

 <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 Lucía Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucía Vargas Cobos</p>	
<p>Proceso y/o Subsistema: Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Julián Alfonso Orjuela Benavides</p>			
<p>Auditor Líder: Oscar Hernando Rojas Suarez</p>			
<p>Auditor (es): N/A</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: Noviembre - diciembre 2021</p>			
<p>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</p>			
<p>OBJETIVO:</p>			
<p>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.</p>			
<p>ALCANCE:</p>			
<p>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.</p>			
<p>Hasta: La autoevaluación y su mejoramiento continuo.</p>			
<p>CRITERIOS:</p>			
<p>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.</p>			
<p>LIMITACIONES:</p>			
<p>En el desarrollo de esta auditoría no se presentaron limitaciones, por lo cual permitió culminarla de manera adecuada.</p>			
<p>METODOLOGÍA UTILIZADA:</p>			
<p>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.</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 Contexto de la organización</p>	<p>Analizada la información aportada por el proceso y en verificación en mesa de campo realizada del 23 de noviembre de 2021, se observó que la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía cumple con las funciones asignadas en el Decreto 507 de 2013 en sus artículos 26, 27 y 28 en el cuales planifica, ejecuta y fortalece la participación social y el servicio a la ciudadanía, a través de procesos de colaboración ciudadana, transparencia, datos abiertos, orientación, información y gestión en el territorio, para promover procesos protectores de la salud y el acceso a servicios de salud con calidad, que permitan avanzar en la garantía del Derecho de Salud, construir confianza y promover la reconciliación de la ciudadanía con el sector salud, durante la vigencia, desde las direcciones. de Servicio a la Ciudadanía y Dirección de Participación Social.</p> <p>Verificada la caracterización del proceso y el Decreto 507 de 2013, se identificaron 9 productos o salidas resultado de las funciones que realiza la dependencia, evidenciándose cumplimiento a este numeral de la norma ISO 9001 de 2015.</p>	<p>X</p>	

<p>4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas</p>	<p>El proceso Gestión Social en Salud determinó las cuestiones internas y externas mediante la caracterización del proceso SDS-GSS-CAR-001, las cuales son pertinentes para lograr los objetivos previstos en el sistema de calidad; el proceso realizó la revisión y actualización de la caracterización con corte al 9 de agosto de 2021. Ruta: http://sdsisolucion/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBCnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy85LzllNjBmYTtk0ZjAwMjQwNWNhN2JiNTA2ZmNiMjgzMWE0LzllNjBmYTtk0ZjAwMjQwNWNhN2JiNTA2ZmNiMjgzMWE0LmFzcCZJREFSVEIDVXpPPTQ3NzQ2</p> <p>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, en la que establecieron las estrategias ofensivas y defensivas del proceso, determinando 5 fortalezas con sus debidas estrategias (FO) y (FA) y 5 debilidades también con sus estrategias defensivas y ofensivas (DO) y (DA), estrategias (DF) y Estrategias (AO).</p> <p>Verificada la matriz de partes interesadas con actualización del 10 de</p>	<p>X</p>	
<p>4.3 Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p>Revisada la caracterización se observa que los productos y servicios ofrecidos se encuentran en el documento denominado CÓDIGO: SDS-GSS-CAR-001, lo que permite evidenciar que el proceso, ajusta y actualiza la información con relación a los proveedores, usuarios, entradas, actividades y salidas; de igual manera se encuentran alineados a las funciones del decreto 507 de 2013, se evidencia ultima actualización de 9 de agosto de 2021 y se aportó por parte del proceso documentación en carpeta compartida de nominada "AUDITORIA DE CALIDAD 2021" en la cual se evidencia la ejecución de las actividades programadas por la Subsecretaría.</p>	<p>X</p>	
<p>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>Verificada la información asociada al proceso de Gestión Social en Salud en el aplicativo ISOLUCION y su listado maestro de documentos internos, se observa que encuentran documentados sus procesos, procedimientos y recursos de manera coherentes con los requisitos de las normas y el sistema de gestión de calidad, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Caracterización 8 Procedimientos 11 Lineamientos 4 Manuales 8 Instructivos 1 Guía 4 Planes 1 Modelo SDS 33 Formatos <p>Con respecto a la caracterización del proceso se evidencia que se encuentran identificadas las entradas y salidas de las actividades y programas, con la identificación de necesidades y expectativas en salud de la población, continúa con la construcción participativa de alternativas para la transformación en salud, así como por acciones de orientación, información y gestión, hasta dar respuesta a dichas necesidades y expectativas que aportan al mejoramiento de las condiciones de vida y salud en el Distrito Capital., demostrando sus interacciones en marco de los requisitos de la norma ISO 9001 de 2015.</p>	<p>X</p>	

