

 <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 Lucia Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
<p>Proceso y/o Subsistema: GESTION DEL TALENTO HUMANO</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: GIOVANNI ARTURO GONZALEZ ZAPATA</p>			
<p>Auditor Líder: FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ</p>			
<p>Auditor (es): N/A</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: 21 al 31 de Julio del 2020</p>			
<p>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 y determinar la eficacia del proceso. Evaluar el ciclo PHVA en cada una de las actividades del proceso.</p>			
<p>ALCANCE: Desde: El contexto estratégico, liderazgo, consecución de recursos, operación, seguimiento Hasta: la evaluación del desempeño y su mejoramiento continuo. Periodo a evaluar: junio de 2019 a junio de 2020</p>			
<p>CRITERIOS: Para el desarrollo de la Auditoría se tuvo en cuenta las normas técnicas : ISO9001:2015 e ISO19011:2018, así mismo el conjunto de procedimientos, políticas, controles orientados al cumplimiento del proceso, control a los riesgos, objetivos y metas que son de su competencia. Para ello se llevo a cabo un ejercicio metodológico basado en la lista de chequeo elaborada para este propósito.</p>			
<p>LIMITACIONES: La auditoria realizada fue 100% de manera remota, mediante video llamadas por el aplicativo corporativo TEAM. Todas las evidencias solicitadas no fueron proporcionadas y el ejercicio de verificación con mayor detalle o mayor profundidad no pudo ser realizado, debido a la poca disponibilidad del auditado.</p>			
<p>METODOLOGIA UTILIZADA: Entrevista basada en preguntas acorde a los criterios de lista de chequeo y muestreo aleatorio de evidencias para constatar.</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. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1.Comprension de la Organización y su contexto</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con la evidencia que permita comprobar que se han detectado en la organización todos los factores internos/externos que afectan al desempeño de la organización?</p> <p>Se evidencio que la matriz proporcionada de factores internos/externos de cara a la comprensión de la organización y su contexto, tiene fecha de creación del 2 de enero del 2018 y a la fecha no se tiene trazabilidad de actualización de la misma. Factores como: estratégicos, tecnológicos, de infraestructura, financieros no han sido identificados lo que podría afectar el desempeño del proceso ya que no están siendo tenidos en cuenta, Evidencia proporcionada en el siguiente link: http://sdsolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/RiesgosDafp/frmCatalogoDofaDafp.aspx?IdDofa=MTM=&ver=1</p> <p>NO CONFORMIDAD: Durante la auditoria se encontró que la matriz proporcionada de factores internos/externos, se encuentra desactualizada por cuanto la ultima fecha documento es del 2 de enero del 2018, así mismo consultando la matriz, se determina que factores de tipo: estratégicos, tecnológicos, de infraestructura, financieros no han sido identificados, con lo cual se puede afirmar que existe un incumplimiento con el requisito 4.1 Comprensión de la Organización y su contexto de la norma ISO9001:2015.</p>		<p>X</p>
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.2.Comprension de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que se han detectado todas las necesidades y expectativas de las partes interesadas que puedan afectar al desempeño del sistema de gestión?</p> <p>Se consulta la matriz definida proporcionada, la cual contiene todos los servicios que se presta hoy en día en la dependencia, así mismo mediante consulta se evidencia la relación de todas las partes interesadas tanto internas como externas que hacen uso de los servicios y define las necesidades y las expectativas de las partes interesadas. Evidencia proporcionada: ATRIZDENECESIDADES Y EXPECTATIVAS THO final.xlsx</p>	<p>X</p>	

<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>4.2.Comprension de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que se realiza el seguimiento y la revisión de la información relacionada con las partes interesadas y sus requisitos pertinentes?</p> <p>Se informa que se realiza seguimiento a la matriz de forma anual específicamente en el mes de enero por parte del referente de talento humano y los cambios son informados mediante correo al gestor de calidad. Para corroborar esta actividad, se solicito como evidencia el "correo" que soportara el envío de la matriz anual pero no fue proporcionado.</p> <p>Mediante consulta al documento se evidencia que el contenido de la matriz fue creado el 22 de Octubre del 2018, lo que permite demostrar que sobre la matriz no se ha realizado seguimiento y no ha sufrido actualización alguna desde esa fecha. Esta situación conlleva a un incumplimiento al requisito 4.2. Evidencia proporcionada: ATRIZDENECESIDADES Y EXPECTATIVASTHOfinal.xlsx</p> <p>NO CONFORMIDAD: Durante la auditoria se encontró que la matriz de necesidades y expectativas DOFA se encuentra desactualizada por cuanto la ultima fecha del documento fue el 22 de octubre del 2018, así mismo el seguimiento que aseguran se realiza de forma anual, no fue posible validarlo toda vez la información solicitada en varias oportunidades no fue proporcionada, no se presentaron registros o evidencia que permitiera demostrar el seguimiento y actualización, con lo cual se puede afirmar que existe un incumplimiento con el requisito 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas de la norma ISO9001:2015</p>		X
<p>4.4 SGC y sus procesos</p> <p>4.4.1. literal H (mejorar los procesos y el SGC)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia tratamiento adecuado a las quejas o reclamos frente a los servicios ofrecidos?</p> <p>no existe un procedimiento documentado para el manejo de solicitudes, requerimientos, quejas, dudas e inquietudes de los clientes internos y externos, que permita tener el control de todos los requerimientos tramitados. No se cuenta con evidencia consolidada de las quejas generadas y con ello la trazabilidad de las mismas. Se informa que el manejo ha sido por medio del servicio de correo y través del aplicativo CORDIS.</p> <p>Se propone generar una acción para abordar el riesgo con el fin de que se cree el procedimiento y se lleve un control mas eficiente de todos los requerimientos tramitados.</p>	X	

