
 <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 del Conocimiento e Innovación

Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Gabriel Lozano Díaz

Auditor Líder: José Gregorio Bueno Hernández

Auditor (es): N/A

Fecha de Ejecución Auditoría: Diciembre 2020

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA

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.

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.

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.

LIMITACIONES:

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.

METODOLOGÍA UTILIZADA:

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 auditoria, así como las verificaciones de las mesas de trabajo y en el sitio que tengan lugar.

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
4.3 Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad	Derivado de la revisión realizada a la caracterización se evidencia que los productos y servicios ofrecidos se encuentran definidos en el documento SDS-GCI-CAR-002, en donde se estipula como objetivo <u>"Establecer los lineamientos para el desarrollo de la ciencia y de la tecnología e innovación como insumo en el fortalecimiento del quehacer de la Entidad"</u> con un alcance <u>"Desde la construcción de la agenda de conocimiento para la Salud en el marco de ciencia, tecnología e innovación, con estrategias de apropiación social del conocimiento que sean parte de la práctica política institucional"</u> , en donde se evidencia la salida de 4 productos, alineados con la asignación de funciones y actividades de la Decreto 507 de 2013.	X	

<p>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.</p>	<p>En la verificación de la evidencia que Gestión del conocimiento e innovación tiene documentados sus procesos, procedimientos, recursos e interacciones en su sistema de gestión de calidad con la entidad, se evidencia una estructura documental coherente con el proceso.</p>	<p>X</p>	
<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad. 5.1.2 Enfoque al cliente</p>	<p>Por parte del proceso, se aportaron las encuestas de satisfacción del cliente de los periodos 2020-1 y 2020-2, los cuales referenciaron, que los usuarios de los servicios prestados por parte del proceso, son satisfactorios frente a los requerimientos solicitados; de igual manera se resalta la adaptación de los servicios digitales de la biblioteca Punto Vive Digital, de acuerdo a los cambios imprevistos por COVID-19.</p>	<p>X</p>	
<p>5.2.2 Comunicación de la política de la calidad.</p>	<p>En la verificación de como se comunica e interioriza la política de calidad, se realizó la divulgación la Política de Calidad dentro del proceso, se evidencia la participación en la capacitación de entrenamiento de líderes de proceso - renovación ICONTEC en el mes de septiembre de 2020.</p>	<p>X</p>	
<p>6.1.1 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad 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.</p>	<p>X</p>	
<p>6.2 Objetivos de calidad y planificación</p>	<p>En la verificación de, cómo establece el proceso sus objetivos de calidad y planifica la forma de lograrlos, se evidencia que la Subsecretaria realiza el seguimiento al tablero de control denominado <i>Calificación Tablero IV Trimestre 2020</i> del proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación, en donde se evidencia avance optimo en la meta establecida "Realizar las acciones necesarias para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS".</p>	<p>X</p>	

6.3 Planificación y control de cambios	<p>El proceso manifestó que para afrontar los cambios realizó las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Construcción técnica del documento de repositorio y definición de plan de trabajo para su implementación. b. Solicitud de delegados de las distintas dependencias para ser parte del proceso de construcción e implementación del repositorio. c. Envío de documento a los delegados para recibir sus apreciaciones. d. Ajuste del documento e incorporación en formato institucional. e. Envío a Calidad para la revisión y codificación d. Ajustes al documento y aprobación por los implicados f. Solicitud a Calidad para subirlo a Solución g. Capacitación a los delegados de las dependencias sobre los Lineamientos. h. Divulgación de piezas graficas por comunicaciones <p>De igual manera se adaptaron a las normas internas para realizar los turnos presenciales y atención(en al publico e implementaron el sistema de paz y Salvo a través de correo electrónico.</p>	X	
7.5.2 Creación y actualización	<p>se adjunto el "DIAGNOSTICO/INVENTARIO DOCUMENTAL" en el cual se evidenció la actualización de tres documentos correspondientes a los códigos SDS-GCI-PR-004, SDS-GCI-FT-016 y SDS-GCI-LN-009, sin embargo, en la verificación del procedimiento SDS-GCI-PR-002-Ciencia Tecnología e Innovación para la Salud, en los pasos 1 y 2, se encuentran descritos los links que remiten a la información relacionada la Agenda temática de investigaciones y los planes (Plan Desarrollo Vigente, Plan Territorial en Salud, Plan Distrital de Ciencia Tecnología e Innovación para la Salud 2012-2022), los cuales coinciden con información desactualizada, incumpliendo con el numeral 7.5.2 Creación y actualización, literal c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.</p>		X
8.1 Planificación y control operacional	<p>En la verificación de la planificación y control operacional en donde se debe planificar, identificar y controlar los procesos necesarios para cumplir los servicios prestados por el mismo, se aportaron evidencias de seguimiento a la ejecución de los proyectos de las cuatro Subredes, de igual manera el SEGPLAN de los componentes de gestión e inversión, componente inversión por entidad y territorización de la inversión distrital, en donde se puede constatar el seguimiento y el control sobre sus productos y servicios conforme a sus requisitos.</p>	X	
10.2 No conformidad y Acción correctiva 10.3 Mejora continua	<p>De acuerdo a la revisión realizada en la herramienta Isolucion, se evidenció que, el proceso en atención a la mejora, gestiona actualmente 1 acción para abordar el riesgo y las acciones cerradas fueron atendidas oportunamente, dando un tiempo de respuesta optimo frente al sistema de gestión de la calidad.</p>	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

En la verificación de la divulgación de los productos que genera el proceso como lo son la Agenda Temática de Investigaciones y el Mapa del Conocimiento para la salud consensuado, se evidenció que cuenta con una sola publicación en la página de la Secretaría, siendo esta la única socialización a la población en general, generando una posible causal de desinformación sobre los productos y servicios generados por el proceso y la gestión adecuada de la información.

CONCLUSIONES

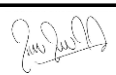
(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).

De los requisitos verificados de la norma ISO 9001 de 2015, se pudo evidenciar que el proceso cuenta con una adherencia óptima, sin embargo debe realizar ajustes de acuerdo al hallazgo encontrado y realizar una mejora continua sobre el sistema de gestión de la calidad.

Es importante que el proceso dentro de la entidad se haga más visible a través de medios de comunicación, contemplando que el proceso realiza y genera productos importantes para el cumplimiento de las políticas que interaccionan con toda la entidad.

Revisado gestor de calidad OCI: 

MÓNICA MARCELA ULLOA MAZ

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	