
 <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: Rocio Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
Proceso y/o Subsistema: Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres			
Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: ANDRÉS JOSÉ ÁLVAREZ VILLEGAS			
Auditor Líder: José Gregorio Bueno Hernández			
Auditor (es): Oscar Hernando Rojas			
Fecha de Ejecución Auditoría: Septiembre 2020			
<b>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</b>			
OBJETIVO:			
<p>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</p>			
ALCANCE:			
<p>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.</p>			
Hasta: La autoevaluación y su mejoramiento continuo.			
CRITERIOS:			
<p>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.</p>			
LIMITACIONES:			
<p>Verificación de información en campo; se presentaron inconvenientes al momento de validar información directamente en la operatividad del proceso, por restricciones presentadas a causa de las medidas por COVID-19.</p>			
METODOLOGÍA UTILIZADA:			
<p>Se basó a partir del análisis de la información, allegada por el proceso auditado en el desarrollo de la gestión, durante el periodo estipulado en el plan de auditoría, así como las verificaciones de las mesas de trabajo y en el sitio que tengan lugar.</p>			
NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
4.1 Contexto de la organización	De acuerdo con la normatividad vigente, se verificaron las competencias que le asisten al proceso la cual define sus productos y/o servicios, a través de la caracterización conforme al Decreto Distrital 507 de 2013.	X	
4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	<p>Se evidenció que el proceso capta las necesidades y expectativas de sus interesados a través de la matriz de partes interesadas y se materializa en los documentos siguiente:</p> <p>Matriz de partes interesadas, en donde se refleja una actualización de fecha : 25/03/2020, con la identificación de sus interesados y los servicios prestados.</p> <p>En la revisión de la información aportada por parte del proceso, se encuentra una presentación &gt; PASE - Presentación TENSIONES_20_12_2019 (1).pptx, se aporta de igual manera un documento Word denominado DESCRIPCION ESTRATEGIA PASE que describe el objeto de su desarrollo y aplicación, finalmente se evidencia que el proceso participa de manera activa en el ejercicio de elaboración e identificación de sus partes interesadas.</p>	X	
4.4.1 La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar de forma continua el Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo los procesos necesarios y sus interacciones, en concordancia con los requisitos de esta Norma Internacional.	Se evidencia que el DUES tiene documentados sus procesos, procedimientos, recursos e interacciones en su sistema de gestión de calidad con la entidad, de acuerdo al esquema referenciado en el aplicativo ISOLUCION y el documento aportado por el proceso denominado > Pantallazos procedimientos.pdf, del anexo 1A ENTREGA. De igual manera se reflejan socializaciones de documentación propia del proceso, los cuales surtieron actualizaciones, tal como se refleja en los documentos "Documentos Radiocomunicaciones", "Instructivo regulación medica v14 - Outlook.pdf", los cuales son referenciado en las entregas.	X	

