



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

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 Lucía Vargas Cobos.  
Aprobado por: Olga Lucía Vargas Cobos



Proceso y/o Subsistema: Planeación Institucional y Calidad

Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Juan Carlos Jaramillo Correa

Auditor Líder: Luz Myriam Arias M.

Auditor (es): José Gregorio Bueno Hernández

Fecha de Ejecución Auditoría: Julio 2020 a Agosto de 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 Planeación Institucional y Calidad 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


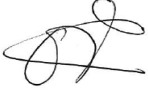
METODOLOGÍA UTILIZADA: Muestreo representativo de los documentos del proceso y registros, entrevistas.

| NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015   | DESCRIPCIÓN<br>(Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).  | CONFORME | NO CONFORME |
|--|--|----------|-------------|
| <p><b>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</b><br/>4.1.Comprension de la Organización y su contexto<br/>4.2.Comprension de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p> | <p>4,1 El proceso de Gestión Planeación Institucional y Calidad determinó las cuestiones internas y externas mediante el documento CÓDIGO: SDS-PYC-CAR-001 - Caracterización del proceso- <a href="http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/frmFrameSet.aspx?Ruta=L14vRnJhbWVTZXRbcnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy9hL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiLmFzY2VjREFSVEIDVUxPPTQ3Nm1">http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/frmFrameSet.aspx?Ruta=L14vRnJhbWVTZXRbcnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy9hL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiLmFzY2VjREFSVEIDVUxPPTQ3Nm1</a> 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 30 de julio de 2021, cumpliendo así con este numeral. 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 <i>Matriz de Impacto Cruzado Doña</i> - <a href="#">SDS-PYC-FT-040 Análisis de factores de contexto Interno Y Externo</a> en la que estableció las estrategias ofensivas y defensivas del proceso, determinando 6 fortalezas con sus debidas estrategias (FO) y (FA) y 8 debilidades también con sus estrategias defensivas y ofensivas (DO) y (DA), estrategias (DF) y Estrategias (AO). cumpliendo con este numeral de acuerdo con la norma.</p> | X        |             |
| <p><b>5.LIDERAZGO Y COMPROMISO</b><br/>5,1 Liderazgo y compromiso<br/>5.1.2 Enfoque al cliente</p>   | <p><b>5.1.1</b> Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad: mediante la caracterización del proceso identificado con el :<b>CÓDIGO: SDS-PYC-CAR-001</b>, 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: <a href="#">:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y calidad\Información\2021\AUDITORIA OCIPOLITICA DE CALIDAD</a><br/><b>5,1,2</b> 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 <a href="#">O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE I\PARTES INTERESADAS</a></p>  | X        |             |

