodo comprendido entre junio 2016-Abril 2017. Requisitos mínimos de 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, 6. Gestión de los recursos, 6.1 Provisión de Recursos, 6.2 Talento Humano, 6.3 Infraestructura, 6.6 Ambiente de trabajo 6.2 Planificación del diseño y desarrollo, 7. Realización del producto o prestación del servicio, 7.1 Planificación del producto, 7.2 Procesos relacionados con el Cliente, 7.3.1 Planificación del Diseño y Desarrollo 7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo, 7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo, 7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo, 7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo, 7.3.6 Validación del diseño y desarrollo, 7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo, 7.5 Producción y prestación del Servicio, 7.5.1 Control y Producción de la Prestación del Servicio, 7.5.2 Validación de la producción Prestación del Servicio, 7.5.3 Identificación de la Trazabilidad del Producto y del Servicio, 7.5.4 Control de los equipos de seguimiento y medición, 8. Medición Análisis y Mejora: 8.1 Generalidades Medición, Análisis y Mejora, 8.2 Seguimiento y Medición, 8.2.1 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

**CRITERIOS:** Norma Técnica de Calidad NTC-GP-1000:2009; NTCGP 1000:2009; Procedimientos obligatorios de la norma y los documentados por cada proceso. Normatividad Vigente: Decreto 0780 de 2016 Artículos 2.5.1, 3.1, Resolución 2003 de 2014, Resolución 3678 de 2014-Resolución 0226 de 2015- Normatividad relevante entre otras y procedimientos de IVYC: SDS-IVC-PR-001 Verificación del Sistema Único de Habilitación; SDS-IVC-PR-002 Investigaciones Administrativas en Salud; SDS-IVC-PR-06 Licenciamiento de equipos materiales y fuentes emisoras de radiaciones ionizantes.

**LIMITACIONES:** El desarrollo de obligaciones laborales y contractuales así como y compromisos diferentes a la auditoría, propios del que hacer del grupo auditor, que se cruzaron con las vistas de campo de la auditoría, afectando la ejecución del cronograma de ésta.

**METODOLOGIA UTILIZADA:** Dentro de la auditoría se realiza verificación del cumplimiento de los numerales de la NTCGP 1000:2009, que le aplican al proceso Inspección Vigilancia y Control, aplicándose listas de verificación, vistas de campo, revisión documental, interactuando con referentes que participan en los procedimientos de dicho proceso.

**ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA**



Fecha de Ejecución Auditoría: del 15 al 25 de agosto 2017

Auditor (es): Tamara Vanin Nieto

Auditor Líder: Sumira Barrera Chaparro

Líder y/o Responsable del Proceso, Proyecto y/o Plan o POA: Dra. Rosmira Mosquera Padilla

Proceso, Proyecto, Plan de Desarrollo y/o POA: Dirección de Calidad de Servicios de Salud

	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García P. Aprobado por: Emiro José García P.	
OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME AUDITORIA SIG CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.3		