<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>5.1.2 Enfoque al cliente</p> <p>5.3 Roles, responsabilidad y autoridad</p>	<p>Se evidencia el ejercicio del liderazgo enfocado hacia la satisfacción de necesidades y expectativas de sus clientes internos, a través de la revisión por la dirección en el documento "2019 DEF DUES REVISION POR LA DIRECCION.xlsx", en donde de igual manera se define el liderazgo por parte de la Dirección de Urgencias Emergencias y Desastres, en la asignación de recursos y asignación de personal para la vigencia; cabe resaltar que el proceso aprovisionó y ejecutó los recursos para el tratamiento adecuado y atención del COVID-19.</p>	<p>X</p>	
<p>5.2.1, 5.2.2 Política de Calidad Desarrollo de la política de la calidad Comunicación de la política de la calidad</p>	<p>En la verificación de como se comunica e interioriza la política de calidad dentro del proceso, se verificó que a través del documento denominado "ICONTEC Cartilla DUES.pdf" (Agosto 2019) se realizó la divulgación de la información referente al funcionamiento del proceso a su interior, ubicación e información relevante del mismo. De igual manera se evidencia una presentación en donde se divulga información referente al funcionamiento operativo de la línea de emergencias 123. También se pudo evidenciar que el proceso junto con Planeación Institucional y de Calidad, listados de asistencia para la preparación de la auditoria de calidad.</p>	<p>X</p>	
<p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades</p> <p>6.1.1 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad</p> <p>6.1.2 La organización debe planificar Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades</p>	<p>En la verificación de la identificación de los riesgos frente al cumplimiento de los objetivos del Sistema de gestión de calidad y cuáles acciones planifica para su abordaje, el proceso realiza la identificación de riesgos por medio análisis de factores de Contexto Estratégico en el cual se analizan factores internos y externos frente a las debilidades y amenazas registradas en la matriz DOFA, pestal y ACI. También se evidencia la gestión del riesgo a través de las Autoevaluaciones semestrales, lo que permite establecer medidas con relación a la mitigación y gestión del riesgos lo que promueve la mejora del proceso.</p> <p>Se observa gestión en el aplicativo Solución de las acciones para abordar riesgos con sus respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento.</p> <p>Verificado en el aplicativo Solución se observa mapa de riesgos relacionado con al proceso Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres, que permite identificar las actividades sujetas al riesgo.</p>	<p>X</p>	
<p>6.2 Objetivos de calidad y planificación</p>	<p>En la verificación de cómo se establece el proceso sus objetivos de calidad y planifica la forma de lograrlos, se evidencia que el proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres gestiona actividades en búsqueda de la satisfacción de las necesidades de sus usuarios, por medio de la planificación de tareas y la asignación de recursos con seguimientos en las matrices POA para 2019 y POGD para 2020, lo cual que permite verificar el cumplimiento de las actividades prepuestas en el transcurso de cada vigencia.</p> <p>Con relación a los requisitos de calidad la dependencia desarrolla sus actividades basadas en el principio de mejora continua en marco del cumplimiento de requisitos legales, institucionales y del SIG (Sistema Integrado de Gestión).</p>	<p>X</p>	
<p>6.3 Planificación y control de cambios</p>	<p>En verificación de lo previsto en el análisis y cambios resultantes en la planificación y su sistema de gestión, en la validación de información aportada por el proceso se evidencia que se efectúan actualizaciones periódicas (Semestrales) a las Autoevaluación de Riesgos y Controles con reuniones de equipo, las cuales conllevan a la definición de controles, si es necesario a acciones de mejora con evaluaciones continuas del cumplimiento del objetivo del proceso y los objetivos estratégicos de la entidad, esta información se evidencia en los documentos de Autoevaluación de la vigencias 2019 y 2020 primer semestre.</p>	<p>X</p>	

<p>7.1.1 Generalidades requiere que una empresa determine de forma inicial, el proporcionar los recursos necesarios para establecer, implementar, mantener y mejorar de forma continua los Sistemas de Gestión de la Calidad.</p>	<p>Verificados los recursos específicos para las actividades de su portafolio y operación, se evidencia que el proceso cuenta con recursos financieros, los cuales se garantizan por medio de la formulación de proyectos para cada una de las vigencias con su respectiva aprobación en el Plan Anual de Adquisiciones de la entidad, en este caso se verifican los siguientes soportes:</p> <p>*Proyecto 1188 Vigencia 2019 y Vigencia 2020 *Proyecto 7835 Vigencia 2020</p> <p>Con referencia a recursos físicos se verifican informes de Vehículos SEM (Sistema de Emergencias) en el cual se observa que se realiza la verificación de los recursos necesarios para la prestación de servicios de ambulancias a nivel distrital.</p> <p>Se observa en la información verificada que el proceso cuenta con los recursos necesarios para poder mantener de modo continuo el Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p>X</p>	
<p>7.1.2 Recurso Humano requiere que la entidad cuente con el personal necesario para realizar un funcionamiento eficiente del Sistema de Gestión de la Calidad y el proceso con el fin de cumplir de forma constante con todos los requisitos legales y los reglamentos del cliente</p>	<p>En la verificación del personal necesario para desarrollar las actividades de su portafolio, el proceso cuenta con el recurso humano necesario para el funcionamiento eficiente del SIG y su respectiva operación, luego de verificación se evidencia que la Dirección de Urgencias y Emergencias actualmente cuenta con:</p> <p>*64 cargos provistos en planta *15 Contratistas - Subdirección de Gestión del Riesgo. *114 Contratistas Subdirección CRUE.</p> <p>Es importante mencionar que de manera extraordinaria, para la atención de los incidentes relacionados con eventos COVID19, se contrataron 352 personas.(Información con corte a agosto 2020).</p> <p>Se observa fortalecimiento de las cargas laborales con relación a los cambios presentados a causa de COVID- 19.</p>	<p>X</p>	
<p>7.1.3 Infraestructura requiere que se identifique, proporcione y mantenga la infraestructura necesaria para que los procesos operen con eficiencia</p>	<p>En la verificación de la infraestructura se cuenta con las áreas, equipos, transporte, tecnologías de información y comunicación necesarias para la operación y el control, las cuales permiten que sus funciones se desarrollen; en el recorrido de la primera visita se pudo evidenciar que para el funcionamiento operativo del proceso se destinan dentro del edificio de seis pisos, el segundo y el tercer piso, están destinados para la gestión de la SGRED, los pisos 4° y 5° se destinan para la operación de la Subdirección CRUE, en el 6° piso la Dirección y en el 7° piso se encuentra la sala de crisis y otros colaboradores administrativos y del grupo de sistemas de información. Adicional a esto se evidenció que la Dirección destinó recursos para la atención del COVID-19 y hasta la fecha se han ejecutado oportunamente.</p>	<p>X</p>	
<p>7.1.5 Medición para demostrar que los productos y servicios cumplen con todos los requisitos</p>	<p>En la verificación, validación y cumplimiento de los requisitos de los productos y servicios, no se puede determinar que se han definido los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos, incumpliendo con el numeral 7.1.5.1 Generalidades literal b) La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.</p>		<p>X</p>
<p>7.2 Competencia 7.3 Toma de conciencia 7.4 Comunicación 7.5 Información Documentada</p>	<p>De acuerdo a la validación de la idoneidad y competencia del personal a cargo y su compromiso con los objetivos de calidad de la organización el proceso manifiesta que <u>"a partir del perfil: especializado, profesional, tecnológico o técnico requerido, hoja de vida, experiencia, experticia, diálogo con el profesional, entre otros para la asignación del talento humano en una o más actividades de la Subdirección. Para la asignación en cada una de las actividades se tiene asignado talento humano de planta y contratista con el fin de dar el acompañamiento y orientación requerida. De acuerdo con su formación y competencias se asignan actividades para el fortalecimiento de los actores del Sistema de Emergencias Médicas o para dar cumplimiento a las actividades de la Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres como revisión bibliográfica, actualización de los contenidos temáticos de los cursos ofertados, construcción de documentos, presentaciones, los cuales son validados, ajustados y avalados en mesas de trabajo por el equipo asignado o por el Subdirector"</u>.</p> <p>En este proceso se pudo constatar que cumple con los requisitos descritos de acuerdo a lo consultado con la Gestión Contractual y</p>	<p>X</p>	

