

| | | | |
|---|--|---|---|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME AUDITORÍA SIG CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.4</p> | <p>Elaborado por: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p> |  |
| <p>Proceso y/o Subsistema: Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento</p> | | | |
| <p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Calidad de Servicios de Salud</p> | | | |
| <p>Auditor Líder: Rocio Zabala Diaz</p> | | | |
| <p>Auditor (es): Milton Esguerra</p> | | | |
| <p>Fecha de Ejecución Auditoría: Junio 2018</p> | | | |
| <p>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</p> | | | |
| <p>OBJETIVO: Verificar la eficacia del Sistema de gestión de calidad, de acuerdo a la norma ISO 9001: 2015, enmarcado en la caracterización del proceso, procedimientos, Mapa de riesgos y actividades que ejecuta el proceso para dar cumplimiento a sus objetivos.</p> | | | |
| <p>ALCANCE: Desde: Verificación de cumplimiento de los objetivos del proceso, revisando su caracterización, procedimientos, mapa de riesgos, salidas no conformes, actividades de seguimiento, satisfacción de los usuarios, evaluación. Hasta: Revisión de las acciones de mejora que el proceso realiza para el mantenimiento de sistema de gestión de calidad en el marco del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) Periodo a evaluar: Mayo 2017 a Marzo 2018</p> | | | |
| <p>CRITERIOS: ISO 9001: 2015, Mapa de Riesgos, Procedimientos, Caracterización del proceso, Normatividad específica vigente y demás documentos que se consideren necesarios.</p> | | | |
| <p>LIMITACIONES: No se presentaron dificultades ni limitaciones durante la ejecución de la auditoría realizada al proceso.</p> | | | |
| <p>METODOLOGÍA UTILIZADA: Entrevista y verificación a través de muestreo aleatorio.</p> | | | |
| <p>NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015</p> | <p>DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).</p> | <p>CONFORME</p> | <p>NO CONFORME</p> |
| <p>4.1</p> | <p>COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO: El proceso tiene formulados e implementadas acciones de mejora en los planes de mejoramiento, producto autoevaluaciones de la gestión dentro del proceso.</p> | <p>X</p> | |
| <p>4.1</p> | <p>COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO: Se evidencio mapa de riesgos, con sus respectivos autoevaluaciones</p> | <p>X</p> | |
| <p>4.4.1</p> | <p>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS: Durante la auditoria se evidencio que el procedimiento ASISTENCIA TECNICA A USUARIOS Y/O PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL SDS-CSS-PR-008 se encuentra desactualizado; el formato cuadro de caracterización documental registros de activos de información SDS-CSS-FT057 encuentra obsoleto y se visualiza a la fecha en ISOLUCION.</p> | | <p>X</p> |
| <p>7.2</p> | <p>COMPETENCIA: Durante la auditoria se destaca la buena disposición del recurso humano y el desarrollo técnico de las actividades del proceso. Se nota el alto compromiso Institucional.</p> | <p>X</p> | |
| <p>7.3</p> | <p>TOMA DE CONCIENCIA: Se evidencia que en la Entidad realizan capacitaciones sobre el SIG y el recurso humano que integra el proceso lo conoce y lo implementa.</p> | <p>X</p> | |
| <p>7.5.3</p> | <p>CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA: El proceso cuenta con información documentada requerida y a la vez está disponible para su uso y protegida adecuadamente.</p> | <p>X</p> | |
| <p>8,1</p> | <p>PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL: Se evidencio que el proceso realiza una adecuada planificación en cuanto a la identificación, y registro de las necesidades del usuario.</p> | <p>X</p> | |
| <p>8.2.1</p> | <p>COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE: El proceso aplica encuestas, que permiten recopilar, analizar y utilizar información relacionada con la satisfacción del cliente.</p> | <p>X</p> | |
| <p>8.2.2</p> | <p>DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS: El proceso identifica las necesidades de los clientes, a través de documentos técnicos, marco normativo entre otros para la construcción de sus programas, planes de trabajo, planes de asistencia técnica.</p> | <p>X</p> | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8.5.1 - 8.5.2 | CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LA PROVISIÓN DEL SERVICIO-IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD: El proceso cuenta con hallazgos en el aplicativo ISOLUCION los cuales no se evidencia seguimientos de los mismos, con fechas ya vencidas; acciones 1348,1347,1346,1345. | | X |
| 8.5.3 | PROPIEDAD PERTENECIENTE A LOS CLIENTES O PROVEEDORES EXTERNOS: Existen acciones de mejoramiento para el cumplimiento de la gestión y control de los riesgos. | X | |
| 9.2 | AUDITORIA INTERNA: El proceso ha sido auditado de manera periódica, lo que permite conocer el estado de su sistema de gestión de calidad. | X | |
| OPORTUNIDADES (Acciones tomadas que conduce a: adopción de nuevas prácticas, utilización a nuevas tecnologías y/o otras posibilidades deseables y viables para abordar las necesidades de la Organización o las de sus clientes). ISO 9001:2015 | | | |
| Se evidencio formatos de encuestas de satisfacción sin codificar | | | |
| El proceso cuenta con poco personal para la asistencia técnica a usuarios y prestadores. | | | |
| CONCLUSIONES (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades). | | | |
| Durante la auditoria se destaca la buena disposición del recurso humano y el desarrollo técnico de las actividades del proceso. Se nota el alto compromiso Institucional. | | | |
| Frente al espacio físico, resulta imperativo que se proporcione una infraestructura acorde a las necesidades que demanda las asistencias técnicas a usuarios y prestadores, toda vez que su infraestructura es insuficiente teniendo en consideración las necesidades de la Entidad. | | | |
| Se evidenciaron formatos con espacios sin diligenciar; como actas y registros de asesorías con espacios en blanco. | | | |
| En términos generales se puede concluir que el proceso Calidad de Servicios de Salud cumple con la mayoría de los requisitos aplicables, teniendo en cuenta la se evidencias aportadas por el proceso durante la auditoria, se recomienda continuar con el monitoreo permanente al Sistema de Gestión de Calidad. | | | |
| Revisado gestor de calidad OCI: <i>H.V. 2017</i> | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER: | | FIRMA DEL AUDITOR LÍDER: | |
| Rocio Zabala Díaz | | <i>H.V. 2017</i> | |
| NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO: | | FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO: | |
| Olga Lucia Vargas Cobos | | <i>[Firma]</i> | |