

 <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.5</p>	<p>Elaborado por: Rocío Zabala Revisado por: Olga Lucía Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucía Vargas Cobos</p>	
<p>Proceso y/o Subsistema: Gestión en Salud Pública – Dirección Salud Colectiva y Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Amelia Rey Bonilla</p>			
<p>Auditor Líder: José Gregorio Bueno Hernández</p>			
<p>Auditor (es): N/A</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: 23 de Diciembre de 2019</p>			
<p style="text-align: center;">ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</p>			
<p>OBJETIVO: Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, de igual manera medir la capacidad del proceso para asegurar que la entidad cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión, determinando la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados y finalmente identificar las mejoras potenciales del proceso frente al sistema de gestión.</p>			
<p>ALCANCE: Desde: El contexto estratégico del proceso frente a la gestión de los riesgos asociados a su naturaleza operacional, la evaluación del desempeño, recursos de seguimiento, medición y controles operativos, gestión del conocimiento, liderazgo y la información documentada. Hasta: La autoevaluación y su mejoramiento continuo.</p>			
<p>CRITERIOS: Para el desarrollo de la Auditoría se tendrá en cuenta el marco normativo, los roles, responsabilidades y autoridad del proceso, el conjunto de procedimientos, políticas, controles orientados al cumplimiento del proceso, Control del Riesgo, Objetivos y metas que son de su competencia y la gestión operacional de los recursos asignados. ISO 9001 2015, ISO 19011 2018.</p>			
<p>LIMITACIONES: No se identificarán limitaciones.</p>			
<p>METODOLOGÍA UTILIZADA: Muestra selectiva y aleatoria.</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 - 4.2 - 4.3 - 4.4.1</p>	<p>Se revisó la matriz DOFA ubicada en la dirección WEB http://sdsisolucion/IsolucionCalidad/RiesgosDafp/frmCatalogoDofaDafp.aspx?IdDofa=MTAOMw==&ver=1, en donde el proceso registró los componentes de análisis para Salud Pública siendo contempladas las debilidades de proceso y su gestión para la vigencia. Se evidenció acta de reunión en donde el proceso recopiló y unificó criterios para su construcción y su trazabilidad durante la vigencia. De igual manera se evidenció la metodología de divulgación y seguimiento a las actividades realizadas por el proceso. Se evidenciaron actas sobre las reuniones realizadas por los Subsecretarios, Directores y coordinadores de los proyectos para realizar identificación de posibles inconvenientes. De igual manera se contemplan controles para el seguimiento y coordinación con las Subredes y sus gerentes, análisis y acciones que se toman frente al seguimiento. De igual manera seguimientos a las actividades del grupo, verificada en la carpeta de <u>reuniones de grupo</u>.</p>	<p>X</p>	
<p>5.1.1 - 5.1.2 - 5.2.1 - 5.2.2 - 5.3</p>	<p>En la aplicación de las entrevistas al equipo GESI y ASIS, se verificaron los componentes de liderazgo, roles, responsabilidad y autoridad, evidenciando que, la Dirección controla y administra las actividades y cuentan con las competencias para dirigir los recursos dentro del proceso. Las responsabilidades cuentan con la distribución apropiada y sus roles se cuentan definidos, teniendo claridad en la proporción de asignación de recursos y su diligencia para ejercer una autoridad adecuada. El personal de estos procesos a través de sus productos genera confianza y fiabilidad generando credibilidad en el usuario final, así como se denota en las publicaciones generadas por el ASIS. En términos generales se cuenta con un equipo competente en donde se cumple con los requisitos establecidos por el proceso a través de gestión de la información.</p>	<p>X</p>	