<p>Se aprecia que por circunstancias externas de la Subdirección no se ha podido ejecutar la planificación real del Talento Humano, y esto ha implicado un retraso en la ejecución de las actividades programadas, especialmente las visitas de campo de las comisiones para los hospitales de la red; desde el año 2016 hubo un gran recorte del número contratistas pues deberían tener 229 personas para cumplir todas las actividades y actualmente cuentan con 106, teniendo un déficit de 123 personas; de estos faltantes ya se tiene el recurso para 26 personas más y se está tramitando los traslados de otros proyectos para cubrir el talento humano necesario. Adicionalmente se evidenció que el hallazgo No. 28 de la Auditoría de SUPERSALUD efectuada en 2016 el cual trata de que SDS no cumplió con el Plan de visitas de Verificación,.... incumpliendo presuntamente con Art 19 y 21 de Dec. 1011/06 y Art 14 Resol 2023/14"...., cuya acción de mejora fue planteada: "Aumentar el número de comisiones destinadas para visitas de verificación programadas en el plan de visitas enviado a Super Salud " .... For lo anterior se evidencia que no hay una adecuada planeación y disponibilidad de los recursos para el cumplimiento de las actividades trazadas y para el cumplimiento con lo definido en la normatividad vigente. Adicionalmente para el seguimiento a los Proyectos de Inversión 1192 y 7523 se evidenció que no hay trazabilidad para el seguimiento del Requisito 4.1</p>				<p>4.1</p>	<p>X</p>				
<p>Se verifica el control de procesos delegados a terceros en el tema relacionado con las investigaciones administrativas evidenciándose en el expediente No. 00723 cuyos hechos ocurrieron el 26/04/2014 y caducaban el 25/04/2017, al revisar el expediente se detectó que el abogado proyecto resolución sin ser está gestionada para su firma en términos para evitar la caducidad, al revisar la trazabilidad se encontró que el expediente fue devuelto el 27/04/2017 (ya caducado) y con pérdida de competencia, cuando se verifica la matriz de seguimiento de los expedientes repartidos a los abogados, se nos informa que el seguimiento estaba a cargo de un abogado junior. Lo anterior evidencia que no se asegura el control sobre los procesos entregados a terceros, incumpliendo el numeral 4.1 Nota 4</p>				<p>4.2</p>	<p>X</p>				
<p>Se verifican los formatos Publicados en ISOLUCION FT 334, FT 133 , FT132, FT201, FT261, FT005 encontrando correspondencia; en cuanto al Formato FT164 se encuentra que en visita de habilitación a la IPS BODY CENTER (14/03/2017), se aplicó el Formato FT164 V1 y que en ISOLUCION se encuentra el mismo formato pero V2, la dirección refiere con un volumen de estos formatos impresos y se están utilizando hasta agotarlos, para no desperdiciarlos. Adicionalmente se evidenciaron fallas en el diligenciamiento de los registros del acta de apertura y cierre COD SDS-IVC-FT-334 V.1 encontrándose: Que no estaba diligenciando el nombre y número de identidad de uno de los profesionales de la comisión que asistieron a la visita, adicionalmente en el formato COD SDS-IVC-FT-043 V.2, se evidencia espacios en blanco y sin cierre de los mismos pudiendo manipularse la información posterior.</p>				<p>4.2.3</p>	<p>X</p>				
<p>Los formatos utilizados para la gestión del proceso, son conforme a los publicados en ISOLUCION, se evidencia que la Dirección inició la actualización de la caracterización y de algunos de los procedimientos e instructivos en ISOLUCION según lo orientado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.</p>				<p>4.2.4</p>	<p>X</p>				
<p>Se verifico que se maneja la gestión documental acorde a lo establecido en la tabla de retención documental "TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL- Código: SDS-BYC-FT-004 -V.03, que demuestran el manejo de documentos (identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición final), se ha realizado la trasferecia documental cumpliendo con la normatividad vigente y con el numeral 4.2.4 de la NTGCP1000:2009.</p>				<p>5.1 y 5.2</p>	<p>X</p>				
<p>Se evidencia que el proceso de IVC cuenta con una talento humano de Planta y uno de contrato para el mantenimiento del SGC, adicionalmente se evidencia que en la página web de la SDS se cuenta con un link informativo para los trámites relacionados con el procedimiento de habilitación y para el licenciamiento de equipos de materiales y fuentes emisoras de radiaciones ionizantes, la alta Dirección realiza revisiones de las encuestas de satisfacción y percepción del cliente para la mejora de sus procesos, sin embargo no se aseguran los recursos necesarios para la contratación del talento humano y para algunos recursos de logística (transporte y celulares). Se evidencia que la Dirección ha escalado a la alta dirección la necesidad de Talento humano para dar cumplimiento con los requisitos del cliente y con la normatividad vigente.</p>				<p>5.5</p>	<p>X</p>				

