



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL  
INFORME AUDITORÍA SIG  
CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.6

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz  
Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos.  
Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos



Proceso: Gestión de conocimiento e innovación

Líder de proceso: Cristina de los Ángeles Lozada Forero

Auditor Líder: FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ

Auditor Auditoría: N/A

Fecha de Ejecución Auditoría: 11 al 29 de octubre del 2021

**ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA**

**OBJETIVO:** Determinar la conformidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 frente al proceso realizado y en consecuencia medir la eficacia del mismo.

**ALCANCE:**

Desde: El contexto estratégico, liderazgo, consecución de recursos, operación, seguimiento

Hasta: la evaluación del desempeño y su mejoramiento continuo

Se evalúa caracterización: SDS-GCI-CAR-001 y sus correspondientes procedimientos

Periodo a evaluar: 1/09/2020 Hasta: 30/09/2021

**CRITERIOS:** Para el desarrollo de la Auditoría se tuvo en cuenta las norma técnicas : ISO9001:2015 e ISO19011:2018, así mismo procedimientos, políticas, controles orientados al cumplimiento del proceso, para ello se llevo a cabo un ejercicio metodológico basado en lista de chequeo elaborada para este propósito.

**LIMITACIONES:**

- Disposición de los referentes asignados para atender la auditoria

- Disponer de todas las evidencias solicitadas como parte de la comprobación del cumplimiento de los criterios evaluados.

**METODOLOGIA UTILIZADA:** Entrevista basada en preguntas conforme a los criterios definidos en la lista de chequeo. Se realizo consulta de casos aleatorio con el fin constatar cumplimiento.

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>4.1.Comprension de la organización y de su contexto</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con la evidencia que permita comprobar que se han detectado en la organización todos los factores internos/externos que afectan al desempeño de la organización?</p> <p>Se informa que el análisis del contexto interno y externo se realiza a través de la matriz FODA y su correspondiente revisión se realiza cada año por los equipos o frentes del proceso. La revisión y/o actualización es definida por la dirección de planeación institucional y calidad. De acuerdo a la información suministrada, se consulta la matriz DOFA en versión actualizada del mes de Julio del 2021 y el documento denominado: Contexto estratégico gestión del conocimiento e innovación. El cual contiene el análisis del contexto interno y externo. Se consulta correo remitido por la gestora de calidad institucional solicitando la matriz actualizada. El proceso de revisión de la matriz se ha venido realizando de forma virtual debido a las restricciones por la pandemia.</p> <p>Evidencia suministrada: Contexto estratégico gestión del conocimiento e innovacion.xlsx y Pantallazo correo.</p> <p>De acuerdo a lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	<p>X</p>	
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>4.2.Comprension de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que se han detectado todas las necesidades y expectativas de las partes interesadas que puedan afectar al desempeño del proceso?</p> <p>La matriz de partes interesadas es exigible y corresponden a un documento controlado no codificado, dicho documento fue remitido el día 31 de marzo del 2020 a la dirección de planeación institucional y calidad. En lo que respecta la matriz del año 2021, se provee el archivo actualizado de 20 de mayo del 2021. Se toma pantallazo del ultimo correo remitido por el referente de calidad a todos los funcionarios de la dependencia.</p> <p>De acuerdo a la información suministrada, se consulta el documento denominado: MATRIZ DE NECESIDADES Y ESPECTATIVAS PARTES INTERESDADAS - GCI.xlsx, documento que define todas las necesidades y expectativas de las partes interesadas y que están definidas en la caracterización del proceso.</p> <p>Evidencias suministradas: MATRIZ DE NECESIDADES Y ESPECTATIVAS PARTES INTERESDADAS - GCI.xlsx, MATRIZ DE PARTES INTERESADAS 2021 GCI , código: sds-PYC-ft-041 v1.</p> <p>De acuerdo a lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	<p>X</p>	