<p>5.1 Liderazgo y Compromiso</p>	<p>En la verificación de las actividades de liderazgo y compromiso, se evidenciaron reuniones de equipo realizadas mensualmente, las cuales son lideradas por los líderes de proceso y se emiten las directrices a los diferentes grupos de trabajo.</p> <p>Por otra parte se observó, que esta dependencia se encuentra bajo la coordinación de las Direcciones de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía, desde las cuales se adelantan estrategias, como parte de la inducción y socializaciones que se soportan con la siguiente documentación:</p> <p>Cartilla preparación auditoria 2021 Email socialización Política de Calidad_2021 Entrenamiento Líderes ICONTEC 2021 GSS Listado asistencia Prep Auditoria ICONTEC Socialización Política ACTA C-ORIENTE Socialización Política ACTA SUR OCCIDENTE Socialización Política ACTA NORTE Socialización Política ACTA SUR Socialización Política INDUCCIÓN CALIDAD_2021 Socialización Política y MIPG MIPG_2021</p> <p>Se evidenció en entrevistas de auditoria realizadas a las Directoras de Participación social, Gestión Territorial y Transectorialidad y de la Dirección Servicio a la Ciudadanía, los días 17 y 20 de diciembre de 2021, alto compromiso con relación a la apropiación de la Política de Calidad de la SDS y su liderazgo dentro de la dependencia.</p>	<p>X</p>	
<p>5.2.2 Comunicación de la política de la calidad.</p>	<p>Se evidencia que el proceso, ha socializado la política de calidad de la entidad y sus objetivos; por medio de Cartilla denominada "preparación auditoria 2021", en el cual se socializaron temas relacionados a la Política de Calidad de la SDS.</p> <p>Por otra parte se efectuó entrevista al 5% de los colaboradores y sus dos directoras, evidenciándose apropiación y aplicación de la Política dentro de la dependencia, demostrándose cumplimiento al numeral 5.2.2 de la norma.</p>	<p>X</p>	
<p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades</p> <p>6.1.1 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad</p>	<p>Verificada la identificación de los riesgos con relación al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de calidad y cuáles acciones planifica para su abordaje, Se tiene establecido el mapa de riesgos de proceso y de corrupción con sus respectivos controles, el cual se autoevalúa anualmente, conforme a las directrices de Planeación Institucional y Calidad.</p> <p>Información aportada por el proceso:</p> <p>Autoevaluación Controles_GSS_2021 INF AUTOEVALRIESGOS_GSS_MAYO2021 MAPA RIESGO GSS_2021(Ultima actualización del 10 de agosto de 2021). Cartilla preparación auditoria 2021 Socialización Riesgos: Actas y presentación</p> <p>Revisados los anteriores documentos se observa cumplimiento de los numerales 6.1 y 6.1.1 de la norma con relación a la gestión de riesgos.</p>	<p>X</p>	
<p>6.2 Objetivos de calidad y planificación</p>	<p>En la verificación del POGD 2021, se evidencia cómo el proceso, define sus objetivos de calidad y planifica su ejecución, observándose la adecuada medición y la asignación de los recursos.</p> <p>Con relación a los requisitos de calidad la dependencia desarrolla sus actividades basadas en el principio de mejora continua en marco del cumplimiento de requisitos legales y institucionales.</p>	<p>X</p>	