<p>4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS</p> <p>4.4.1 literal E (asignar la responsabilidades y autoridades para estos procesos)</p>	<p>A las preguntas: 1. ¿Se evidencia la realización de las proyecciones y estudios tendientes a modificar la composición de la planta y su distribución? Como determinan que la planta o grupo de profesionales que se tienen es la suficiente para la diferentes servicios que se prestan? y 2. ¿Se evidencia la elaboración de los estudios técnicos y financieros de proyección de planta de personal identificando la viabilidad económica de la misma?</p> <p>Se informa que se hizo un estudio para ampliación de planta, el cual fue entregado a la función publica en un documento de viabilidad de ampliación de la planta y se remitió también a la dirección hacienda distrital para que se proporcionaran los recursos, es lo que se esta adelantando hasta el momento según lo que informan. además se viene trabajando desde principios del año y desde la administración pasada. La planta de personal que esta en la actualidad debía ampliarse en 740 cargos, porque la planta en un momento del tiempo era de 350, al final la planta se amplio a 620 cargos y el objetivo estaba orientado a que la planta llegara a 1200 cargos.</p> <p><u>El auditado informa que el tema se debe consultar con el referente de la Dirección de planeación institucional y calidad</u>, ya que son ellos los que contrataron una empresa para el estudio de cargas y cargos que debe tener la entidad. Además que en las mesas de trabajo participaron el director de talento humano, el director de planeación institucional y el referente de calidad. Al solicitar la información para comprobar el cumplimiento esta no fue proporcionada. (informe, actas). El referente de talento humano informa que se debe consultar el tema con el referente de la Dirección de planeación institucional y calidad ya que son ellos los que lideraron el tema, sin embargo consultando el tema con el referente de la otra dirección me informa que ese tema lo lidera Talento humano. La información solicitada no fue proporcionada por lo tanto no fue posible comprobar el cumplimiento se este aspecto. Incumplimiento con las actividades 1, 2 y 8 de la caracterización del proceso</p> <p>NO CONFORMIDAD: Durante la auditoria las áreas involucradas no presentaron información, registros o evidencia que permitiera demostrar el cumplimiento, así mismo la responsabilidad y liderazgos frente al servicio es delegada a otra dependencia por cuanto la caracterización define claramente el responsable, con lo cual se afirma que existe un incumplimiento con el requisito 4.4.1 literal E (asignar la responsabilidades y autoridades para estos procesos) de la norma ISO9001:2015.</p>		X
<p>6. PLANIFICACIÓN</p> <p>6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades</p>	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia registros de riesgos identificados, clasificados y valorados?</p> <p>¿Se evidencia planes de tratamiento de los riesgos identificados?</p> <p>Si ,e evidencia en el inventario 4 riesgos identificados y valorados IDS: THO-21.,22,23 y 24 pertenecientes al proceso de talento humano. Se consulta el riesgo ID: THO-22 y este cuenta 5 controles definidos. Existe plan de tratamiento para cada uno de los riesgos.</p>	X	
<p>6. PLANIFICACIÓN</p> <p>6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades</p> <p>6.1.2 literal b, numeral 2 (Evaluar la eficacia de estas acciones)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia seguimiento a los planes de tratamiento de los riesgos identificados?</p> <p>Se consultan las diferentes acciones definidas que hacen parte del plan de mejoramiento de los 4 riesgos identificados para los cuales se definió como estrategia de respuesta "mitigar el riesgo". Los seguimientos se deben realizar de acuerdo a la periodicidad definida, sin embargo el seguimiento debe ser consultado por cada uno de los referentes. Es recomendable fortalecer este aspecto acorde a la periodicidad definida, por cuanto la información que se consulta no esta consolidada y no es de fácil acceso. La herramienta isolucion en su modulo de Riesgos no permite tener trazabilidad del seguimiento realizado, por tanto es indispensable tener un control mas eficiente para el seguimiento de dichos riesgos, además como buena practica y de manera periódica se debe contemplar la identificación de nuevos riesgos y reevaluación de los riesgos existentes por cuanto la severidad o relevancia del riesgo podría cambiar. Se propone acción para abordar riesgo para fortalecer este aspecto.</p>	X	

