



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN  
 CONTROL DOCUMENTAL  
 INFORME AUDITORÍA SIG  
 CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.5

Elaborado por: Roció Zabala  
 Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos.  
 Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos



**Proceso y/o Subsistema:** Política y Gerencia Estratégica  
**Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema:** Alejandro Gómez López  
**Auditor Líder:** Oscar Hernando Rojas Suarez  
**Auditor (es):** N/A  
**Fecha de Ejecución Auditoría:** Noviembre - 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 auditoría, 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
4.1 Contexto de la organización	Verificado el Decreto 507 de 2013 en su Artículo No. 3, se identifico que el Despacho de la Secretaría Distrital de Salud cuenta con un total de 11 funciones, de acuerdo a la revisión realizada en auditoría a la caracterización del proceso se identificaron 6 productos resultado del cumplimiento de dichas funciones.	X	
4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	El proceso apporto el documento en Excel de nombre PARTESINTERESADASDESPACHO, en el cual se evidencia el contexto de la organización y la manera en que interactúa con sus partes interesadas de acuerdo a sus servicios y la descripción de sus expectativas.	X	
4.3 Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad	De acuerdo a la revisión realizada a la caracterización se observa que los productos y servicios ofrecidos se encuentran definidos en el documento SDS-PGE-CAR-001, lo que permite evidenciar que el proceso, ajusta y actualiza la información con relación a los proveedores, usuarios, entradas, actividades y salidas.	X	

<p>4.4 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>Verificado el procedimiento SDS-PGE-PR-017 Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas en mesa de trabajo, se evidencia que las actividades 2, 4, y 7 están asignadas exclusivamente al despacho pero se ejecutan también desde otras dependencias de la entidad no se visualiza en dicho procedimiento, incumpliendo con el numeral <u>4.4. Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos Literal e) Asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos.</u></p>		X
<p>4.4.2. En la medida en que sea necesario la organización debe.. Literal b) Conservar la información documentada para tener la confianza que los procesos se realizan según lo planificado.</p>	<p>Verificados los procedimiento SDS-PGE-PR-017 Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas y SDS-PGE-PR-020 Gestión de las PQRS emitidas por entes de Control y el estamento político, se evidenció que estos procedimientos no operan de la misma manera en la que se encuentra documentados, lo que se puede generar posibles desviaciones, por lo anterior de emite acción para abordar riesgos con relación a este numeral.</p>	X	
<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad. 5.1.2 Enfoque al cliente</p>	<p>Verificado el ejercicio del liderazgo enfocado a la satisfacción, necesidades y expectativas de sus clientes, se evidencia que el Secretario Distrital de Salud, preside los siguientes espacios: - Comité Institucional de Gestión y Desempeño (Resolución 2765/2018 y Resolución 414/2020) - Comité Sectorial de Gestión y Desempeño (Resolución 1730/2020) - Comité Directivo de la SDS - Comité Directivo de Red del Sector Salud (Decreto 809 de 2017) - Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud (Decreto 812 de 2017) - Comité Intersectorial Distrital de Salud (Decreto 812 de 2017). Demostrando liderazgo y compromiso con referencia al sistema de gestión de la calidad. Se evidencia la aplicación de herramientas de evaluación como el "Informe de percepción del cliente", en el cual se analizan y presentan los resultados de las encuestas de percepción del proceso de Política y Gerencia Estratégica para el primer semestre 2020.</p>	X	
<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 de la SDS se evidencia que, fue aprobada mediante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado el 7 de septiembre de 2020, el cual presidió el Secretario Distrital de Salud y fue socializada el 16 de septiembre de 2020 por medio del entrenamiento previo a la visita de ICONTEC del cual se aportan listados de asistencia y presentación denominada Entrenamiento Líderes de Proceso – Renovación ICONTEC, realizado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad -DPIYC.</p>	X	
<p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades</p>	<p>Verificada 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 no aporta lo relacionado a la identificación de riesgos del proceso y de corrupción o herramienta que permitan establecer medidas con relación a la mitigación y gestión del riesgos, generando una desviación sobre el numeral <u>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.</u></p>		X
<p>6.2 Objetivos de calidad y planificación</p>	<p>Realizada la verificación de como establece sus objetivos de calidad y planifica la forma de lograrlos, se evidencia que el Despacho realiza el seguimiento al tablero de control denominado <i>Calificación Tablero IV Trimestre 2020</i>, 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>	X	

