
 <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: Planeación Institucional y Calidad</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Juan Carlos Jaramillo Correa</p>			
<p>Auditor Líder: Mónica Ulloa Maz</p>			
<p>Auditor (es): NA</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: Octubre 2020</p>			
<p><b>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</b></p>			
<p><b>OBJETIVO:</b> Verificar la administración del sistema de gestión de calidad basado en los requisitos de la norma ISO 9001:2015, de igual manera determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la entidad cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales y también identificar las mejoras potenciales del sistema de gestión.</p>			
<p><b>ALCANCE:</b> Desde: La administración del sistema de gestión de calidad para la SDS 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. documentada. Hasta: La autoevaluación y su mejoramiento continuo. Hasta: La mejora continua.</p>			
<p><b>CRITERIOS:</b> 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. Decreto 507 de 2013 Norma ISO 19001</p>			
<p><b>LIMITACIONES:</b> Restricciones para ejercer reuniones presenciales</p>			
<p><b>METODOLOGÍA UTILIZADA:</b> ISO 9001:2015</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>4.1 4.2 - 4.3 - 4.4.1</p>	<p>4.1 Contexto de la Organización 4.3 Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, 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>El proceso como administrador del SGC proporcionó las herramientas de análisis del contexto a través de la matriz PESTAL y ACI (mayo 2020) se verifica en carpeta compartida O segundo trimestre de la vigencia actual.</p> <p>De acuerdo con la normatividad vigente aportada como evidencia (Decreto 807 de 2019, 507 de 2013, Resolución 2765 de 2018 y 414 de 2020) y verificada en el normograma del proceso, se tienen definidas las competencias para el proceso de Planeación Institucional y Calidad, conformes a lo estipulado en su contexto interno como externo; sin embargo, es necesario revisar y modificar nuevas competencias y su articulación ó fusión con el proceso de planeación sectorial.</p> <p>El proceso como administrador del SGC definió un alcance al sistema de gestión el cual se encuentra publicado en el aplicativo Isolucion, documento "MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SDS EN EL MARCO DEL MIPG Código: SDS-PYC-MN-01 V.5 y actualizado en agosto de 2020.</p> <p>El proceso brinda los lineamientos para establecer las entradas, los requisitos, las salidas y la secuencia e interacción demostrado en su caracterización SDS PYC CAR 001, con fecha de actualización de mayo de 2019 y para los demás procesos brindó los lineamientos y se ejecutaron con fechas entre agosto de 2019 y octubre de 2020.</p> <p>De otro lado aportaron un ejercicio de "Arquitectura de Procesos" del cual se hace necesario articular y desarrollar en el proceso de reorganización y con una nueva mirada del enfoque de procesos para la entidad</p>	<p>X</p>	