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>4.2.Comprension de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que se realiza el seguimiento y la revisión de la información relacionada con las partes interesadas y sus requisitos pertinentes?</p> <p>La matriz fue actualizada en el mes de marzo del 2020 y el ejercicio de actualización es realizado por cada uno de los equipos o frentes de gestión del proceso de gestión de conocimiento e innovación. Se provee el archivo actualizado de jueves 20 de mayo del 2021 y así se toma pantallazo del correo remitido por la dependencia. Documento denominado: MATRIZ DE PARTES INTERESADAS 2021 GCI , código: sds-PYC-ft-041 v1.</p> <p>De acuerdo a lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	
<p>5. LIDERAZGO numeral 5.2.2, numeral 6.2.1 literal f)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia conocimiento y apropiación de la política y objetivos de calidad?</p> <p>Se evidencia presentación del ejercicio de socialización del mes de septiembre y mediante la diapositiva Nro.6, se describe la política y los objetivos de calidad. Documento denominado: Cartilla Planeación y Gestión Sectorial.pdf, de otra parte, se toma pantallazo del correo del día 16 de septiembre del 2021 remitido a todo el grupo de la dirección de planeación sectorial. Así mismo, el día 21 de septiembre se realizo el entrenamiento de manera virtual a todos los funcionarios de la dirección.</p> <p>Se toma pantallazo de los correos remitidos y la lista de asistencia de la capacitación realizada en la cual participaron 35 personas.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	
<p>6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS numeral 6.1.1</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia registros de riesgos identificados, clasificados y valorados?</p> <p>Se provee el mapa de riesgos del proceso, documento denominado: Mapa de Riesgos GCI 2021.xlsx, el cual se encuentra actualizado a primero de septiembre del 2021 y se evidencia mediante correo remitido, para ello se toma pantallazo, al consulta el mapa, se identifica un solo riesgo para el proceso de gestión de conocimiento e innovación, el riesgo esta valorado y se encuentra en nivel moderado. Así mismo se cuenta con un plan de tratamiento basado en 3 controles. El seguimiento de la eficacia de los controles se realiza una vez al año y soporta con la verificación se realiza con el equipo y se remite a la dirección de calidad. La ruta de las evidencias esta en restringida y se toma pantallazo.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado</p>	X	
<p>6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS numeral 6.1.2</p>	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia planes de tratamiento de los riesgos identificados?, ¿Se evidencia seguimiento a los planes de tratamiento de los riesgos identificados? y ¿Las acciones implementadas han sido eficaces?</p> <p>El plan de tratamiento definido para el riesgo, contiene 3 controle y el seguimiento de los controles se realiza una vez al año con el equipo humano de la dirección y se remite a la dirección de calidad. La ruta de las evidencias esta restringida y se toma pantallazo.</p> <p>Respecto al seguimiento, se realiza una vez al año a través de la autoevaluación del mapa de riesgo. Para el caso del año 2021, la evaluación se realizo el día 20 de mayo del 2021, se toma pantallazo del correo remitido y la ruta que contiene los soportes remitidos del seguimiento realizado.</p> <p>Respecto a la eficacia. se obtiene la matriz de riesgos y en la columna "AL", se permite determinar la calificación del riesgo al momento de la valoración, para el caso, el riesgo se mantuvo en estado: MODERADO y no cambio de un año a otro y los controles siguen siendo los mismos 3.</p> <p>Evidencia suministrada: Mapa de Riesgos GCI 2021.xlsx De acuerdo con lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado</p>	X	
<p>7.1 RECURSOS, 7.1.1 Generalidades 7.1.2 Personas</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar el cumplimiento de la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico)?</p> <p>Se informa que el recurso humano dispuesto para esta labor, a la fecha cuenta con un profesional especializado, un Tecnólogo, un técnico y un asistente administrativo, es decir 4 personas, 2 de planta y 2 contratistas. En el proyecto del SEGPLAN Nro.7904 de la meta 1 y actividad 1.8, define la gestión administrativa y técnica que contribuye a la implementación del modelo de salud en Bogotá y al fortalecimiento de los campos de investigación para la red integrada de servicios de salud el cual cuenta con un Rubro de Presupuesto definitivo por valor de: \$5396 millones y un rubro ejecutado al mes de septiembre por valor de: \$3848 para un 71% ejecutado.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
Numeral 7.2 literal b) de la norma	<p>A la pregunta ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria para realizar el trabajo que afecta al desempeño y la eficacia, en conformidad con el numeral 7.2 literal b) de la norma?</p> <p>Se consulta el documento denominado: Obligaciones contratos 25 de febrero del 2021.docx, el cual contiene el "objeto" y las "obligaciones" de los 6 cargos actuales, los cargos incluyen un comunicador social y los demás profesionales que hacen parte del equipo que apoya la ejecución del procedimiento en cuestión, los contratos, cuentan con los estudios previos, para el caso se consulta la profesional especializada-bibliotecóloga y se consulta el perfil de la tecnóloga en el cual se establece: Titulo de tecnóloga en biblioteca, en el objeto contractual para el caso Especialización no aplica y experiencia se exige 12 meses.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.2 Creación y actualización	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia el manual de procesos y procedimientos, instructivos, guías, formatos actualizados?