6.3 Planificación y control de cambios	De acuerdo a lo verificado con respecto a la previsión y análisis de los cambios al sistema de gestión de la calidad, el proceso demuestra en el documento denominado "MATRIZ REVISION POR LA DIRECCION 2020 PGE" adaptación y aprovisionamiento a la planificación de los cambios a causa de la contingencia presentada definida como Emergencia Económica, Social y Ecológica por COVID-19. en la cual se refieren actividades y labores cuyo objetivo es principalmente atender y mitigar la propagación del virus, así como la atención de todas las personas contagiadas.	X	
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.	Verificados los recursos específicos para las actividades de su portafolio y operación, se evidencia que el proceso da cumplimiento de los requisitos de los productos y servicios (salidas) del Despacho del Secretario, los cuales se validan a través de la implementación de los 5 procedimientos, los cuales se encuentran disponibles en la herramienta ISOLUCION: 1. SDS-PGE-PR-016: Relaciones con el Concejo de Bogotá y requerimientos de Entes de Control y otras entidades. 2. SDS-PGE-PR-017: Implementación, seguimiento y evaluación de políticas. 3. SDS-PGE-PR-018: Gestión de la Cooperación y relaciones internacionales. 4. SDS-PGE-PR-019: Gestión de las salidas de información del Observatorio de Salud de Bogotá. 5. SDS-PGE-PR-020: Gestión de las PQRS emitidas por Entes de Control y del Estamento Político. En ellos se contemplan las actividades, tiempos, responsables, dependencia y documentos, que incluye los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades establecidas, y se identifica la interacción del Despacho del Secretario con otras dependencias de la SDS.	X	
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	Un vez realizada la verificación del personal necesario para desarrollar las actividades de su portafolio, en el documento "RECURSOS HUMANOS DEL PROCESO" el proceso demuestra que cuenta con el recurso humano necesario para el funcionamiento eficiente del SIG y su respectiva operación, de la siguiente manera:  Carrera administrativa 5 Libre nombramiento 12 Provisionalidad 2  Esta dependencia no cuenta con personal contratado por OPS	X	
7.1.3 Infraestructura requiere que se identifique, proporcione y mantenga la infraestructura necesaria para que los procesos operen con eficiencia	Verificada la infraestructura del proceso de Política y Gerencia Estratégica, se evidencia que cuenta con las áreas, equipos, transporte, tecnologías de información y comunicación necesarias para la operación, lo que permite que sus funciones se desarrollen. Actualmente sus oficinas se encuentran ubicadas en el 6 piso del edificio administrativo, con un total de 22 puestos de trabajo..	X	
7.2 Competencia	Verificado como se valida la idoneidad, competencia del personal a cargo y su compromiso con los objetivos de calidad, se evidencio que proceso realiza evaluación del desempeño establecido por la Comisión Nacional del Servicio Civil a través del acuerdo No. 565 del 25 de enero del 2016, por medio del cual se determina que los funcionarios cuenten con las habilidades y competencias necesarias, aportando a la eficacia del sistema de gestión de la calidad dentro de las necesidades del personal.	X	

7.5 Información Documentada	Verificada la información relacionada con el inventario documental aportado por el proceso "DIAGNOSTICO/INVENTARIO DOCUMENTAL", con el fin de realizar su actualización, eliminación y obsolescencia de acuerdo con la necesidad y cambios normativos según lineamiento SDS-PYC-LN-001, se evidencia retraso para el tercer trimestre de 2020 en el instrumento tablero de control de acuerdo al criterio de evaluación Inventario-Diagnostico Documental, con un cumplimiento del 91% sobre un 100%.	X	
8.1 Planificación y control operacional	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, no se aportaron evidencias de seguimiento a la ejecución operativa, POA 2019 y/o POGD 2020, por lo cual el proceso aporto documento "Evaluación por dependencias" en el cual se observa porcentaje de evaluación del Despacho promediando las cuatro Oficinas Asesoras de la entidad, pero no se observa un instrumento que permita evidenciar la planeación, ni los avances con relación a las actividades desarrolladas por el Despacho, lo anterior teniendo en cuenta que los procesos deben contar con planificación y control operacional. <u>Se define dejar acción para abordar riesgos.</u>	X	
9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	Verificado el informe de percepción del cliente del proceso PGE con calificación 97.05 para el primer semestre de 2020, se demuestra cumplimiento a las directrices establecidas por el sistema de gestión de la calidad.	X	
10.2 No conformidad y Acción correctiva 10.3 Mejora continua	Realizada verificación en el aplicativo Isolucion en el cual se evidenció que, el proceso en atención a la mejora, gestiona actualmente 3 acciones de mejoramiento continuo "acciones para abordar riesgos" 2230, 2231 y 2232, demostrando gestión y cumplimiento de las acciones correctivas.	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

Verificados los procedimientos SDS-PGE-PR-017 Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas y SDS-PGE-PR-020 Gestión de las PQRS emitidas por entes de Control y el estamento político, se evidenció que estos procedimientos no operan de la misma manera en la que se encuentra documentados, lo que se requiere para conservar la información documentada y apoyar la operación del proceso.

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, no se aportaron evidencias de seguimiento a la ejecución operativa, POA 2019 y/o POGD 2020, por lo cual no se logró determinar Planificación y Control Operacional del proceso PYGE a través de un instrumento que permitan determinar el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) Tener confianza en los procesos que han llevado a cabo según la planificado, 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.

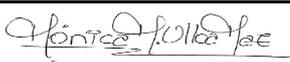
#### CONCLUSIONES

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

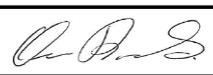
El proceso implementa criterios de evaluación de la calidad en las respuesta a las peticiones atendidas desde el Despacho demostrando coherencia, claridad, oportunidad y calidez, frente al cliente interno y externo.

Se resalta la gestión realizada desde el Despacho de la SDS, con respecto a la adaptación a los cambios y aprovisionamiento a causa de la contingencia por COVID-19 para la vigencia 2020.

Se recomienda al proceso desde la Oficina de Control Interno continuar realizando los respectivos seguimientos relacionados a la actualización documental del proceso, con el fin de seguir fortaleciendo el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad.

Revisado gestor de calidad OCI: 

MÓNICA MARCELA ULLOA MAZ

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:</b>	<b>FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:</b>
OSCAR HERNANDO ROJAS SUAREZ	
<b>NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>	<b>FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>
OLGA LUCIA VARGAS COBOS	