28

5.2	X	Se evidencian informes de percepción y de satisfacción donde se recibe en general una buena calificación tanto de la percepción como de la satisfacción de los clientes externos, insumos utilizados para la planificación de sus actividades.	X		
6.1	X	En los proyectos 1192 y 7523 se evidencia el Plan Anual de Adquisiciones (Distribución de recursos) para el cumplimiento de las metas, actividades del Plan de Desarrollo Distrital y para el desarrollo de las competencias de la Dirección, sin embargo con los recursos asignados para cada proyecto, el talento humano no es suficiente de acuerdo al estudio de cargas de la entidad, encontrándose para la vigencia 2017 un déficit de 123 personas, adicionalmente no se ha ejecutado los recursos asignados para transporte ni para los celulares de las comisiones, se evidenció que la Dirección solicitó a la Dirección de Talento Humano un nuevo estudio de cargas laborales, pero hasta a fecha esto no se ha realizado, afectando así el cumplimiento de las actividades especialmente las visitas de Habilitación, las actuaciones administrativas entre otros, incumpliendo el numeral 6.1			X
6.1	X	Se evidencia que el presupuesto no se ejecuta en forma programada porque hay retrasos en el proceso precontractual y contractual, que afectan la ejecución (presupuestal y el cumplimiento con lo planificado en el plan de adquisiciones, proyecto 7523) sin evidenciarse ejecución del recurso asignado a transportes, ajustando el PAA, actualmente está en proceso de revisión por contratación, incumplimiento del numeral 6.1.			X
6.2	X	Se evidencia que en la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, Subdirección de Inspección Vigilancia y Control, se verifican los requisitos de idoneidad en la Contratación, así como se realizan procesos de inducción sobre (misión, visión, mapa de procesos, estructura organizacional, entre otros) a los colaboradores, adicionalmente se proveen espacios técnicos para homologación de criterios de verificación de estándares de habilitación, actualización de procedimientos, asesoría y asistencia técnica y lineamientos de la Dirección. Se evidencia seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales.	X		
6.4	X	Se evidencia organización de los equipos de trabajo, cuentan con la infraestructura básica y la logística, así como con los insumos para desarrollar las actividades de los procesos, equipos de computo, software, no obstante en algunas áreas hay aglomeración de archivos y en algunos casos presentando riesgo para la seguridad de la conservación de los documentos. La entidad debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.			X
7.3.1 y 7.3.2	X	Se evidencia la identificación de necesidades del cliente, normas y documentos técnicos base para la reformulación proyectos de inversión 1192 y 7523, así como para el desarrollo de las visitas de verificación de cumplimiento de los estándares de habilitación y normas complementarias, para la licencias de equipos, materiales y fuentes emisoras de radiaciones ionizantes que permitan la prestación de los servicios.	X		
7.3.1 y 7.3.5	X	Se evidencia la identificación de necesidades del cliente, normas y documentos técnicos base para la reformulación proyectos de inversión 1192 y 7523, así como para el desarrollo de las visitas de verificación de cumplimiento de los estándares de habilitación y normas complementarias, y para la expedición de las licencias de equipos, materiales y fuentes emisoras de radiaciones ionizantes, que permitan la prestación de los servicios. Se evidencia la identificación de los estándares de desarrollo de la visita, validación y cierre de visita. Para la expedición de las licencias de equipos, materiales y fuentes emisoras de radiaciones ionizantes, que permitan la prestación de los servicios, realizando verificación de la información según diseño y desarrollo del servicio, realizando verificación de la información según requisitos para los equipos y talento humano.	X		
8.1 y 8.2.3	X	El proceso de IVC cuenta con mecanismos de medición y seguimiento que permitan obtener información para la toma de acciones para la mejora del desempeño de su proceso como son (SEGPLAN y POA e informes de gestión interno), sin embargo no hay trazabilidad de la medición para evaluar el avance del cumplimiento de una forma integral a través de bases de datos unificadas que permita la visión global de la gestión y una mejor trazabilidad de la misma			X
8.2.1	X	Se encuentra evidencia objetiva de la aplicación de encuestas de satisfacción y de percepción del cliente con una calificación adecuada con relación al desempeño del proceso.	X		