</p> <p>Se remite el documento denominado: diagnostico inventario documental. xlsx. y se toma pantallazo de correo del 21 de diciembre. Respectó al inventario, este contiene 19 documentos del proceso de gestión de innovación y conocimiento de los cuales existe una caracterización, 2 procedimientos, 11 formatos, 6 lineamientos. Así mismo se identifican 12 documentos actualizados a la fecha, 2 documentos se encuentran identificados por obsolescencia y 5 restantes están por actualizar. La actualización documental esta concebida para cuarto trimestre del 2021 y la fecha esta en curso.</p> <p>Documento consultado: INVENTARIO DOCUMENTAL - GCI DIC2020.xlsx</p> <p>De acuerdo con lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.2 Creación y actualización	<p>A la pregunta: ¿Existe evidencia soporte de la baja de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón. Se actualiza el repositorio documental isolucion?</p> <p>De acuerdo al inventario documental de fecha diciembre 2020, se tiene identificado por obsolescencia 2 documentos que corresponde a los siguientes formatos identificados: SDS-GCI-FT-001 y SDS-GCI-FT-018. De acuerdo a la programación se tiene estimado el retiro de los documentos en el cuarto trimestre del 2021.</p> <p>Documentos consultado: inventario documental.xlsx</p> <p>De acuerdo con lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	
7. APOYO 7.5.2.2 literal C	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia aprobación de los documentos para a su divulgación y publicación?</p> <p>Se procedió a consultar el documento codificado denominado: SDS-GCI-PR-004, el cual se encuentra revisado y aprobado por el exdirector. Se toma pantallazo.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	
7. APOYO 7.5.3.2 literal C	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos?</p> <p>Se consulta la caracterización documento codificado denominado: SDS-GCI-CAR-001, en el cual se evidencias que ha tenido 6 cambios o versiones producto mejoras o actualizaciones realizadas. Se evidencia que el ultimo cambio realizado fue el 25 de agosto del 2020. Se toma pantallazo.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A las preguntas: ¿Existe evidencia que permita constatar la identificación de necesidades de información científica, técnica y académica al interior de la dependencia?, ¿Existe evidencia que permita constatar el contacto con las editoriales o proveedores de material bibliográfico a partir de la necesidad puntual? y ¿Se logra constatar el informe remitido de las necesidades de información?</p> <p>Se explica que el tema de material bibliográfico se recibe acorde a 2 modalidades: compra y donación, sin embargo, respecto a la identificación de necesidades de información científica, técnica y académica al interior de la dependencias y la recepción del misma no fue posible verificar toda vez que la actividad no esta realizando desde el año 2019, no existe evidencia demostrable que permita constatar la gestión realizada en lo que respecta a la modalidad de "COMPRA", por consiguiente, el procedimiento no se viene aplicando y gestionando en su totalidad y el personal humano de la secretaria desconoce el servicio que presta la biblioteca ya que no se cuenta con registros de divulgación que permita dar a conocer el tema al interior de la secretaria, por consiguiente, se deriva una no conformidad con el requisito de norma.</p> <p>En cuanto a la modalidad por "DONACIÓN", se consulta correo reciente, del día 9 de octubre, el cual fue remitido por la subdirección de acciones colectivas y se hace entrega de 2 ejemplares, correspondientes a: 1. lineamiento para desparasitación y 2. modelo de seguridad del paciente. Sin embargo, evidenciamos que dichas donaciones no están siendo registradas bajo ningún mecanismo, en tal sentido, no se tiene control de los elementos recibidos en la biblioteca. En resumen, respecto a las 3 preguntas formuladas, evidencias o soportes que permita constatar el cumplimiento del procedimiento no se tienen y no se esta aplicando hace ya varios años.</p> <p><b>NC: Después de solicitar la información correspondiente con la recepción de necesidades de información científica, técnica y académica proveniente de las diferentes dependencias y al constatar la gestión realizada, se logra demostrar que desde el año 2019 a la fecha, el procedimiento definido no se viene aplicando, así mismo, el personal humano de la secretaria desconoce el servicio que presta la biblioteca ya que no se cuenta con registros de divulgación que permita dar a conocer el tema al interior de la secretaria, por consiguiente, existe un incumplimiento con los requisitos respecto a los numerales 8.1, 7.5.2 y 6.3 de la norma 9001:2015, por lo que hace necesario e indispensable tomar las acciones pertinentes.</b></p>		X
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Es viable comprobar la adquisición de material bibliográfico por donación de acuerdo al alcance de la auditoría?</p> <p>En cuanto a la modalidad por "donación", se consulta el correo reciente, del 9 de octubre, el cual fue remitido por la subdirección de acciones colectivas y se hace entrega de 2 ejemplares, correspondientes a: 1. lineamiento para desparasitación y 2. modelo de seguridad del paciente. Sin embargo, evidenciamos que dichas donaciones o documentos no fueron localizados al momento de la búsqueda, no cuentan con identificación, no fueron organizados, ni clasificados o etiquetados y tampoco fueron registrados mediante algún mecanismo, por lo tanto no se tiene control de los elementos recibidos en la biblioteca. Dicha situación se presenta para todo material recibido por lo anterior, se determina un incumplimiento con el requisito 8.1 de la norma.</p> <p><b>NC: Durante la auditoria se encontró que la adquisición de material bibliográfico mediante la modalidad de "DONACION" no esta siendo registrado, clasificado, etiquetado, organizado o ubicado, el material es remitido por las diferentes dependencias, simplemente es recibido y puesto en una mesa en donde se apila con otros documentos, se evidencia que no existen mecanismos de control de los elementos recibidos en biblioteca que permitan gestionar correctamente el material bibliográfico, en consecuencia, el procedimiento no se esta llevando a cabo y existe un incumplimiento con el requisito numeral 8.1 de la norma 9001:2015, por lo que hace necesario e indispensable tomar las acciones pertinentes.</b></p>		X