<p>6. PLANIFICACIÓN 6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia conocimiento y apropiación de la política y objetivos de calidad?</p> <p>Es importante precisar que actualmente la política y los objetivos están referenciados en el manual del sistema de gestión integral y como propuesta de mejora están definidos en el documento borrador que detalla de manera independiente la política y objetivos del sistema de gestión de calidad los cuales se informa están a la espera de su aprobación y divulgación.</p> <p>Para efectos de comprobación, se hicieron DOS (2) preguntas a los referentes de la dependencia en cuanto a: En que consiste la política de calidad y cuales son los objetivos de la misma. Las respuestas obtenidas permitieron determinar que existe desconocimiento, no les fue fácil describir o comentar el tema, informan que no recuerdan. Así mismos se pregunto si conocían cual es el objetivo estratégico de la entidad que tiene relación con la política de calidad pero lo desconocen.</p> <p>Se considera una acción para abordar el riesgo toda vez que la nueva política y los nuevos objetivos de calidad no han sido aprobados por parte del alta dirección y por ende no se han sido publicados y dados a conocer a todo nivel, se evalúan los numerales de la normal 5.2.1, 5.2.2 y 6.2.1 Evidencia proporcionada: POLITICA DE CALIDAD 2020.docx</p>	<p>X</p>	
<p>7.2 COMPETENCIA literal d) conservar información documentada apropiada como evidencia de la competencia</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la adopción mediante acto administrativo de la planta de personal de cargos directivo o profesionales de planta distribuyendo los cargos requeridos.</p> <p>Se consulta el decreto 507 de 6 de nov del 2013 el cual confirma la planta de personal. Se informa que el señor secretario no puede nombrar personas si los cargos no existen. adicionalmente se crea el MANUAL DE FUNCIONES de la SDS y la resolución 1007 del 2 de mayo del 2019 por el cual modifica el manual de funciones. Así mismo el decreto 516 define que debe haber 132 profesional, 53 técnicos, 27 asistenciales, 17 asesores y 39 cargos de nivel directivo.</p> <p>Adicionalmente se consulta la resolución 1010 del 2020 junio, por la cual se modifican algunas funciones y competencias del nivel asesor. Se informa además que los actos administrativos reposan en las carpetas o historias laborales de cada funcionario y están custodias por seguridad física en el cuarto piso del hemocentro distrital y a su vez se cuenta con archivos digitales que reposa en la carpeta compartida en O:</p>	<p>X</p>	
<p>7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.2 Creación y actualización</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia el manual de procesos y procedimientos, instructivos, guías, formatos actualizados?</p> <p>Se consulta el documento aportado denominado INVENTARIO-DIAGNOSTICO DOCUMENTAL THO.xls, el cual contiene la relación de todos los documentos que apoyan el proceso como son la caracterización, procedimientos, instructivos, guías, entre otros. El inventario actualizado contiene un campo denominado "ESTADO" el cual identifica varios valores como son: si el documento esta actualizado, requiere actualización, si es nuevo o es obsoleto. Se realiza el filtro y se pudo identificar los documentos que están pendientes de actualización. En las mesas de trabajo con los referente se pudo identificar que el documento codificado: SDS-THO-024 Gestión de Vacaciones esta en versión de diciembre del 2019 y requiere actualización a partir de los nuevos puntos de control, así mismo el instructivo para "actualización de la planta de personal", proporcionado por la referente no se encuentra aprobado, codificado, divulgado y publicado.</p> <p>Se propone acción para abordar riesgo toda vez que esta en curso la actualización de varios documentos, creación de otro y la baja de varios documentos como lo establece el inventario.</p>	<p>X</p>	

<p>7. APOYO 7.5. Información documentada</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia aprobación de los documentos para a su divulgación y publicación? Si, en isolucion como base documental, contiene los documentos aprobados y se consultan para el procesos: instructivos, guías y formatos en donde se evidencia los aprobadores de los documentos y su correspondiente publicación.</p> <p>A la pregunta: ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos? Si, en los documentos consultados se identifica la versión del documento y la descripción del cambio o ajuste realizado al documento.</p> <p>A la pregunta: ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos? Si, en los documentos consultados se identifica la versión del documento y la descripción del cambio o ajuste realizado al documento.</p>	<p>X</p>	
<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL literal E</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia las validaciones de planta de manera trimestral o semestralmente? Se conoce cuantos son y donde están?</p> <p>Se consulta el inventario PLANTA DE PERSONAL denominado PLANTA 24 -JUL-2020.xlsx. el cual se actualiza cada 15 días y bajo de demanda en caso de necesitarse, las fuentes para su actualización son: Carpeta compartida O: existe una carpeta denominada Actos administrativos año a año que es donde se almacenan todos los actos administrativos, adicionalmente se cuenta con una base alterna denominada CONTROL_ACTOS_ADMINISTRATIVOS.xlsx. por la cual se reciben los actos administrativos del despacho y el referente de talento humano realiza el registro de la información en la base y el cargue de la resolución en la carpeta. Adicionalmente el acto administrativo es almacena físicamente en la carpeta de historias laboral y se genera copia digital para ser almacenado en la carpeta compartida. En base al decreto 516 de noviembre del 2013 deben existir 648 empleos de planta distribuidos en cargos de carrera administrativa y de libre nombramiento y remoción. Se consulta el inventario del 24 de julio el cual esta distribuido de la siguiente manera: Total de cargos plan SDS: 648, Cargos de carrera administrativa: 589 y de libre nombramiento y remosion:59. Así mismo el inventario permite agrupar por cargos, por dependencia. Para el caso la Gerencia de Talento humano cuenta con 23 cargos ocupados y una vacante. Se consulta el inventario de actos administrativos y se filtra por fecha de lo que ha transcurrido con corte al 24 de Julio. De la consulta se obtiene 18 actos administrativos. Se toma como ejemplo la resolución 1301 con asunto terminación de encargo el cual afecta la planta de personal. Se consultan varios datos de funcionarios para comprobación de la eficacia de las acciones. Ver lista de verificación.</p>	<p>X</p>	
<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que se mantiene actualizada la información de la planta en cada uno de los cargos en el sistema de información de Gestión de Recursos Humanos?</p> <p>Si, se informa que el grupo de nomina consulta la base de control de actos administrativos y generan las novedades en PERNO. Adicionalmente se firma el control de actos administrativos, el cual se realiza una vez al mes y se certifica la consistencia del inventario. Se solicita copia del ultimo control de novedades.</p> <p>Por correo electrónico se recibe la información, al grupo de nomina llegan los soportes de los actos administrativos como punto de control y acceso a la carpeta compartida de actos administrativos. Al referente de nomina llegan todos los actos administrativos. Se cuenta con 3 puntos de control: Archivo físico, el escaneados y se consulta la base. El físico llega y se carga al sistema PERNO, actividad que se realiza los 5 primeros días del mes.</p> <p>Se consulta la base filtrada de actos administrativos que tienen afectación a la nomina. Archivo consultado: CONTROLACTOS ADMINISTRATIVOS 14-07-2020 1357pm.xlsx. Este documento se firma Los primeros 5 días y se carga al sistema. De los que llega físico se verifica de lo cargado en el aplicativo PERNO y se compara con lo que se envía por correo de los actos administrativos y como tercero se verifica el inventario general y el referente filtra los que afectan nomina.</p>	<p>X</p>	

