



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

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



Proceso y/o Subsistema: Asegurar Salud

Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Gloria Liliana Martínez Merizalde

Auditor Líder: José Gregorio Bueno Hernández

Auditor (es): N/A

Fecha de Ejecución Auditoría: Noviembre 2021

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA

OBJETIVO: Determinar la conformidad de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con lo establecido en la norma ISO 9001:2015, en el proceso de Gestión Planeación Institucional y Calidad, de la Secretaría Distrital de Salud.

ALCANCE: desde la verificación documental y el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 en el proceso de Asegurar Salud en cuanto a la planificación general, la administración del proceso de gestión de calidad, la determinación del contexto estratégico, los riesgos y controles que tienen asociados, los métodos, recursos y la ejecución de planes.

CRITERIOS: Norma internacional ISO: 9001:2015

LIMITACIONES: No se identificaron en el transcurso de la auditoría

METODOLOGÍA UTILIZADA: Muestreo representativo de los documentos del proceso, registros y entrevistas.

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
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1.Comprension de la Organización y su contexto 4.2.Comprension de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>4,1 El proceso de Asegurar Salud determinó las cuestiones internas y externas mediante el documento CÓDIGO: SDS-ASS-CAR-001 - Caracterización del proceso- http://sdsolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBRcnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy8yLzlyZDYxZGFhOGM2MzQ5M2I5OWM2YTA0ZjM4ZTQxODdlLzlyZDYxZGFhOGM2MzQ5M2I5OWM2YTA0ZjM4ZTQxODdlLmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTQ3NjQ4 las cuales son pertinentes para lograr los objetivos del proceso previstos en el sistema de calidad; El proceso realizó la actualización (revisión) de la caracterización del mismo con fecha 19 de Agosto de 2021.</p>	X	
<p>5.LIDERAZGO Y COMPROMISO 5,1 Liderazgo y compromiso</p>	<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad: mediante la caracterización del proceso identificado con el :<u>CÓDIGO: SDS-PYC-CAR-001</u>, actualizado el 30 de julio de 2021 versión 11, se evidencia que dentro del proceso de Gestión de Planeación Institucional y Calidad cada uno de los roles están definidos y encaminados a prestar un buen servicio a los clientes internos y externos. Evidencia: O:\Subsecretaria Corporativa\Direccion de Planeación Institucional y Calidad\Informacion\2021\EGPD 2021\TRIMESTRE I\DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS\REPORTE POGDASS 5,1,2 Los roles de cada uno de los funcionarios están definidos en el manual de funciones Decreto 507 de noviembre 6 de 2013 en el cual se detalla cada uno de los cargos y funciones asignadas a los mismos, y para los contratistas las responsabilidades están definidas en los contratos, evidenciándose así que están encaminadas a prestar un servicio con enfoque a los clientes tanto internos como externos. Evidencias O:\Subsecretaria Corporativa\ASS\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE I\PARTES INTERESADAS</p>	X	

5.1.2 Enfoque al cliente	<p>El proceso periódicamente se realiza el seguimiento a los procesos de aseguramiento al SGSSS de la población de Bogotá D.C. y de la garantía de la atención de la población a cargo de la Entidad Territorial, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza un seguimiento mensual a estos indicadores los cuales se evidencian en el SEGPLAN del proyecto 7822 y en las actividades de gestión que se realizan al interior de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud. • Se realiza un seguimiento a una muestra de los requerimientos que ingresan a través del SDQS de competencia del proceso Asegurar Salud. • Se realizan mesas de trabajo con la EAPB para mejorar las repuestas a los usuarios que ingresan a través de las diferentes plataformas como Bogotá te escucha, correo electrónico, entes de control, Línea Salud para todos, entre otros. • Se realiza el seguimiento mensual tanto a los recursos asignados al proyecto 7822 y a cada una de las metas a cargo. • Registro y seguimiento a la cobertura de afiliación de la población afiliada al SGSSS en el Distrito Capital, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente. Fuente BDUJ. (registro estadísticas tanto en la Página Web de la SDS – como en el SEGPLAN). • Gestión proceso de registro y actualización listados censales a poblaciones especiales 	X	
6. PLANIFICACION 6.1. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	6.1.2. Se realizó la revisión del mapa de riesgos de la vigencia 2021 http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=L14vRnJhbWVTZXRBcnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy8yLzlyZDYxZGFhOGM2MzQ5M2I5OWM2YTA0ZjM4ZTQxODdiLzlyZDYxZGFhOGM2MzQ5M2I5OWM2YTA0ZjM4ZTQxODdiLmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTQ3NjQ4 encontrándose que se identificó tres (3) riesgo asociado al proceso el cual se calificó dos en zona de riesgos muy alta; es pertinente realizar acciones para reducir los efectos no deseados dentro del proceso. La evaluación de la eficacia del riesgo se realizó mediante el I AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES PROCESO-CORRUPCIÓN SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD la cual se realizó en mayo de 2021, cumpliendo así con el numeral de la norma ISO 9001:2015.	X	
7.3 TOMA DE CONCIENCIA	7.3 Toma de Conciencia: En la verificación de la cultura organizacional sobre los temas relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, se realizaron entrevistas al personal en general del proceso en donde se tocaron temas sobre la política de calidad, riesgos, términos y definiciones; en mesa de cierre el proceso aportó documentación que permite avalar la divulgación de temas generales relacionados con los conocimientos básicos del sistema, dando así aportes para el fortalecimiento del SGC.	X	