6.1 - 6.1.1 - 6.1.2 - 6.2 - 6.3	<p>Se evidencia en el "Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital" que se encuentra en construcción, la planificación de cambios, los cuales corresponden a la planificación de objetivos y su programación para lograrlos. Se evaluó la información relacionada con el instructivo ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD, > actividad > Realizar seguimiento-monitoreo de indicadores de eventos de interés en salud pública y los indicadores que complementen los análisis de información.> Registros > ESPECIALIZADO Informes Documentos , salidas de información de seguimiento de indicadores > actividad > Participar en la orientación de acciones para la toma de decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos del análisis de necesidades o problemáticas, así como de las acciones adelantadas > Boletines Documento de ASIS informes, en donde toda la información corresponde a la practica del cumplimiento del mismo de los siguientes documentos: Carpeta con las observaciones emitidas a Saludata: 08_aportes saludata, Artículo para BED: "Caracterización de los brotes de sarampión en Bogotá D.C. y lecciones aprendidas en las acciones de control" : archivo pdf: artículo sarampión 25102019, Artículo para BED: "Discapacidad en Bogotá: origen y barreras a partir del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad" archivo pdf: Discapacidad BED, Artículo para BED: "efecto de la migración interna y externa en las cobertura de vacunación de menores de cinco años en Bogotá en 2018" archivo word IMPACTO DE LA MIGRACION EN LA COBERTURA, Archivo word: METODOLOGIA ANALISIS PI_1186 FINAL SENT CRONICAS y archivo word: A2_Propuesta depuración sivigila CarMen18 . En la planificación se verifica la actividad > 1. Programar las actividades para el análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad –ACCVSE y las de diagnóstico pertinentes. (P). en donde se evidenciaron cronogramas de trabajo para cada uno de los temas que se relacionan con el tratamiento de la Salud Pública y sus</p>	X	
7.1.2 - 7.1.3 - 7.1.4	<p>Se evidencia que para la generación de información, el proceso aprovisiona el recurso necesario para realizar las actividades planteadas durante la vigencia, en la visita al área de ASIS y GESI, se verifico que el recurso humano es el óptimo, contemplando que las actividades de verificación se realizan en los tiempos requeridos y se da cumplimiento al procedimiento establecido para la generación de información. De igual manera el personal cuenta con herramientas tecnológicas, cuentan con las fuentes de información externas al proceso y demás información requerida para generar los informes requeridos; de acuerdo a esto se evidenció informes generados como lo son: Documento ASIS, mortalidad y vigilancia epidemiológica, Condiciones de calidad de vida. También se constató la aplicación de metodologías de análisis para la generación de informes como lo son los análisis de frecuencia. Se evidenciaron productos como lo son los boletines mensuales, artículos y desde el área de ASIS se genera producción intelectual la cual contribuye a la gestión del conocimiento de proceso y captación de conocimiento de sus profesionales.</p>	X	
7.2 - 7.3 - 7.4 - 7.5	<p>Durante la revisión de Los registros y de la documentación propia del proceso, se evidenció que el proceso aplica las buenas prácticas sobre la trazabilidad de la información documentada y cumplen con los requisitos de elaboración, diligenciamiento y aprobación. Aunque el proceso manejo muchos papeles de trabajo e instrumentos de apoyo a la gestión, todos se encuentran registrados como documentos de apoyo no controlados. El proceso realiza documentos denominados guías y manuales para la presentación de documentos por parte de las SUBREDES a la SDS y es revisada minuciosamente por los supervisores y diligentes encargados, tal como se evidencio en la entrevista al equipo GESI el día 15 de Enero de 2020. De igual manera se realizan mesas de trabajo para realizar mejoras y concientización al personal que trata los datos antes de remitir a la SDS, Actas de Reunión del 09 de Diciembre de 2019 y 07 de Enero de 2020. De igual manera se realizan revisiones por parte de la interventoría a la información reportada y se mantiene la comunicación continuamente</p>	X	

8.1 - 8.2	Dentro del proceso se verificaron los porcentajes de avance de las herramienta POA y SEGPLAN, las cuales contienen los controles operacionales y la medición de los mismos; de acuerdo a esto se pudo evidenciar varias reuniones de seguimiento, cronogramas internos de trabajo, documentos y producción de productos y aprovisionamiento de los servicios que presta de servicios a la ciudadanía, los cuales con tercerizados a través de los convenios celebrados con las subredes. Se verifican los guías metodológicas para realizar el seguimiento a las actividades operativas de los convenios, así como se evidencio en el SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DEL CONTRATO PSPIC CO1.PCCNTR 869205 de 2019 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. MARZO 2019 A ENERO 2020.	X	
9.1 - 9.1.2 - 10.2 - 10.3	Se mantiene el análisis de situación de salud, a través de diferentes procesos, como fue la articulación con los espacios y procesos transversales, el seguimiento a indicadores, así como el avance en la construcción de documentos para publicación en diferentes temáticas, esto evidenciado en Archivo en Excel: 01_Indicadores de salud ASIS - Distrital Octubre 2019. En el seguimiento, evaluación de las acciones de salud pública, por una parte, se realiza de manera permanente a la ejecución de las acciones e intervenciones colectivas en lo local, a través de los contratos PSPIC con las Subredes Integradas de servicios de Salud; a partir de esto se realizan adiciones, prorrogas y demás que sean necesarias para dar continuidad a los procesos que requieran mejoramiento. De igual manera se realizan actividades de seguimiento a través del POA y SEGPLAN, en los temas contractuales que desarrollan los procesos de salud colectiva y políticas. Se realiza la verificación de la mejora continua aplicada en el proceso y se solicita evidencia de la actividad > 4. Realimentar a los actores responsables de la implementación de las acciones en salud pública los resultados del proceso para la toma de decisiones y la reorientación de las acciones. (A). de la caracterización. En la mejora continua se realiza el proceso de compilación de información, el cual sirve para el proceso de planeación de la siguiente vigencia. Se solicita el informe de	X	
ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS (Es una parte integral para la administración del riesgo. Es un proceso iterativo de mejora continua con el fin de: 2 a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora. ISO 9001:2015			
N/A			
N/A			
CONCLUSIONES (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).			

El proceso muestra un alto índice de cumplimiento con lo establecido en la norma y cumple con los estándares internos establecidos por la entidad.

Se evidencia que el proceso se acoge de manera proactiva a los estándares descritos dentro de los procedimientos y documentos de trabajo.

Se evidencia un alto grado de cumplimiento con la supervisión de los procesos requeridos a través de los convenios y muestran ejecución, frente a las metas planteadas.

El equipo interdisciplinario muestra cohesión con los trabajos realizados, compromiso y profesionalismo frente a los productos que se generan desde las áreas. El proceso muestra aplicación de mejora continua en todos los procesos en los que interviene, contemplando que hacen seguimiento constante y generan documentación de apoyo posterior a cada evaluación mejorando constantemente los procesos que son intervenidos.

Se evidenció de manera positiva los controles aplicados al análisis de información captadas a través de los procesos de ejecución dentro de los convenios, que finalmente llegan a la ciudadanía y se observaron continuas correcciones a los datos suministrados, lo que refiere un buen sistema de control de calidad de la información y veracidad de los aportado para su posterior análisis.

Revisado gestor de calidad OCI:  _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
JOSÉ GREGORIO BUENO HERNÁNDEZ	
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:
OLGA LUCIA VARGAS COBOS	