<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL literal E</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que las novedades de planta son gestionadas en el sistema de información de cada funcionario?</p> <p>Si, se realiza la validación de un acto administrativo de vacaciones reciente. El grupo de vinculaciones de la dirección de TH, realiza la recopilación de los oficios para el tema de vacaciones y genera un borrador. Se consulta el archivo del mes de Julio. El grupo remite por correo y el archivo físico con cortes para la entrega de la información los primeros 5 días del mes y el responsable de nomina verifica la información, filtra y posteriormente realiza el cargue de la información en el aplicativo PERNO.</p> <p>Se consulta la carpeta de actos administrativos de los funcionarios con vacaciones programadas y se consulta el archivo definitivo del mes de julio denominado: 0133-2020 de fecha del 8 de julio del 2020. Papeles de trabajo del análisis es otra evidencia física.</p>	<p>X</p>	
<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL literal E</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia los ajustes de inconsistencias encontradas?</p> <p>Si, cuando se liquida la nomina siempre se hacen cortes, se realizan filtros y se generan archivos PRELIMINARES soportados mes a mes. Se cuenta con carpeta de liquidación del mes con todos los soportes. Para el caso la nomina del mes de Julio se tuvo 7 pre nominas las cuales conllevaron realizar los ajustes pertinentes.</p> <p>La responsabilidad de los ajustes a las inconsistencias esta distribuido ya que existe un referente encargado de las incapacidades, otro se encarga de las vacaciones y así para cada servicio. Existe un lineamiento de nómina para este manejo denominado: Lineamiento para el registro de nómina sds-gth-In 003, en este lineamiento se refleja los ajustes a la nómina. Se consulta el PAT o reclamación por inconsistencia de liquidación de una funcionaria y en PERNO se consulta con el numero de identificación y se observa reflejado el ajuste o cambio. Se toma pantallazo</p>	<p>X</p>	
<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia el trámite correspondiente con las EPS, fondo de Pensiones, cesantías, caja de compensación, ARL a la que debe ser afiliado el funcionario?</p> <p>Si, el referente informa que se recibe la carpeta de un funcionario nuevo y se genera la solicitud de creación de terceros que va para la secretaria hacienda. Cada vez que se solicita se envía la solicitud individual o en algunos casos dependerá del volumen. Formato de terceros hacia hacienda. Para crear el registro del tercero en el sistema PERNO, como requisito es necesario la creación del tercero en hacienda.</p> <p>La persona que es nombrada por convocatoria debe ir afiliarse, se informa que la afiliación no la hace la secretaria es un tramite personal.</p> <p>Es potestad de la entidad seleccionar la ARL en la cual desea que los funcionarios estén afiliados. Para el caso la secretaria tiene convenio con la ARL SURA. por lo tanto todo funcionario quedara registrado con la dicha ARL. Así mismo se informa que los requisitos para POSESIONARSE al cargo es estar afiliado a la Arl, EPS, Pensión y caja de compensación.</p> <p>La comisión del servicio envía la lista de legibles a la secretaria. La secretaria le informa a la persona los documentos que debe que anexar entre esos esta los exámenes médicos. Se consulta en PERNO en donde se evidencia la EPS y fondo de pensiones al que pertenece cada funcionario. Los registros de afiliaciones con EPS, PENSION, otros reposan en la carpeta o historia laboral. En talento humano verifican que el numero de cuenta bancaria concuerde con la formato de tercero y contra la carpeta física.</p>	<p>X</p>	