8.3	Se verifica que el proceso de IVC hace seguimiento mensual a los productos no conformes, adicionalmente se evidencia que se realiza identificación y seguimiento a las no conformidades las cuales fueron cerradas.	X		
8.5.1	El proceso de IVC realiza mejora continua de sus procedimientos, mediantes el seguimiento de sus productos no conformes y la implementación de las correspondientes acciones de mejora.	X		
8.5.2	El proceso identifica las acciones correctivas y preventivas, y hace seguimiento a las no conformidades así como el cierre de las mismas; en el momento actual no hay acciones pendientes.	X		
8.5.3	Se evidencia que el proceso realizó seguimiento a los controles definidos en el Mapa de Riesgos sin embargo se evidencia la materialización de riesgos de caducidad de las investigaciones administrativas presentándose de 1048 investigaciones caducaron 91 lo que corresponde al 8,68% de caducidad de enero a abril del 2017, lo anterior evidencia que los controles no son efectivos y que se genera un alto riesgo para los usuarios al no concluirse las investigaciones administrativas perdiéndose la competencia por términos, adicionalmente para la entidad se generan unos gastos administrativos y de talento humano inversión que se pierde al no concluirse el proceso administrativo, se resalta la importancia de contar con talento humano con experiencia para el manejo de las investigaciones administrativas.		X	
8.5.3	Las acciones de mejoramiento para el cumplimiento y gestión de los riesgos NO son efectivas			X

**CONCLUSIONES:**

\*A pesar de la gestión desarrollada por la Dirección, esta NO cuenta con los recursos suficientes para desarrollar la gestión de la Dirección y dar cumplimiento a las metas y actividades trazadas, de acuerdo a la normatividad vigente, expresado por la ausencia de recurso humano, así como por la falta de transporte que asegure los desplazamientos de las comisiones de habilitación.

\*A pesar del monitoreo de los diferentes procedimientos no se evidencia la trazabilidad de los mismos, evidenciándose seguimientos fraccionados por carencia de un sistema de información integral.

\*Falta de Control documental que afecta el mantenimiento del sistema y la implementación adecuada del mismo.

\* En el año 2017 se evidenció un porcentaje de caducidades del 8% de las investigaciones administrativas, situación que afecta directamente al usuario y que genera gastos administrativos a la institución.

**ASPECTOS POSITIVOS:**

El líder del proceso demostró compromiso y liderazgo con su equipo directivo para facilitar el desarrollo de la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad.

Los servidores de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, demostraron disposición para la atención de la Auditoría y presentación de evidencias solicitadas por el grupo auditor.



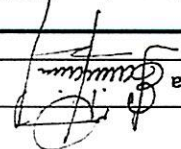
Se resalta el interés de la Directora por revisar sus procedimientos con el fin de realizar los ajustes necesarios en el marco de la nueva estructura organizacional y lineamientos de la Dirección de Planeación Institucional y de Calidad.

Se evidencia el compromiso del talento humano para el desarrollo de los proyectos de inversión y para la implementación de los procedimientos.

La Dirección de Calidad de Servicios de Salud cuenta con varios aplicativos del Sistema de Información disponibles para los diferentes procedimientos para consulta de los usuarios internos y algunos externos, incluso importante para informar a la ciudad de la gestión, lineamientos y avances del sector salud; no obstante se evidencia fallas de trazabilidad por no contar con un Sistema de Información Integrado, que permitiera visualizar todos los procedimientos de forma conjunta.

Se resalta la gestión adelantada por los colaboradores del proceso en proponer y poner en marcha herramientas para la sistematización de algunas de las etapas de los procedimientos, que permite categorizar y visualizar aspectos relevantes contribuyendo a las mejoras de los procedimientos en la entidad.

Los colaboradores quienes operaban los procedimientos auditados Verificación del Sistema Único de Habilidadación, Investigaciones Administrativas en Salud y Licenciamiento de equipos materiales y fuentes emisoras de radiaciones ionizantes, participaron activamente en la reunión general y en las reuniones específicas correspondientes al desarrollo de la Auditoría.

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LIDER:</b> Sulima Barrera Chaparro	
<b>Audiores de apoyo:</b> Tamara Vanin Nieto	
<b>NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b> Emiro Jose Garcia Palencia	

Se hace recomendación de actualizar los instructivos en ISOLUCION Se hace recomendación de actualizar los instructivos en ISOLUCION Hay un adole caracterización por lo cual se recomienda eliminarla de ISOLUCION