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Es posible comprobar el registro del material bibliográfico en la base informativa WIN ISIS?</p> <p>El sistema bibliográfico denominado WIN ISIS, de acuerdo a lo manifestado es un sistema obsoleto, el cual se utiliza solo para consulta de información histórica y se cuenta con 6958 registros de todo tipo de material bibliográfico. Para la localización de material bibliográfico se espera la adjudicación para el proceso de adquisición de la solución denominada: KOHA, el cual contemplara la migración de la base de WIN ISIS y el archivo denominado: archivo biblioteca, el cual contiene 14680 registros a la fecha. Así mismo, se consulta el archivo denominado: PRESTAMO DE LIBROS 2021.xlsx.</p> <p>Respecto al registro del material bibliográfico, esta se realiza mediante el control denominado: archivo biblioteca.xlsx, sin embargo, no cuenta información actualizada y exacta, sucede que al realizar la consulta de un libro en específico, este no se encontró en la ubicación señalada, por lo tanto, el control no es eficiente.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito evaluado el cual debe ser fortalecido.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Comprobar por sistema y de manera física la clasificación del material bibliográfica adquirido?</p> <p>Se procede a consultar el material bibliográfico en la modalidad de "donación" con fecha enero 2020, sin embargo, la identificación de elementos en el archivador físico no fue posible constatar ya que la información no ha sido clasificada hasta el momento. Se consulta el documento que hace parte del inventario numero topográfico: 362.11UEL104, el cual se valida en sitio y no es identificado en el archivado físico. En consecuencia, se deriva una acción para abordar riesgos toda vez que la gestión y control de la biblioteca no es eficiente.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito evaluado el cual debe ser fortalecido.</p>	X	
10.3 MEJORA CONTINUA	<p>A la pregunta: ¿Se han definido y llevado a cabo acciones de mejora frente al tema del manejo del material Bibliográfico?</p> <p>Se informa que se encuentra en marcha la implementación de la solución del software bibliográfico denominado "KOHA" que dependerá de la adjudicación del contrato.</p> <p>De otra parte se encuentra el "Repositorio institucional", el cual busca que todas las dependencias realicen el cargue de la información al SharePoint de manera mensual, de tal manera que la memoria de la entidad quede registrada y salvaguardada. El conocimiento de todas las áreas de la secretaria será compartido al público y se migrara la información que actualmente se tiene a dicho repositorio. La solución se dio inicio en el mes de marzo y como primera acción se creo el directorio de delegados mediante la circular 033 de diciembre del 2019. Se consulta la presentación elaborada de sensibilización del tema del día jueves 25 de marzo y una segunda presentación del día 17 de junio del 2021. Se provee el registro de asistencia y el acta de la presentación realizada. Así mismo, se hicieron las mesas de trabajo con los referentes de las diferentes dependencias y se aclararon dudas e inquietudes respecto al tema. Se consulta el formato registro para el repositorio institucional FT-031, sin embargo, resultado del compromiso de la reunión del mes de septiembre, la información debía quedar cargada a mas tardar en el mes de Octubre y a la fecha identificamos que no se tiene ningún resultado. La preocupación obedece a que habiendo realizado las mesas de trabajo desde el mes de marzo y junio respectivamente, varias de las dependencias participantes a la fecha no han hecho la carga de la información y por lo tanto el grupo de la biblioteca no ha realizado el seguimiento y escalamiento respectivo, lo que demuestra que no esta siendo complemente eficiente el ejercicio. En tal sentido, se deriva una acción para riesgo.</p> <p>Otro aspecto de mejora, corresponde a la actualización del formato FT-016 correspondiente al registro de material bibliográfico, en el cual se requiere cambiar el termino "reciclar" por "donar", ya que el servicio de reciclaje no es un servicio prestado por la biblioteca. Se tiene programado la actualización del inventario documental con fecha máxima de entrega el próximo 31 de diciembre del 2021. Se informa que la actualización del inventario se lleva a cabo todos los años.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito evaluado el cual debe ser fortalecido.</p>	X	


NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Existe evidencia que permita constatar la invitación realizada a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la elaboración de la revista?</p> <p>Se informa que la revisión y publicación del contenido para el artículo con el fin de publicar puede tomar 2 años y salen 2 volúmenes. Con respecto a la publicación de la revista en lo que refiere al año 2021, esta se encuentra en curso. Los artículos se encuentran en revisión por parte de los PARES de autores.</p> <p>Se informa que la primera revisión lo realizan los editores y también se realiza una revisión de forma. Los pares por su parte pueden ser internos o externos, los cuales revisan el artículo y emiten un concepto, por lo tanto se devuelve para ajustes y posterior aprobación por parte del equipo editorial. Las convocatorias tienen como propósito invitar a publicar los trabajos y se hace por medio de la oficina de comunicaciones y se remiten a las listas de contacto.</p> <p>Se consulta el registro de convocatoria realizada el día 31 de octubre del 2020, el cual tuvo como tema: convocatoria a publicar sobre la pandemia Covid19-Vigencias e implicaciones para la salud pública, se procedió a consultar el link de acceso y el correo institucional del cual se tomo pantallazo. Sin embargo, identificamos que no existe un procedimiento documentado que describa en detalle las actividades que realiza el comité editorial y sea sustentado por la líder del proceso, en tal sentido, se debe crear el procedimiento alineado con el lineamiento y el formato ft-014 existente. Se consulta el formato documentado del día 9 de julio del 2020 y se constata la revisión realizada por el par externo de la universidad de Antioquia. Se toma pantallazo</p> <p>Se informa que la revista cuenta a la fecha con aproximadamente 30 artículos en revisión. Cuando llega un artículo se lleva el control de todo lo que se recibe de los diferentes autores en la lista de artículos revista.xlsx. Clave aclarar que lo que esta pendiente de publicar corresponde a la revista del 2019 que consta de 5 artículos de varios autores. Esta publicación esta pendiente de la revisión de estilo, la cual es realizada oficina asesora de comunicaciones.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito evaluado el cual debe ser fortalecido.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se puede constatar la elaboración del artículo para la Revista de Investigaciones en Seguridad Social en Salud y el proceso editorial de la misma?</p> <p>Se consulta el proceso editorial final de la revista el cual fue remitido a la oficina de comunicaciones el día 10 de marzo del 2020. Se consulta el documento denominado: 53.Experiencia Protocolo Escoliosis.docx y se compara con la revista publicada. volumen 21 nro2 - 2019.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿SE puede constatar que el artículo cumple con los lineamientos establecidos por la Revista de Investigaciones en Seguridad Social en Salud?</p> <p>El lineamiento definidos para la revista, determina los pares evaluadores y otros elementos, sin embargo, se informa que dichos lineamientos o criterios para aprobación de la revista, están establecidos en el lineamiento denominado: código: SDS-GIC-LN-002, el cual no se encuentra aprobado y publicado en la plataforma de isolucion. En consecuencia, se deriva una acción para abordar riesgo que permita fortalecer este aspecto.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito evaluado el cual debe ser fortalecido.</p>	X	

