

 <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: Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión
 Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Gloria Mercedes Piñeros
 Auditor Líder: Luis Carlos Martínez Rincon
 Auditor (es): N/A
 Fecha de Ejecución Auditoría: Septiembre - Octubre

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de requisitos definidos en la Norma ISO 9001 :2015, en el proceso auditado

ALCANCE: La comprensión de la Organización y de su contexto, Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, Acciones para abordar riesgos y oportunidades, La planificación de los cambios, Recursos de seguimiento y medición, Competencia, La Toma de conciencia, Comunicación, Información Documentada, Planificación y control operacional, Operación, Evaluación del desempeño ,Auditoria Interna Revisión por la dirección.
 Hasta: La mejora del proceso.

CRITERIOS: (4.1,4.2,6.1,6.3,7.1,7.2,7.3,7.4,7.5,8.1,8.2,2,8.2,3,9.1 ,9.2,9.3,10)

LIMITACIONES: Ninguna

METODOLOGÍA UTILIZADA: Muestreo representativo y aleatorio de registros, verificación de soportes y evidencias a través de la técnica de investigación.

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 comprensión de la organización y su contexto	Se evidenció el análisis y comprensión del contexto, en el documento ACI y PESTAL, que fue actualizado recientemente , donde se pudo establecer el cumplimiento del requisito.	x	
4.2 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas	Se evidencia matriz de necesidades y expectativas de las partes interesadas, que evidencian el cumplimiento del requisito.	x	
6. Planificación	En el mapa de riesgos del proceso Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión, no se evidenció el establecimiento de los riesgos a los que le aplican los riesgos transversales, en los riesgos de: 1.(Evaluar la efectividad y eficacia sin tener en cuenta l la programación de los seguimientos a los planes de mejoramiento institucionales.(32), 2.Generar los informes de ley posterior a los términos de la Normatividad Legal vigente.(33) y Realizar seguimiento fuera de los términos a los planes de mejoramiento suscritos por la entidad con los Entes de Control". Lo anterior genera un incumplimiento del numeral 7 ítem 3 de lineamiento de la gestión de riesgo en la SDS y el numeral 6.1 literal c de la ISO 9001:2015 (NC)		x
6.3 Planificación de los cambios	Se logró evidenciar la planificación de los cambios a través del acta de 30 de julio del Comité Coordinador de Control Interno ,donde se informó sobre el retraso en las auditorias y se concertó las reprogramaciones pertinentes ante la emergencia sanitaria del COVID -19.	x	
7.1 Recursos	En el Plan Anual de Adquisiciones del proceso Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión , no se determinó con exactitud, el nivel profesional necesario a contratar, debido a que el perfil relacionado correspondiente al Profesional Universitario 2A, se encuentra relacionado con una escala salarial del nivel especializado, lo que podría generar un potencial incumplimiento con el requisito 7.1.2 (A.P)	x	
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición	Se evidencia una correcta aplicación del requisito de seguimiento y medición en los procesos	x	
7.2 Competencia	Se evidencia certificación de competencias del equipo auditor, que legitiman el ejercicio de la auditoria	x	
7.3 Toma de conciencia	Se evidencia cumplimiento del requisito	x	

7.5 Información Documentada -7.5.	Si bien es cierto no se ejecutaron las auditorias de Planeación y Gestión Sectorial, Provisión de servicios de Salud, y Control Disciplinario establecidos en el Plan Anual de Auditoria 2020 para el I y II Trimestre 2020 en las fechas programadas , el proceso solicitó reprogramación en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y se prevee su realización para el II Trimestre, conforme.	x	
8.1 Planificación y Control Operacional	Se evidenció la Planificación del proceso a través del Plan Operativo de Gestión y Desempeño	x	
8.2.2 determinación de los requisitos para los productos y servicios	Se evidenció una correcta gestión y actualización de los requisitos normativos aplicables, a través de la matriz normograma suministrada por el proceso.	x	
9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación	Se evidencia herramientas de seguimiento medición y análisis que permiten evaluar el desempeño del proceso y su aporte al sistema de gestión de la calidad.	x	
9.2 Auditoria Interna	Se evidenció la existencia de un Plan Anual de Auditoria 2020 , lo que permite establecer que la entidad realiza auditorias internas dentro de intervalos de tiempo planificados.	x	
9.3 Revisión por la Dirección	Se evidenció la presentación de resultados de auditorias en la revisión por la dirección 2020.	x	
10. Mejora 10.2 No conformidad y acción correctiva	Se seleccionó una NC de forma aleatoria con el reporte de acciones enviado y se evidenció el correcto seguimiento realizado en la acción 2045 que aducía a la falta de protección contra escritura y posible riesgo ante la pérdida de integridad de actas emitidas por el proceso, En el cual el auditado reacciona a través de revisión documental y sensibilizaciones a nivel de tipos informativos, ante la no conformidad reportada, lo que permite evidenciar la eficacia de las acciones para la mejora del proceso revisado.	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)

Ninguna

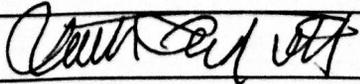
CONCLUSIONES
(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).

El Plan Anual de Auditoria, se revisó y aprobó por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño ,sin embargo, no se evidencia, que se haya divulgado a los procesos a través de los canales de comunicación interna (Correo Institucional, SDS/Comunicaciones, Pantallas Digitales, Boletines virtuales) , que se establecen en el Lineamiento de comunicación interna SDS-COM-LN-004, se recomienda utilizar los canales internos, para esta divulgación.

Se recomienda mejorar la revisión de los documentos antes de su formalización, ya que existen imprecisiones en la digitación , redacción que imposibilitan el entendimiento y análisis de la gestión del proceso.

Se resalta la oportunidad en la entrega de las evidencias, la disposición y amabilidad de los auditados para atender la auditoria, la actualización de normatividad representada en el normograma , los espacios de análisis y seguimiento del proceso y los instrumentos de planificación y seguimiento de auditorias del proceso.

Revisado gestor de calidad OCI: No aplica

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
LUIS CARLOS MARTINEZ RINCON	
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:
NO APLICA	NO APLICA