|  |  |          |          |
|--|--|----------|----------|
| <p><b>6. PLANIFICACION</b><br/>6.1.ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</p> | <p>6.1.2. Se realizó la revisión del mapa de riesgos de la vigencia 2021 <a href="http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBCnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy9hL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiLmFzcCZJREFSV/EIDVUxPPTQ3NzM1">http://sdsisolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBCnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy9hL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiLmFzcCZJREFSV/EIDVUxPPTQ3NzM1</a> encontrándose que se identificó un (1) riesgo asociado al proceso el cual se califico en zona de riesgos moderado; es pertinente realizar acciones para reducir los efectos no deseados dentro del proceso.<br/>La evaluación de la eficacia del riesgo se realizó mediante el I <a href="#">AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES PROCESO-CORRUPCIÓNSECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD</a> la cual se realizo en mayo de 2021, cumpliendo así con el numeral de la norma ISO 9001:2015. <a href="#">O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y salida\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE IIRIESGOS\INFORME AUTOEVALUACIONPYC</a></p> | <p>X</p> |          |
| <p><b>7.3 TOMA DE CONCIENCIA</b></p>   | <p><b>7.3 Toma de Conciencia:</b> En la verificación de la cultura organizacional sobre los temas relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, se evidencian hallazgos relacionados con el desconocimiento sobre el SGC, en los procesos de Gestión Contractual, Provisión de Servicios en Salud, Control Disciplinario, Talento Humano, Gestión de Comunicaciones, Gestión Financiera, entre otros, lo que se determina como incidencia, generando una posible desviación en el cumplimiento de los objetivos establecidos por el sistema de gestión; de igual manera que estos resultados desmejoren la cultura organizacional frente al SGC, también puede referenciarse como una falta de mantenimiento sobre los servicios ofrecidos por la administración del SGC.</p>  |          | <p>X</p> |
| <p><b>7.5.1 INFORMACION DOCUMENTADA</b></p>  | <p><b>7.5 Información Documentada:</b> En la verificación de la actualización de documentos del sistema de gestión de calidad del proceso PIYC, se evidencia un (1) documentos que se encuentran sin la justificación técnica de actualización, el Manual de calidad 114 MEC MN. 01 V.04 (publicado en aplicativo Isolucion ruta <a href="http://sdsisolucion/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=fi9CYW5jb2NvbW9jaW1pZW50bzRTRFRMvNS81Njg5OTFDNy05NzdELTQ5QzltQTdBQS1EMzEzNOZEOTVCREMvNTY4OTkxQzctOTc3RC00OUMyLUE3QUEtRDMxMzdGRDk1QkRDLmFzcA==&amp;debug=yes">http://sdsisolucion/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=fi9CYW5jb2NvbW9jaW1pZW50bzRTRFRMvNS81Njg5OTFDNy05NzdELTQ5QzltQTdBQS1EMzEzNOZEOTVCREMvNTY4OTkxQzctOTc3RC00OUMyLUE3QUEtRDMxMzdGRDk1QkRDLmFzcA==&amp;debug=yes</a>) entre otros, incumpliendo la aplicación del lineamiento <a href="#">SDS-PYC-LN-001 CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y OBSOLESCENCIA DE DOCUMENTOS</a>, 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><b>8.OPERACIÓN</b><br/>8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL<br/>8.2.1</p>      | <p>8.6. Revisado el Plan Operativo de Gestión y Desempeño se evidenció que el proceso cuenta con 3 metas las cuales contienen 19 actividades que permiten asegurar que el proceso cumple con su operación. La auditoria evidenció el cumplimiento de las actividades mediante el <a href="#">INFORME PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO (POGD)</a> , el cual presenta los indicadores que permiten el control de la operación del proceso.</p>  | <p>X</p> |          |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>8 OPERACIÓN</b><br><b>8,1</b><br><b>PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</b><br>8,5 Producción y Provisión del Servicio   | Revisado el numeral 8,5 se evidenció que la DIPYC implementó actividades de seguimiento a la provisión del servicio con el fin de verificar que se cumplen con los criterios de calidad exigidos por la norma ISO9001:2015 en cuanto al control de los procesos y sus salidas y los criterios de aceptación para los productos y servicios. mediante el <a href="#">FORMULACIÓN DE INDICADORES DE GESTION Código: SDS-PYC-LN-017 V.2</a> que permite evaluar la capacidad para alcanzar los resultados planificados de la prestación del servicio.   | X |  |
| <b>9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO</b><br>9.1.2. Satisfacción del Cliente   | Se verificó el <a href="#">INFORME DE PERCEPCIÓN DEL CLIENTE PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD JULIO DE 2021</a> , en donde se evidenció que el proceso tiene una oportunidad de mejora referente a: " <a href="#">Seleccione el nivel de frecuencia en que se ha prestado la asistencia técnica a través de los diferentes medios de comunicación existentes (telefónica, correos, reunión presencial/virtual, otros) por parte del referente de l a Dirección PYC para el desarrollo de las diferentes temáticas (riesgos, actualización documental, planes de mejora, percepción del cliente, otros)</a> ". Se verificó la oportunidad de mejora levantada por el proceso identificada como 61 en ISOLUCION, para dar incremento a la percepción frente a la asesoría técnica ofrecida por dicha Dirección; Como mejoramiento, el proceso levanto la oportunidad de mejoramiento numero 61, en la cual se establece "Diseñar e implementar procesos e instrumentos que faciliten el aprendizaje organizacional y fomenten la cultura de los SGC y los requisitos/elementos complementarios", dando como correctivo el resultado de percepción. | X |  |
| <b>10 MEJORA</b><br>10,1. b.  | En la verificación de la mejora accionada por el proceso, se identificaron 1 Acción Correctiva -generada por el proceso y 4 Oportunidad de Mejora - Proceso, en las cuales se ejecutaron actividades de mejoramiento continuo, lo que indica que el proceso realiza mantenimiento a sus recursos operativos.   | X |  |
| <b>Oportunidades de Mejora</b><br><b>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</b>   |  |   |  |
| La información documentada por el sistema de gestión de la calidad y por esta norma internacional se debe controlar para asegurar de que: a) Sea disponible y esa idónea para su uso donde y cuando se necesite; en la verificación y revisión de los inventarios documentales administrados por la Dirección de PYC se evidenció que, dicho inventario incluye información en varias vigencias en donde se establecen compromisos de actualización y los procesos de manera parcial efectúan dicho compromiso, tal como se establece en el inventario; de igual manera se evidencia que la DPYC aprueba todos los años este inventario saltando el punto de control de eficiencia en la actualización de la documentación. |  |   |  |
| En la verificación de las competencias del personal que realiza trabajos bajo el control del proceso de PIYC, se evidenció que dicha Dirección no emite requisitos mínimos para determinar la competencias necesarias con las que deben contar los gestores de calidad de cada proceso institucional, esto siendo una posible desviación al determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta el desempeño y eficacia del sistemas de gestión de la calidad.   |  |   |  |
| <b>CONCLUSIONES</b><br><b>(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).</b>  |  |   |  |
| En la determinación de cuestiones internas y externas se considera importante resaltar que la DIPYC realiza un acompañamiento cumpliendo con el propósito de la identificación y que son consistentes para la identificación de los determinó legal a lo tecnológico, a lo social y económico.  |  |   |  |
| Es importante generar estrategias que permitan mejorar la cultura de calidad a los funcionarios de los diferentes procesos por parte de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad  |  |   |  |

Revisado gestor de calidad OCI: MONICA ULLOA MAZ

|   |   |
|---|---|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:</b>               | <b>FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:</b>   |
| LUZ MYRIAM ARIAS M  |  |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b> | <b>FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>                                       |
| OLGA LUCIA VARGAS COBOS                                     |  |