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar la construcción y actualización de la Agenda y Mapa del Conocimiento para la salud?</p> <p>Este proceso se realiza cada 4 años, la información mas reciente es del final del año 2020 con la cual se inicio al proceso de actualización del mapa y la agenda. La agenda contiene los principales problemas de conocimiento en los que debe trabajar la secretaria de salud. Se consulta la metodología de construcción del mapa la cual fue diseñada para socializar con el equipo de la secretaria. El mapa del conocimiento contiene identificadas las innovaciones, tecnologías e investigaciones que se deben hacer para la construcción del inventario de conocimiento de la secretaria. Por ejemplo, el mapa actual contiene 3 subsistemas de control: humano, social artificial y natural y cada subsistema tiene unos nodos o dominios los cuales contienen la información que se ha levantado con las diferentes personas.</p> <p>Con respecto a la agenda de conocimiento, se establecen las diferentes problemáticas a tratar y para ello se consulta el documento denominado: agenda de conocimiento, dicha agenda define 3 categorías y cada categorías a su vez define varios campos de acción. El tema consultado: políticas publicas.</p> <p>Evidencia suministrada: mapa del conocimiento 2021.xlsx, agenda de conocimiento.xlsx</p> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar la revisión de la Agenda y Mapa del Conocimiento para la salud con diversos actores?</p> <p>Se informa que los flujos de conversación quedan formalizados en actas y en el documento final, de igual forma la información es consolidada y almacenada en un repositorio personal en la nube, sin embargo, al solicitar las actas de las sesiones realizadas y el informe no pudo ser suministrado. Se logro comprobar que no se cuenta con un recurso humano alterno o backup a quién delegar las funciones en caso de una eventualidad y dichas responsabilidades que no se pueden delegar a un rol técnico o asistencial.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito evaluado el cual debe ser fortalecido.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿se logra constatar mediante evidencias la socialización de la Agenda y Mapa del Conocimiento actualizada para la salud consensuada?</p> <p>Se consulta el documento definitivo denominado: agenda_conocimiento para la salud 2017-2020 el cual consta de 19 hojas. Así mismo se informa que el próximo año iniciaría la construcción de la agenda para el año 2021 a 2024. Cabe señalar, que la agenda del conocimiento fue publicada en el año 2017 y fue socializado en la pagina web publica de la entidad a través del link: saludcapital.gov.co, sin embargo, no se sabe que tanto ha sido consultado el documento por el publico en general ya que no se cuenta con un control de visitas al mismo y tampoco se logra comprobar que acciones de mejoramiento se han emprendido. Consideramos que el esfuerzo al desarrollar una agenda y mapa de conocimiento es una tarea ardua, que no se están viendo reflejado, en tal sentido se deriva una acción para abordar riesgo.</p> <p>Evidencia aportada: Se informa que se recibió solicitud telefónica de la secretaria general de la alcaldía mayor para socializar la agenda en el mes de noviembre sin embargo hasta el momento no se ha formalizado el requerimiento.</p> <p>Se consultan evidencias de socialización del mapa de conocimiento con la universidad distrital agosto del 2018 y socialización del comité del MIAS del 2019 además del acta de mesa de trabajo para revisión, formulación del mapa del conocimiento.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito evaluado el cual debe ser fortalecido.</p>	X	
8.7 Control de Salidas no conformes 8.7.1	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia implementación del procedimiento de producto no conforme?</p> <p>Se constata que existe un procedimiento institucional para el manejo del producto no conforme denominado: SDS-PYC-FTR-020 Control de las salidas no conformes, sin embargo, no le aplica al proceso en cuestión toda vez que el producto no conforme es manejado y gestionado por los proceso misionales.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
<p>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</p> <p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.1 Generalidades</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la periodicidad en la medición de los indicadores?</p> <p>De acuerdo a lo informado, la medición se realiza de forma trimestral mediante los componentes de POA y PODG , con el fin de constatar los indicadores se procedió a consultar la versión actualizada del tercer trimestre de 2021, documento denominado: Reporte PODG trimestre III- 2021.xlsx, dicho documento define como meta: establecer las acciones para la implementación de las políticas de la gestión y desempeño y se deriva una subactividad tendiente a facilitar herramientas para el desarrollo de la ciencia tecnología e innovación. Respecto al corte del tercer trimestre, se tiene programado: 15.9% de la actividad y el ejecutado a la fecha es del 15.9% para un 100% de cumplimiento. Así mismo, se determinan los productos generados hasta la fecha como son: Lineamiento de ciencia y tecnología, repositorio institucional, Difusión de la ciencia y tecnología.</p> <p>Respecto al POA la medición se realiza a partir del proyecto nro.7904 mediante la meta 1 y actividad 1.8, que corresponde a desarrollar la gestión administrativa y técnica que contribuyen al modelo de la salud en Bogotá y en el cual está contenido el recurso humano contratista de la dirección de planeación sectorial, respecto al presupuesto definitivo de la vigencia se contemplo un rubro por valor de: \$5396 millones y a la fecha se ha ejecutado un rubro por valor de: \$3848 , además se han realizado giros por valor de: \$1853 millones y el porcentaje ejecutado a la fecha: 71%.</p> <p>Evidencia suministrada: Reporte PODG trimestre III- 2021.xlsx y Seguimiento SEGPLAN proyecto 7904.xlsx</p> <p>De acuerdo a lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	
<p>9.1. SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la evaluación del desempeño y eficacia del procedimiento conforme al numeral 9.1. SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION?</p> <p>Se cuenta con evaluación del desempeño la cual es basada en el SEGPLAN Y PODG que es reportado trimestralmente a la dirección de planeación institucional y calidad.</p> <p>De acuerdo a lo anterior se constata el cumplimiento del requisito evaluado.</p>	X	
<p>9.1.2 Satisfacción de cliente</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido conforme al requisito de la norma?</p> <p>Se informa que anualmente se lleva acabo la evaluación de percepción de cliente y se elabora la encuesta con respecto al tema establecido. Se consulta la encuesta elaborada del año 2020 en el mes de junio. Tema evaluado: mesas de trabajo gestión del conocimiento MIPG de la SDS, la encuesta consta de 6 preguntas y fue remitida a 25 personas y respondieron los mismo 25. Acorde a los resultados la calificación general obtenida de la encuesta fue del 90.87% , por lo cual no requiere plan de mejoramiento.</p> <p>Se consulta una segunda encuesta del año 2020, correspondiente al nivel de percepción del cliente interno y externo respecto a los servicios que presta la biblioteca. Las personas encuestadas fueron : 88 y se obtuvo respuesta de los mismos.</p> <p>Evidencias suministradas: informe de percepción de cliente - GCI 2020.docx e informe de percepción de cliente - GCI 2021.docx</p>	X	
<p>9.3 Revisión por la dirección</p>	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a este procedimiento, conforme al requisito de la norma?</p> <p>Se informa que la revisión por la dirección se realiza una vez al año y es impartida por la dirección de planeación institucional y calidad, la ultima revisión fue realizada en el mes de Junio 2020 y 2021. Se consulta el documento denominado: revisión x Dirección Adecuación de Recursos GCI-2021, revisión realizada el pasado 2 de septiembre. A solicitud de la directora y el subsecretario, se realizo la presentación del plan de trabajo 2021 CT + II empalme.pptx, la cual fue divulgada o presentada en la ultima reunión del 15 de julio del 2021.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	



NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia la implementación del procedimiento de acciones correctivas? y ¿Se evidencia la elaboración de los planes de mejoramiento resultado de los hallazgos encontrados en las Auditorías Internas del proceso basado en calidad?</p> <p>A la fecha se cuenta con (1) una acción para abordar riesgo y se encuentra en estado en progreso, acción registrada en resolución Nro.: 2210 del 23 octubre del 2020, la cual contiene 4 actividades, de las cuales 2 de ellas fueron eficaces y 2 se encuentran en progreso.</p> <p>Respecto al plan, producto de la auditoría de gestión OCI realizada en los meses de septiembre/octubre del 2020, se derivó una acción para abordar riesgo identificada con el número: 2300, la cual se encuentra cerrada, así mismo se evidencia que la acción número 2210 se encuentra abierta y en progreso con un avance del 50%.</p> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	
10. MEJORA 10.3 Mejora Continua	<p>¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas conforme al requisito de la norma?</p> <p>Respecto al punto se informa que las mejoras que en desarrollo se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La actualización del inventario documental del proceso de gestión del conocimiento e innovación.,</li> <li>2. Ya se cuenta con personal humano contratado para garantizar el ejercicio de la biblioteca.</li> <li>3. Se cuenta con el proceso de contratación del repositorio institucional, revista de investigaciones y el catálogo bibliográfico KOHA. el cual se encuentra publicado en la plataforma de SECOP y se están aclarando las dudas e inquietudes de los oferentes respecto al proceso. Se estima que la adjudicación del contrato este para el mes de noviembre del 2021.</li> </ol> <p>De acuerdo con lo anterior se valida el requisito evaluado.</p>	X	
<p><b>ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>  <b>( Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:</b>  <b>a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables;</b>  <b>c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.</b>  <b>6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) la manera de:</b>  <b>1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.); 2) evaluar la eficacia de estas acciones.</b></p>			
<p>1. Mediante consulta a los diferentes mecanismos existentes para el control del material bibliográfico como son: WIN ISIS, archivo biblioteca, y archivo PRESTAMO DE LIBROS 2021, se evidencia que la información registrada no se encuentra actualizada, sucede que al realizar las consultas de algunos libros, estos no se encontraban en la ubicación especificada, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que el control no es eficiente, por lo anterior, se hace necesario e indispensable lo siguiente: 1.la adquisición e implementación de la solución KOHA que permita la gestión eficiente del material bibliográfico en el mediano plazo, que se realizará ya sea a través de la adjudicación del contrato o directamente con el apoyo de TIC. 2. Adjudicado el proceso, contemplará la migración de la data existente al nuevo aplicativo y 3. cumplir a cabalidad con el procedimiento definido.</p>			
<p>2. Respecto al "Repositorio institucional" como mecanismo de mejora establecido para registrar y salvaguardar el conocimiento o memoria histórica de la organización y el cual fue socializado a todas las partes interesada en los meses de marzo y junio del 2021 respectivamente, se evidencia que varias de las dependencias no ha realizado la carga de la información conforme al compromiso establecido y de otra parte el grupo de la biblioteca no ha realizado el seguimiento y escalamiento respectivo, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que el procedimiento vigente no esta siendo eficiente, por lo anterior se hace necesario : 1. Remitir comunicado formal para solicitar la información 2. remitir a todas las partes interesadas el procedimiento o instructivo definido para el manejo del repositorio institucional y 3. verificar con cierta periodicidad que los repositorios se están alimentando y en caso de que se incumpla disparar la alarmas o notificaciones respectivas logrando mayor eficiencia.</p>			
<p>3. Al constatar los diferentes pasos definidos para la generación y elaboración de la Revista de Investigaciones en Seguridad Social en Salud, evidenciamos que: 1. no existe evidencia de un procedimiento documentado formalizado, aprobado y socializado al interior de la dependencia, que permita describir en detalle las actividades que realiza el comité editorial para la producción y publicación de dicha revista y 2. el lineamiento definido mediante el código: SDS-GIC-LN-002, tampoco se encuentra aprobado, publicado y por consiguiente no ha sido socializado al interior del equipo, en tal sentido, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe desconocimiento por parte de los funcionarios sobre el procedimiento y lineamiento definidos, por lo anterior, se hace necesario crear, aprobar y divulgar el procedimiento alineado con el lineamiento y el formato ft-014 existente y 2, contar con un recurso humano por demanda encargado de producir el arte y realizar la revisión y aprobación de estilo para la correspondiente publicación logrando mayor eficiencia.</p>			