<p>7.5.1 INFORMACION DOCUMENTADA</p>	<p>7.5 Información Documentada: En la verificación de la actualización de documentos del sistema de gestión de calidad del proceso ASS, se evidencia que (9) documentos que se encuentran sin la justificación técnica de actualización, SDS-ASS-INS-011 SANEAMIENTO CARTERA, SDS-ASS-LN-002 SEGUIMIENTO AL GIRO DE RECURSOS SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SGP – APORTES PATRONALES, SDS-ASS-MN-003 MANUAL DE USUARIO NUEVO COMPROBADOR DE DERECHOS, SDS-ASS-GUI-002 TRÁMITES Y SERVICIOS LINEA SALUD PARA TODOS - DERECHO A LA SALUD, SDS-ASS-INS-008 INSTRUCTIVO PARA LA GESTION INTERNA DE REQUERIMIENTOS SDQS Y ENTES DE CONTROL EN ASEGURAMIENTO DE LA, SDS-ASS-PRG-001 ACTIVIDADES PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO A LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS QUE OPERAN EN EL DISTRITO CAPITAL, SDS-ASS-INS-030 PRELIQUIDACIÓN CONTRATOS A CARGO DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD, SDS-ASS-INS-018 AUDITORIA CONCURRENTE DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LA POBLACIÓN A CARGO DEL FFDS, SDS-ASS-INS-014 CERTIFICACIÓN DE PAGOS A SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E IPS CONTRATADAS POR FFDS, POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA PPNA, incumpliendo la aplicación del lineamiento SDS-PYC-LN-001 CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y OBSOLESCENCIA DE DOCUMENTOS, numeral 7.2.1 Acerca de la codificación de documentos:, Los documentos que no han sido actualizados en un término superior a tres (3) años, deberán contar con la justificación técnica en el diagnostico documental sobre su permanencia en el aplicativo.</p>		<p>X</p>
<p>8.OPERACIÓN 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL 8.2.1</p>	<p>8.6. Revisado el Plan Operativo de Gestión y Desempeño se evidenció que el proceso cuenta con cuatro (4) metas las cuales contienen 17; La auditoria evidenció el cumplimiento de las actividades mediante el INFORME PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO (POGD), en donde se evidencia que todas las actividades se cumplen con lo programado. De acuerdo al SEGPLAN, se verificó la ejecución de la meta 7822-1 - <u>A 2024 conseguir una cobertura del 95% o más el aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital. (Con base en Censo DANE 2018)</u> la cual muestra una ejecución del 103,9% en ejecución física al corte del mes de Octubre, dejando cumplimiento con lo programado.</p>	<p>X</p>	
<p>8 OPERACIÓN 8,1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL 8,5 Producción y Provisión del Servicio</p>	<p>En la provisión del servicio se evidenció que el proceso de ASS implementó actividades de seguimiento al servicio y sus productos en cuanto al control de los procesos y sus salidas y los criterios de aceptación para los productos y servicios. Se evidenció a través del Tablero de Control, que el proceso monitorea el cumplimiento de las Metas <u>Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.</u> y se da cumplimiento a las actividades como: <u>1 - Realizar la actualización de la matriz de salidas no conformes y remitir a la DPIYC a más tardar el día 18 de agosto de 2021.</u> <u>2 - Efectuar el reporte del Informe de Salidas no Conformes correspondiente al II trimestre 2021, reportado a la DPIYC a más tardar el día 01 de Septiembre de 2021;</u> Mediante la <u>FORMULACIÓN DE INDICADORES DE GESTION Código: SDS-PYC-LN-017 V.2</u> se evidenció que la capacidad del proceso es medida y que acondiciona para alcanzar los resultados planificados.</p>	<p>X</p>	
<p>10 MEJORA 10,1. b.</p>	<p>En la verificación de la mejora accionada por el proceso, se identificaron 1 Acción para Abordar el Riesgo, en las cuales se ejecutaron actividades de mejoramiento continuo, lo que indica que el proceso realiza genera las correcciones de mejora continua.</p>	<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

En cuanto al contexto externo el proceso determinó factores ambientales, económicos, legales, políticos, sociales y tecnológicos que pueden afectar la operación del mismo. Mediante la Matriz de Impacto Cruzado DoFa -SDS-PYC-FT-040 Análisis de factores de contexto Interno Y Externo en la que se determinaron dos fortalezas (FO) y (FA) y tres debilidades (DO) y (DA), tres oportunidades y dos amenazas; En revisión de la matriz DOFA para la vigencia 2020 y 2021; en dicho ejercicio se evidenció que, el análisis de situaciones internas y externas tiene otros instrumentos que complementan el ejercicio, pero no se complementan en el formato definido para tal fin, generando una posible desviación en la información suministrada a sus clientes internos.

CONCLUSIONES

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

La actualización documental y la cultura organizacional respecto al Sistema de Gestión de la Calidad, deben ser fortalecidos, contemplando que el personal operativo y directivo deben apropiarse de dicho sistema y contribuir de manera permanente a la gestión del proceso.

El proceso cuenta con personal que cumple con los estándares de servicio y su oportunidad, adicional a esto, el personal referente es competente frente a su cargo y funciones, sin embargo algunos son ajenos al Sistema de Gestión de la Calidad, lo cuales deben ser involucrados al fortalecimiento del proceso y generar un compromiso contribuyendo en la aplicación de sus conocimientos a la maduración de dicho sistema.

Es importante que el proceso genere mecanismos oportunos para la actualización de la documentación, ya que se puede presentar una desviación en la prestación del servicios.

Revisado gestor de calidad OCI: _MONICA ULLOA MAZ

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:

FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:

JOSE GREGORIO BUENO HERNANDEZ

NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:

FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:

OLGA LUCIA VARGAS COBOS