<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A las preguntas: 1. ¿Se evidencia el cronograma de inducción o reinducción, donde se definen fechas y tiempos requeridos y contenidos ? y 2. ¿Se tiene evidencia de la inducción a todo servidor público que se vincule a la entidad y reinducción a los funcionarios de planta que tengan vinculación superior a 6 meses la entidad?</p> <p>Si, se informa que para la actividad de inducción cada persona cuando ingresa se le hace un proceso de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo. Para los funcionarios de cargos de libre nombramiento y remisión se realiza una sesión especial coordinada por la dirección de talento humano y la dirección de planeación institucional y calidad. Así mismos cada 2 años se tiene establecido mediante la ley 909 del 2004 la reinducción del personal. Para este año esta programado de manera virtual y se realizara en este ultimo semestre del año. Para la inducción y reinducción la dirección de talento humano solicita a cada dependencia la elaboración de sus presentaciones. En talento humano la responsabilidad del tema esta en manos de 2 referentes. Como evidencia se solicito la información de la ultima inducción a los cargos de libre nombramiento y remoción realizada en el mes de febrero el cual fue de una sola jornada. Se solicito el acta de asistencia de la jornada.</p> <p>Se envió la bitácora de entrenamiento y programación de proceso de inducción y la guía de inducción, documentos que permiten determinar metodología a desarrollar, tiempos requeridos y contenidos a impartir. En tiempos de pandemia se grabaran videos y la inducción se realizara virtualmente. Se realizo inducción a los nuevos funcionarios el cual es soportado mediante acta. Registros de reinducción recientes no se tienen ya que se realiza cada 2 años y esta pendiente en este ultimo semestre su realización.</p>	<p>X</p>	
<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la evaluación de desempeño de funcionarios de planta? y ¿Se evidencian registros de calificación e informe de resultados?</p> <p>Los únicos que acuerdan objetivos son los profesionales de carrera y provisionales para ello se diligencia un formato que es generado por el departamento de función publica . Cada periodo de prueba debe evaluar que se hayan cumplido con esos objetivos. Se califica por parte del jefe de dependencia cada 6 meses. En el año se realizan 2 evaluación mediante el formato. Esta información es almacenada en cada hoja de vida de cada funcionario. Es importante precisar que los cargos de libre nombramiento y remoción la evaluación al desempeño es realizada únicamente por el señor secretario con sus directivos. Estos resultados son entregados a la Dirección talento humano y son almacenados en las hojas de vida. Periodo de prueba aplica para las personas que ingresaron por concurso y al cabo de los 6 meses se realiza la evaluación del periodo de prueba.</p> <p>Desde hace 2 años el CNCS implemento un aplicativo para hacer la evaluación, desde ese momento toda la información esta contenida en el aplicativo. El Periodo para evaluar inicio en febrero y finalizo el 31 de julio. Para evaluar el tiempo esta establecido los primeros 15 días hábiles siguientes al vencimiento para ello esta establecida un circular.</p> <p>A través del informe definitivo se consolidan los resultados de la evaluación. Adicionalmente se consulta directamente en el aplicativo y se toman pantallazos del resultado de un funcionario consultado. Los resultados arrojados en la evaluación para el periodo comprendido entre el 1 de febrero de 2019 y el 31 de enero de 2020, por nivel son: 412 funcionarios obtuvieron calificación SOBRESALIENTE y 7 servidores fueron evaluados en nivel SATISFACTORIO</p>	<p>X</p>	

8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia el análisis de las necesidades de capacitación? Y ¿Se evidencia la formulación y aprobación del plan anual de formación y capacitación ?</p> <p>Si, esta consignado en el documento denominado PIC 2020.xlsx, en la hoja diagnostico. Este documento surge por la necesidad de las diferentes dependencias en capacitar a las personas de equipo de trabajo, donde el jefe se reúne por lo general el mes de enero y definen sus necesidades de capacitación en conjunto con los profesionales. El plan de capacitación aplica solo para los profesionales de carrera y no aplica para los cargos provisionales. Cada plan individual de capacitación es enviado por el jefe de dependencia y es consolidado por el referente de capacitación de la DGTH. Con base en esta información se establecen las necesidades de capacitación de la entidad. Documento conocido como: Diagnostico o priorización de capacitación. PIC 2020.xlsx</p> <p>El plan es enviado a la comisión de personal y es el escenario para aprobación del mismo. Para ello se solicito actas de la comisión realizada. Se consulto además el documento: Plan_Inst_Capacitacion_2020.pdf</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia el tramite oportuno de las novedades que afecten la liquidación de salarios y prestaciones de los funcionarios?</p> <p>Si, en efecto realizan varias pre liquidaciones de la nomina y se generan papeles de trabajo en los cuales se determinan las correcciones que haya que realizar. En la dirección de talento humano existen varios referentes del proceso de nomina y cada uno tiene la responsabilidad de tramitar y corregir las diferentes novedades. Así mismo mediante PAT se solicitan ajustes de las novedades que se pueda realizar por lo tanto, se remite los casos a la dirección TIC para su aplicación previo a la liquidación final. Cumple actividad 15 de la caracterización del proceso.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la liquidación de la pre nómina de los funcionarios verificando que la información de las novedades hayan quedado ingresadas al Sistema de Información de Gestión de Recursos Humanos?</p> <p>Si, para el mes de julio se generaron 8 pre nóminas y el definitivo. Se consulta el aplicativo PERNO y se consultan actos administrativos de novedades que afectaron la nomina. Se consulto el correo de la reclamación en la novedad y se verifica el ajuste realizado en PERNO. Cumple actividad 15 de la caracterización del proceso.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian las operaciones correspondientes de validación y pago mediante archivo plano generado desde el sistema de gestión de recursos humanos con los operadores de planilla integrada de aportes, de los aportes a seguridad social y parafiscal de administrativos según corresponda?</p> <p>El pago de planillas lo hace directamente financiera. Desde talento humano se envía el RA y se hace el cruce. Se verifican los IBC de todo el personal y el aporte del EMPLEADOR y el referente de talento humano encargado realiza el cargue del archivo plano, liquida e informa al operador del cruce.</p> <p>Si, PERNO genera un archivo plano para cargar en el operador pero antes de realizar el cargue, se verifica y se determina si se esta liquidando bien los aportes patronales y parafiscales. Si se encuentra un error se corrige o en su defecto se genera un registro PAT hacia TIC para la corrección, se vuelve y se genera el archivo con la ultima versión de la seguridad social se toma ese archivo plano y el mismo funcionario realiza el cargue. Se solicito el archivo generado en miplanilla versión final para pago de la secretaria de hacienda. Planilla 44165225 de julio de 2020. Cumple actividad 15 de la caracterización del proceso.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la entrega de los reportes de nomina a las áreas de presupuesto y Tesorería?</p> <p>Si, se evidencia mediante correos y memorando enviados por cada RA. Se toma pantallazo. Todos se envían en las fechas establecidas y con base al cronograma de pago. Soportes: RA_33_Julio, RA_34_Julio, RA_35_Julio y correo del 22 de julio del RA 35. Cumple actividad 15 de la caracterización del proceso.</p>	X	