*gn*

<p>5.1.1 - 5.1.2 - 5.2.1 - 5.3</p>	<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad. 5.1.2 Enfoque al cliente. 5.2.1, Establecimiento de la política de calidad 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades</p> <p>En entrevista con el líder del proceso se demostró conocimiento y liderazgo en la administración del SGC, evidenciado en los proyectos internos de revisión de la plataforma estratégica, el mejoramiento para el esquema de medición de la gestión y los espacios como equipo de trabajo disponen para dar los lineamientos relacionados con el SGC. Con respecto a la Rendición de cuentas (Revisión por la Dirección) el proceso asumió el liderazgo con el desarrollo de la revisión, aportan memorando de invitación con fecha de 31 de agosto de 2020, el acta y el informe de Revisión por la dirección, sin embargo, se sugiere evidenciar de manera más explícita las decisiones tomadas y su seguimiento para el mejoramiento del SGC.</p> <p>El proceso aporta la medición de la satisfacción de los procesos de la entidad y la percepción donde predominó la metodología de encuesta virtual, dicho informe de percepción se encuentra dividido por cada uno de los procesos y no se desarrolla en la totalidad de los productos y servicios prestados en la SDS, sería recomendable que la entidad revise el método de medición y los mecanismos utilizados para poder determinar el grado de satisfacción de los productos y servicios entregados.</p> <p>El proceso lideró y desarrolló el ejercicio de revisión por la dirección en donde se demuestran todos los requisitos solicitados por la norma ISO 9001 2015 y en el acta aportada quedaron fijados los compromisos de mejoramiento por cada uno de ellos; será necesario hacer seguimiento a su cumplimiento..</p> <p>Entregan acta de comité de gestión y desempeño con fecha del 9 de septiembre de 2020, donde fue aprobada la Política y los objetivos de calidad, pero se sugiere mejorar el mecanismo de medición y la articulación con la plataforma estratégica.</p> <p>Con relación a los roles y responsabilidades del proceso de Planeación Institucional y Calidad, se encuentran determinados en el Decreto 507 de 2013, del cual es necesaria la revisión general en dicho decreto y del numeral 8 "Dirigir, implementar y mantener los planes y programas relacionados con los subsistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión (Gestión Ambiental, Gestión de Calidad, MECI, Seguridad Informática, Seguridad y Salud Ocupacional, Responsabilidad Social, Gestión Documental, ya que algunas de estas funciones no se están controlando desde el proceso de Planeación Institucional y Calidad y deben ajustarse al marco normativo actual .</p>	<p>X</p>	
<p>6.1- 6.1.1-6.1.2</p>	<p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades 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>Como administrador del SGC el proceso brinda las directrices para la identificación de riesgos y oportunidades a través de la metodología SDS PYC LN -005, en lo relacionado con la gestión del riesgo mediante SDS PYC LN 012</p> <p>El proceso identificó de manera clara su contexto y los riesgos relacionados con el SGC, la planeación inicia en la identificación del contexto de los riesgos por medio del análisis de factores, en el cual se revisan factores internos y externos frente a las debilidades y amenazas. También se evidencia la gestión del riesgo por medio de las Autoevaluaciones de riesgos y controles con una periodicidad semestral, lo que permite establecer medidas con relación a la mitigación y gestión del riesgo, lo que promueve la mejora del proceso.</p> <p>Es necesario revisar la periodicidad propuesta por la Dirección de Planeación Institucional como administrador del SGC con respecto a la identificación y gestión de los riesgos ya que no sería suficiente como se encuentra establecida y por lo tanto es necesario que cada proceso de manera autónoma gestione las acciones para abordar sus riesgos y oportunidades.</p>	<p>X</p>	
<p>6.3</p>	<p>6.3 Planificación de los cambios.</p> <p>El proceso aportó el proyecto del procedimiento para la gestión del cambio con correo electrónico del mes de septiembre 2020, entregan las matrices que demuestran la planificación de los cambios de todos los procesos y que se tuvieron en cuenta para la revisión por la dirección 2020.</p> <p>Es necesario que el proceso formalice, cómo se realiza la gestión del cambio en la entidad (procedimiento aportado) ya que éste se encuentra en revisión desde el mes de julio de 2020 y a la fecha de ésta auditoria no se ha formalizado.</p>	<p>X</p>	