8.1 Planificación y control operacional	En la verificación y gestión del desarrollo de servicios ofrecidos por el proceso, se pudo evidenciar que los elementos fundamentales del desarrollo del proceso se ven reflejados en el SEGPLAN y el POA y POGD los cuales reflejan la operación y eficacia de los servicios ofrecidos por el proceso, esto contemplando también las mesas técnicas para la elaboración del informe semestral del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD) y que a través del Sistema Distrital de PQRS, los productos no conformes son tratados en los tiempos definidos.	X	
9.1.2 Satisfacción del cliente	Se evidenció que el proceso realiza el informe de percepción del cliente, en donde su calificación para el primer semestre de 2020, fue del 88.84%, obtenido como resultado, que no es necesario formular ninguna acción de mejora dando cumplimiento con el estándar establecido en los lineamientos institucionales.	X	
10.2 No conformidad y Acción correctiva 10.3 Mejora continua	En la acción para abordar el riesgo número 2091 se evidencia que la misma se encuentra vencida desde el 28 de febrero de 2020, aunque el proceso muestra gestión no se ha dado cumplimiento a lo establecido dentro del plan de mejoramiento, en la verificación de acciones de los procesos de evaluación realizados en vigencias pasadas, el proceso a respondido oportunamente y eficazmente.	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

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

Una vez realizada la auditoria, se evidencia que el proceso demuestra un alto cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001-2015.


El proceso durante la evaluación, demostró organización y oportunidad en la entrega de la información que refleja el orden y gestión de las actividades operativas y administrativas para el óptimo cumplimiento de sus objetivos.

Cabe resaltar que la administración de los recursos asignados, tiene una ejecución óptima y que el proceso, afrontó de manera eficaz los cambios generados por situaciones externas y fueron adaptados de manera oportuna dentro del proceso.

En la revisión documental, se identificaron actualizaciones en varios procedimientos, sin embargo, por la dinámica que el proceso debe surtir para el tratamiento de los riesgos presentes en la vigencia, se considera que aún contienen definiciones que deben ser actualizadas en algunos de ellos, por lo que se sugiere realizar una revisión detallada de la documentación y determinar las acciones pertinentes.

Revisado gestor de calidad OCI: 

MÓNICA MARCELA ULLOA MAZ

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