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Describir el hallazgo de conformidad o no conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
	<p>4. Al momento de realizar la revisión de la Agenda y Mapa del Conocimiento para la salud, evidenciamos que información producto del ejercicio como son: la metodología, actas, Agenda, Mapa e informes son almacenadas en el repositorio personal de la líder o referente del proceso en un equipo MAC que no es de la propiedad de la entidad, y al realizar la búsqueda de la información no se tiene organizada y en algunos casos no fue posible ubicar la información, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que la información podría perderse o alterarse, por consiguiente, se hace necesario: 1. solicitar la creación de la carpeta compartida o repositorio institucional para la salvaguarda de la información que es producida por el proceso 2. Hacer la respectiva migración de la información almacenada en el equipo personal, 3. organizar la información, 4. socializarla al interior del equipo, 5. garantizar el backup de la información y 6. definir un segundo responsable que de respuesta al tema.</p>		
	<p>5. Mediante consulta de la Agenda y el Mapa del Conocimiento de la salud, el cual fue socializado en la pagina web publica de la secretaria, se desconoce si la agenda y el mapa han sido consultados por las diferentes partes interesadas, tampoco se logra comprobar si existen acciones de mejoramiento que hayan emprendido resultado de la información generada, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que el procedimiento no es complementario eficiente, por lo anterior, se hace necesario: 1. Crear un control o conteo de visitas para cada una de las publicaciones (Mapa y Guía), 2. crear un modulo de comentarios u observaciones o mediante cuenta de correo que permita conocer las opiniones de los interesados sobre el tema, 3. Crear una publicación de invitación o crear un modulo de inscripción para realizar la socialización del mapa y la agenda a los actores interesados logrando así un proceso mas eficiente. Contempla la creación de encuesta de satisfacción de la socialización realizada.</p>		
<p><b>CONCLUSIONES</b> (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad).</p>			
<p><b>ASPECTO POSITIVO:</b> Es importante resaltar la cordialidad y la atención prestada por los referentes que participaron de la auditoria, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control.</p>			
<p>El recurso humano que apoya el proceso conoce las entradas requeridas y las salidas esperadas, planifica la mayoría de las actividades, determina los recursos financieros y humanos necesarios para el sostenimiento y mantenimiento del proceso. Sin embargo, varios de los procedimientos no se están llevando acabo en actualidad.</p>			
<p>Se encuentra en marcha y a la espera de la adjudicación del contrato, con el objeto de implementar la solución del software bibliográfico denominado "KOHA" que permitirá la administración eficiente del material bibliográfico en la SDS.</p>			
<p>La auditoría se desarrolló de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoria cumpliendo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 planificados para la inspección y revisión en los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad.</p>			
<p>Respecto a la gestión de riesgos, existe un solo riesgo identificado el cual ha sido gestionado de principio a fin.</p>			
<p>Respecto a los componentes de: Adquisición y administración del material bibliográfico, Revista de Investigaciones en Seguridad Social en Salud y Ciencia, Tecnología e innovación para la salud, se derivan varias acciones para abordar riesgos que buscan fortalecer las debilidades encontradas.</p>			
<p>Respecto al componente de: Adquisición y administración del material bibliográfico, se identifican 2 No-conformidades o incumplimiento con el requisito de norma, para las cuales se debe definir las respectivas acciones correctivas.</p>			
<p><b>Revisado gestor de calidad OCI: Mónica Ulloa</b></p>			
<p> </p>			
<p><b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:</b></p>		<p><b>FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:</b></p>	
<p><b>FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ</b></p>			
<p><b>NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b></p>		<p><b>FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b></p>	
<p><b>OLGA LUCIA VARGAS COBOS</b></p>		