7.1.2 - 7.1.3 - 7.1.4 - 7.2 - 7.4 - 7.5	<p>7.1.2 Recurso Humano. 7.1.3 Infraestructura requiere que se identifique, proporcione y mantenga la infraestructura necesaria para que los procesos operen con eficiencia. 7.1.4 Ambiente de Trabajo ambiente para el buen funcionamiento de los procesos, ya que una empresa requiere que se determinen, proporcionen y mantengan un gran ambiente para la operación de los procesos. 7.1.5 Medición para demostrar que los productos y servicios cumplen con todos los requisitos. 7.2 Competencia. 7.4 Comunicación. 7.5 Información Documentada.</p> <p>Se definen de manera planificada(anual) los recursos (Humano, tecnológico y físico) para desarrollar las actividades prestadas por el proceso de Planeación Institucional y Calidad, evidenciado en el plan anual de adquisiciones, para la contratación del recurso humano; los recursos físicos y tecnológicos a través del proyecto de inversión 7824"Desarrollo Institucional y dignificación del Talento Humano ".</p> <p>El proceso de Planeación Institucional y Calidad cuenta con la infraestructura e instalaciones físicas para el desarrollo de su gestión.</p> <p>Como administradores del SGC es necesario revisar las necesidades de adecuaciones de infraestructura y el monitoreo a las acciones de mejora relacionadas con éste numeral.</p> <p>El proceso garantiza la competencia de su personal, en el caso de la planta cuenta con un manual de funciones que define los perfiles y competencias educación formación y experiencia y para los contratistas a través de los perfiles solicitados en los estudios previos para la contratación, garantizando que el recurso humano cumpla con los requisitos.</p> <p>El proceso comunica a través de diferentes mecanismos internos (Correo electrónico-intranet) o externos de comunicación (página WEB) los aspectos más relevantes del SGC se verifica por SDS Comunicaciones la socialización de la Política del sistema de gestión de calidad con fecha de septiembre 11 2020.</p> <p>Para la información documentada el proceso administra la documentación del SGC cuenta con los requisitos requeridos por la norma y la información documentada necesaria que ha determinado la entidad, sin embargo, es importante que tenga en cuenta el fortalecimiento del control de la información en los procesos. Adicionalmente cuenta con los procedimientos propios de su proceso.</p>	X	
8.1	<p>8.1 Planificación y control operacional. 8.2 Requisitos para productos y servicios. 8.7 Control de las salidas no conformes.</p> <p>En la verificación y gestión de los servicios ofrecidos por el proceso, como administradores del SGC, dan los lineamientos para la formulación, operación y control de los planes operativos de gestión y desempeño POGD (SDS PYC LN 013) . Adicional a ello el proceso cuenta con el SEGPLAN y su POGD para esta vigencia; dichos planes reflejan tanto la planeación estratégica como operativa del proceso.</p> <p>Se cuenta con el lineamiento para la formulación de indicadores como parte de la planificación operativa SDS PYS LN 07, sin embargo en la revisión de los POGD (gestión contractual, inspección, vigilancia y control, asegurar salud) es necesario que como administradores del sistema se den las políticas y se revisen y mejoren, el propósito de los indicadores planteados y el tipo de indicadores, para que puedan medir la gestión y mejoramiento de los procesos.</p> <p>Para las salidas no conformes el proceso controla el requisito, a través del lineamiento SDS PYC LN 007. del cual es necesario su actualización ya que refiere la norma NTD SIG ya derogada para el distrito capital.</p>	X	
9.1 - 9.1.2 -	<p>9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación. 9.1.2 Satisfacción del cliente</p> <p>El seguimiento y medición se realiza a través de los planes operativos de gestión y desempeño (POGD) y las validaciones y registros de los contenidos y especificaciones de los resultados de satisfacción de los servicios ofrecidos al cliente del proceso.</p> <p>Se tienen definidos estándares, contenidos y/o niveles esperados de satisfacción sobre los servicios ofrecidos.</p> <p>Es necesario mejorar los mecanismos de seguimiento y medición de resultados de la operación o prestación de los productos y servicios de los procesos de la entidad, en cuanto a cumplimiento de lo planeado, uso adecuado de recursos e impacto de la gestión. Se debe fortalecer la identificación en los procesos de lo que realmente necesita seguimiento y medición, además de los métodos de este seguimiento su análisis y evaluación.</p>	X	
10.2 - 10.3	<p>10.2 No conformidad y Acción correctiva. 10.3 Mejora continua.</p> <p>Se verifica el reporte de no conformidades y acciones para abordar el riesgo en el aplicativo Resolución se encuentran 10 acciones abiertas, sería necesario revisar la oportunidad en la gestión y revisión de las acciones.</p> <p>Como administradores del SGC es necesario generar mecanismos de control con las reincidencias presentadas en años anteriores, generadas de las auditorías en los procesos institucionales.</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: 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 lo relacionado con la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas la entidad cuenta con el método para la identificación de los requisitos del cliente SDS PYC LN 003 , sin embargo este refiere normatividad derogada NTD SIG y no cuenta con las herramientas suficientes (Periodicidad, control y metodologías) para determinar el grado de satisfacción de la totalidad de los servicios ofrecidos en los procesos misionales de apoyo estratégicos y de evaluación de la entidad, lo que podría generar insuficiencia en las fuentes de recopilación de la información sobre la percepción del cliente en la SDS y llevarlo al mejoramiento.

**CONCLUSIONES**

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

De manera general los términos revisados frente al sistema de gestión de Calidad, el proceso presenta alto grado de conformidad la norma ISO 9001:2015.

-Se hace necesario que el proceso de Planeación Institucional y Calidad dé continuidad y concluya con la revisión del enfoque de procesos institucional y lo articule con el estudio de reorganización y la actual estructura organizacional de la SDS, para así poder dar una nueva mirada y un mejoramiento a la operación en la entidad.


-Sería importante contar con mecanismos eficaces de comunicación y apropiación de la política de calidad y todos los elementos del SGC, tanto a nivel interno como de sus partes interesadas.

-Es importante generar estrategias y mecanismos para mejorar la cultura de la calidad dentro de los procesos institucionales.

-En relación con las situaciones de incertidumbre generadas en esta vigencia ocasionadas por la pandemia, es necesario fortalecer los procesos de análisis, mejora y un pensamiento basado en riesgos que permitan que la entidad fortalezca su capacidad de respuesta y la articulación de lo cotidiano con el Sistema de Gestión de la Calidad.

- Se hace necesario que la dirección de Planeación Institucional y Calidad fortalezca el rol como administrador del sistema de gestión y revise la articulación del modelo Integrado de Planeación y Gestión con los anteriores sistemas de gestión.

Revisado gestor de calidad OCI: 

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
MONICA ULLOA MAZ	
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:
GLORIA MERCEDES LOPEZ	