<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A las preguntas: 1. ¿Se evidencia el tramite y expedición de los certificados solicitados por los funcionarios? , 2. ¿Se evidencia que los datos generados en el certificado son consistentes con la historia laboral ? y 3. ¿Se evidencia cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos para la expedición de certificaciones?</p> <p>Si, en la Dirección de TH existe una persona o referente dedicada a este tema. Esta persona tramita el certificado correspondiente, mediante el formato SDS-THO-FT-007, una vez diligenciado se entrega directamente a la secretaria y ella se lo entrega al encargado. Los certificados que se demoran son aquellos en donde se solicita se incluyan las funciones, este tipo de certificado requiere mas tiempo. El certificado para solicitar información de salario devengado es mas rápido. Se consulta el instructivo para certificación laboral SDS-THO-INS-019 y adicionalmente se cuenta con el formato que diligencia la persona solicitante. SDS-THO-FT-007</p> <p>La información es consistente y el primer filtro de información es la persona que solicita, si al momento de revisar el certificado no cumple se corrige. Habrán reclamaciones por la demora en cuanto certificados por funciones.</p> <p>Los certificados se emiten y se entregan al día siguiente de la solicitud. Para el caso puntual de certificación de funciones se demora un poco mas pero no sobrepasa los 3 días. Cumple actividad 14 de la caracterización del proceso.</p>	<p>X</p>	
<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A las preguntas : ¿Se evidencian las actividades tendientes al mejoramiento de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores? y 2¿Se evidencia la promoción y coordinación con los prestadores de salud para la realización de programas de salud ocupacional ?</p> <p>Si, existe un programa de SST el cual esta documentado en la pagina de la secretaria en el componente de transparencia y acceso a la información. Es aquí donde se describen las actividades en términos de salud para todos los funcionarios de la SDS. El cumplimiento a este aspecto esta soportado mediante los siguientes archivos: Plan_Seguridad_y_Salud_Trabajo_2020.pdfy el cronograma: SDS-THO-FT-074 V.1 PLAN DE TRABAJO 2020 OFICIAL.xlsx y otros.</p> <p>Se evidencian correos masivos de promoción de actividades de seguridad y salud en el trabajo se toma pantallazos. Ver documento: Campañas de promoción con los prestadores ARL. Cumple actividad 5 de la caracterización del proceso.</p>	<p>X</p>	
<p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que Identifique el grado de apropiación del código de integridad en la SDS ? (encuestas, cuestionarios, otros)</p> <p>Si, se informa que el año pasado se hizo una encuesta para determinar el grado de apropiación del código de integridad, para ello se cuenta con un informe resultado de percepción denominado: INFORME INTEGRIDAD 2020 PERCEPCIÓN PDF.pdf. Es importante precisar que el código de integridad esta medido a partir de los valores corporativos. Lo que se busca es promover dentro de los funcionarios públicos primeros los valores y segundo que la gente se apropie de ello. Los resultado del informe permiten determinar el grado de apropiación.</p> <p>El tema se empezó a desarrollar en octubre del 2018 y a la fecha se han ejecutado las siguientes actividades: Obras teatrales, se entregado plegables, galletas, cupcakes, monedas, pantallas, stickers, pendones, un cubo con los valores. Se informa que de las 148 personas que respondieron la encuesta, reconocen los valores institucionales y por ende se aplican. Cumple actividad 6 de la caracterización del proceso.</p>	<p>X</p>	

<p>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.1 Generalidades, literal C (Cuando se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la periodicidad en la medición de los indicadores?</p> <p>Si, en la caracterización existe el vinculo a los elementos de medición del proceso, para ello ingresamos al modulo de MONITOREO Y SEGUIMIENTO y se evidencian 3 componentes de medición como son : 1. Seguimiento a Proyectos, 2. Seguimiento a Indicadores de Gestión, y 3. Formulación Plan Operativo Anual. Con relación al seguimiento a los indicadores se especifica el archivo denominado: D_Talento_Humano.xlsx y de igual forma se consulta el documento: REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTION Y DESEMPEOV6 julio de 2020.xlsx, en el cual observa que cada trimestre se realiza la medición a los indicadores a través del plan operativo de gestión y desempeño- POGD.</p>	<p>X</p>	
<p>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.1 Generalidades, literal D (Cuando se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se realiza informe de análisis de los indicadores?</p> <p>Si. Se informa que hace un informe que consolida los resultados y se determina el cumplimiento a los indicadores. Este informe se genera al final del año. Así mismo es importante precisar que como hubo cambio en el plan de desarrollo los indicadores actuales se busca armonizar con los nuevas metas en el plan de desarrollo. Se esta determinando si el POGD cambia en función del nuevo plan de desarrollo. Se comparte el informe de planeación el cual se determina el seguimiento que realiza la dirección de planeación y calidad sobre los resultados del plan operativo consignados en el documento: NUEVO MODELO DE INFORME POGD.xlsx el cual contiene los logros e inconvenientes.</p>	<p>X</p>	
<p>9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION 9.1.3. ANALISIS Y EVALUACION literal d (si lo planificado se ha implementado de forma eficaz)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la implementación del plan de capacitación y actividades de bienestar dejando registro?</p> <p>Se consulta el CUADRO DE SEGUIMIENTO A CAPACITACIONES en el cual se presentan los resultados obtenidos para cada una de las capacitaciones establecidas, evidenciando que el numero total de participantes programados no esta asistiendo a dichas capacitaciones. Se determina una participación promedio del 70% de los participantes inscritos. De igual forma se evidencia que las capacitaciones del PIC 2019 se están adelantado en el año 2020, lo que demuestra que la ejecución del PIC 2019 fue parcial. Se esta incumpliendo con las actividades 3 y 4 de la caracterización del proceso.</p> <p>1. Para el caso del PIC, se considera que lo programado se debe cumplir y ejecutar en el mismo año. logrando eficacia en el plan establecido y en los recursos solicitados. Se evidencia mediante el seguimiento del archivo que las capacitaciones del año 2019 y 2020 respectivamente no cuentan con seguimiento por tanto se desconoce si fueron ejecutadas. El auditado no proporciono mas información al respecto.</p> <p>2. Para el caso del plan de bienestar, la revisión al seguimiento año 2019 evidencia la ejecución en varios ítems pero dentro del plan no se tiene trazabilidad y se desconoce el estado de los ítems numerales: 21, 27, 28, 29, 32 y 33, estos ítem no define un fecha establecida y tampoco informa si se realizo. Adicionalmente la ejecución del plan de bienestar para el año 2020 se desconoce, información que no fue entregada al auditor.</p> <p>3. Se genera un detrimento patrimonial por la pérdida económica que la entidad esta incurriendo, en los casos donde se destina dinero con instituciones reconocidas y los participantes no asisten, además que se le esta quitando la posibilidad a otras personas que si desean tomarlo. Se debe generar un compromiso por parte de los participante.</p> <p>NO CONFORMIDAD: Durante la auditoria se evidencio que se no cuenta con el seguimiento y trazabilidad de acuerdo a la información suministrada, no es posible determinar el estado de la implementación del PIC y plan de bienestar 2019 y 2020 en curso, con lo cual se afirma que existe un incumplimiento con el requisito 9.1.3. ANALISIS Y EVALUACION literal d (si lo planificado se ha implementado de forma eficaz) de la norma ISO9001:2015</p>		<p>X</p>

<p>9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION 9.1.3. ANALISIS Y EVALUACION literal d (si lo planificado se ha implementado de forma eficaz)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia seguimiento en la ejecución del plan anual de SST?</p> <p>Mediante los archivos proporcionados por el referente, se procede a verificar la ejecución de los planes del programa, sin embargo dichos archivos no contienen trazabilidad de la ejecución y el cumplimiento de estas actividades. Por lo tanto se genera una no conformidad de la fase del VERIFICAR O MONITOREAR. Se incumple con la actividad 5 de la caracterización del proceso.</p> <p>NO CONFORMIDAD: Verificado el estado de la implementación del programa de salud ocupacional, se evidencia que se no cuenta con el seguimiento y trazabilidad que permita demostrar el cumplimiento de esta actividad, con lo cual se afirma que existe un incumplimiento con el requisito 9.1.3. ANALISIS Y EVALUACION literal d (si lo planificado se ha implementado de forma eficaz) de la norma ISO9001:2015.</p>		X
<p>9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION 9.1.3. ANALISIS Y EVALUACION literal B (el grado de satisfacción del cliente)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la definición de las fechas en las cuales se realizarán los retiros masivos por cumplimiento de edad de retiro forzoso, jubilación o traslados?</p> <p>Si, se cuenta con una base de datos que tiene información de cada persona. para el caso se tiene la fecha de inicio de laboral en la secretaria de salud y se calcula su posible retiro. En la Dirección de talento humano cuenta con una persona o referente dedicada a esta actividad. Adicionalmente a través del referente se actualiza la historia laboral y se realiza la recuperación de la historia laboral de las personas que tuvieron otros trabajos.</p> <p>Se informa que el retiro forzoso es a los 70 años de edad y en el momento en la secretaria existe una persona que le faltan 2 años para su retiro por cumplimiento de edad. Es una abogada que tiene 68 años y tiene resolución de pensión pero no se retirara hasta tanto no cumpla los 70 años y esta respaldada por acto constitucional. La funcionaria cumplió la edad y las semanas cotizadas, sin embargo esto tiene una implicación y es que no libera el cargo y por tanto no le permite a otra persona ingresar.</p>	X	
<p>10. MEJORA 10.2 No conformidad y acción correctiva</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la implementación del procedimiento de acciones correctivas? Revisar las no conformidades y acciones para abordar riesgo.</p> <p>Si, existe un procedimiento y lineamiento liderado por la Dirección de planeación institucional y calidad, el cual se aplica para todo ejercicio interno y externo de auditoria. Como apoyo al procedimiento se cuenta con la herramienta Isolucion en el componente de acciones correctivas. Mediante consulta al aplicativo se evidencian registros de no conformidades y acciones para abordar el riesgos que a la fecha del compromiso ya vencieron, El auditado informa que por razones de rotación de personal a generado que los distintos planes de mejoramiento no se avancen. Se consulta al aplicativo y se evidencia que existen 42 registros totales en estado "abierto", de los cuales 22 registros corresponden a "no conformidades" y 17 registros corresponden a las "acciones para abordar riesgo" y se tienen 3 registros de "acciones correctivas".</p> <p>NO CONFORMIDAD: Durante la auditoria se encontró que las acciones registradas en el aplicativo Isolucion desde el año 2019 no han sido cerradas por lo tanto las mejorar definidas en previas auditorias no han sido implementadas, se considera una REINCIDENCIA por cuanto la situación expuesta en previas auditorias había sido identificada y la fecha no se ha implementado la acción correctiva del caso. No se cuenta con evidencia que demuestre el avance del plan de mejoramiento propuesto, con lo cual se puede afirmar que existe un incumplimiento con el requisito de la norma numeral: 10.2.1 literales b (evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte).</p>		X
<p>ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS (Es una parte integral para la administración del riesgo. Es un proceso iterativo de mejora continua con el fin de: 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</p>			
<p>De acuerdo a la verificación realizada a la información proporcionada y mediante consulta al modulo de riesgos de la herramienta Isolucion, no se evidencia registro de trazabilidad o seguimiento a los diferentes controles definidos para los 4 riesgos de acuerdo a la periodicidad establecida. así mismo no se evidencia reevaluación de los riesgos existentes por cuanto la severidad o relevancia del riesgo podría variar acorde a los controles implementados, lo cual es debilidad en la gestión del riesgo toda vez que no se puede determinar si los controles ha sido suficientes y eficaces, conllevando en algunos casos a la materialización del riesgo por cuanto no se lleva medición de estos.</p>			

Al preguntar a tres (3) de los referentes de la Dirección de Talento humano sobre en que consiste la política y los objetivos de calidad, se evidencia desconocimiento de estos elementos, no les es fácil responder y uno de ellos respondió que no recuerda, así mismo se evidencia que la nueva política y objetivos definidos en el documento borrador, no han sido aprobados, publicados y divulgados por las instancias correspondiente, lo que conlleva a que varios requisitos obligatorios de la normal ISO9001:2015 no se cumplan y pone en riesgo una recertificación del sistema.

De acuerdo a la verificación a la documentación solicitada, además de los procedimientos, guías y formatos consultados en las mesas de trabajo realizadas, se logro identificar y evidenciar que el documento codificado: SDS-THO-024, Gestión de Vacaciones de versión de diciembre del 2019, se encuentra desactualizado, así mismo el instructivo proporcionado para la "actualización de la planta de personal", no se encuentra aprobado, codificado, divulgado y publicado y por ultimo en el inventario que consolida la base documental de la DGTH, se evidencia que los registros marcados para "dar de baja" no se han retirado de la herramienta isolucion, no han sido dado dados de baja y siguen activos y en uso lo que conlleva a una desinformación del proceso para nuevos usuarios, y en caso de recertificación del sistema es un hallazgo e incumplimiento de requisito obligatorio de norma.

En base a la revisión de evidencias consultadas que soportan la gestión de quejas, reclamos y solicitudes frente a los servicios ofrecidos por DGTH, no se evidencia trazabilidad completa de las diferente solicitudes que han sido gestionadas, no se tiene un consolidado de información que permita medir el esfuerzo el trabajo realizado en la atención de los diferentes requerimientos, se evidencia que el manejo de los diferentes requerimientos ha sido mediante correo electrónico y a través de correspondencia por el aplicativo CORDIS, no existe un procedimiento o instructivo para ello; lo que puede conllevar a que se haga una gestión ineficiente de los servicios que provee el proceso.

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

La Auditoria de Gestión de Recurso Humano o bien de personal, es el conjunto de procedimientos, guías, lineamientos e instructivos que son llevados a cabo para determinar las debilidades que existen dentro de la entidad, o bien, ayudar a mejorar lo que ya está establecido, así como también mejorar a cada uno de los personas o funcionarios de la entidad.

ASPECTO POSITIVO: basado en la revisión realiza al servicio de nomina y a los diferentes controles implementados en la actualidad, se considera una fortaleza en el proceso ya que el numero de reclamaciones vía PAT por inconsistencia en la liquidación se ha venido reduciendo en un 85%de un año a año.

ASPECTO POSITIVO: Es importante resaltar la cordialidad y la atención prestada por los 3 referentes que participaron de la auditoria, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control.

ASPECTO POSITIVO: El recurso humano que apoya el proceso conoce las entradas requeridas y las salidas esperadas, planifica las acciones para abordar los riesgos e igualmente determina los recursos financieros, físicos y tecnológicos que son necesarios para el mantenimiento del proceso; implementa y planifica la Gestión del Talento Humano y realiza el ejercicio de percepción del cliente.

Existe debilidad en cuanto a la fase de monitoreo, seguimiento y control de los planes de capacitación, bienestar, seguridad y salud en el trabajo, por cuanto la información proporcionada no demuestra el cumplimiento del mismo, la actividad no se esta realizando de manera eficiente.

Es necesaria la implementación de las acciones de mejoramiento identificadas y derivadas de auditorias previas ya que se encuentran vencidas y conlleva un incumplimiento del requisito de norma. Con nuestra recomendación se busca que el proceso no sea mas optimo y eficiente.

Se dificultó la entrega de la información requerida por parte de los diferentes referentes o especialistas, información la cual no fue suministrada en su totalidad situación que limitó el alcance de la auditoría, evidenciándose una debilidad con relación a los procedimientos de obligatorio cumplimiento por el Sistema de Gestión de Calidad como lo son: control de registros y control documentos

Es indispensable apropiar la nueva política de calidad y sus objetivos al interior de la dependencia ya que se esta incumplimiento con el requisito de norma.

Revisado gestor de calidad OCI: Mónica Ulloa



NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ	
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:
OLGA LUCIA VARGAS COBOS	