<p>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</p>	<p>Verificado el Plan Anual de Adquisiciones del proceso, se evidencia que se cuenta con recursos financieros para la contratación, los cuales se garantizan por medio de los recursos financieros asignados para la vigencia 2021 por medio del Proyecto 7750 "Construcción de confianza, participación, datos abiertos para el Buen Vivir Bogotá", lo que permite evidenciar el adecuado aprovisionamiento de recursos.</p>	<p>X</p>	
<p>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</p>	<p>Efectuada la verificación al proceso con relación al personal necesario para desarrollar sus actividades, se evidencia en el documento "RECURSOS HUMANOS DEL PROCESO GESTIÓN SOCIAL EN SALUD" cuenta con el siguiente recurso humano para su respectiva operación:</p> <p>47 de Planta</p> <p>Directivo 7 (Libre nombramiento) Profesional especializado 10 Profesional universitario 20 Técnico 7 Asistencial 3</p> <p>135 de contrato</p> <p>Profesional especializado 87 Profesional universitario 42 Técnico 6</p> <p>Total 182</p>	<p>X</p>	
<p>7.1.1.Generalidades La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para poder establecer, implementar, mantener y mejorar de un modo continuo el Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p>En la verificación realizada con relación a los puestos de trabajo se evidencia que, el proceso actualmente cuenta con 182 colaboradores de los cuales 124 disponen de un puesto de trabajo (internos y externos), en consecuencia el personal restante al momento de disponer de los recursos físicos no siempre los encuentran disponibles, lo que determina una posible falta del aprovisionamiento de dichos recursos físicos para la operación, por lo cual el proceso debe generar estrategias que permitan mitigar la posible falta de puestos de trabajo y recursos físicos</p>	<p>X</p>	
<p>7.2 Competencia</p>	<p>Efectuada la verificación con relación a la validación de la idoneidad y competencia del talento humano asignado, Para los Cargos de Carrera administrativa, Provisionales, Libre y Nombramiento y Remoción, su gestión está a cargo de la Dirección de Gestión del Talento Humano, quienes realizan la verificación del cumplimiento de los perfiles acorde a las normas legales vigentes (manual de funciones Resolución 160 de 2021 y la Resolución 311 del 7 marzo 2017 que ajusta la Distribución de Empleos Planta SDS), con la verificación de los títulos académicos, experiencia y verificación de la hoja de vida en SIDEAP. Los soportes de la idoneidad reposan en las historias laborales custodiadas por la citada dependencia.</p>	<p>X</p>	

<p>7.5. INFORMACION DOCUMENTADA</p> <p>7.5.1. Generalidades El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:</p>	<p>Verificado el manual de usuario, del aplicativo SIDMA con código SDS-GSS-MN-002 y evidenciándose en mesa de auditoría que dicho sistema de información ya no se encuentra en funcionamiento, se requiere que el proceso de tratamiento en el aplicativo Isolucion, dado a que su objetivo ya es obsoleto y no corresponde a la actualidad de la dependencia. (Acción para abordar riesgos).</p>	<p>X</p>	
<p>7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de calidad y por esta norma internacional, debe controlar para asegurar de que:</p>	<p>En verificación realizada el día 23 de noviembre de 2021, se evidenció que el aplicativo SI-CUENTANOS BOGOTA, no cuenta con información documentada disponible en el aplicativo Isolucion que permita su utilización de manera idónea como se establece en el numeral 7.5.3.1. por lo que se hace necesario que el proceso gestione su respectiva documentación. (Acción para abordar riesgos)</p>	<p>X</p>	
<p>a) Este disponible y sea 8.1. La organización debe realizar una planificación, implantación y control de todos los procesos necesarios para cumplir con los requisitos que establece la provisión de servicios y</p>	<p>Realizada la verificación del lineamiento SDS-GSS-LN-004 denominado "LINEAMIENTO GESTIÓN INSTITUCIONAL" se observó que no tiene documentado el termino para realizar la formulación del plan de acción anual del componente de Participación Social de las USS, EAPB Subsidiadas y Contributivas, lo cual puede conllevar al incumplimiento de la planificación y el control operacional establecido en la norma.(Acción para abordar riesgos)</p>	<p>X</p>	
<p>8.5. Producción y provisión del servicio</p>	<p>Verificado el numeral 8,5 se evidenció que el proceso de Gestión Social en Salud, implementa de manera adecuada actividades de seguimiento a la provisión del servicio verificando el cumplimiento de los criterios de calidad exigidos por la norma ISO 9001:2015 en cuanto al control de los procesos y sus salidas como también los criterios de aceptación para los productos y servicios, mediante la medición de las metas programadas y sus subactividades mediante el instrumentos denominados REPORTE POGD TERCER SEMESTRE 2021_SC y REPORTEPOGD2021_III TRIM_PSGTYT, que permiten evaluar la capacidad para alcanzar los resultados planificados con referencia a la prestación sus servicios a los clientes tanto internos y externos.</p>	<p>X</p>	
<p>9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO 9.1.3. Análisis y evaluación</p>	<p>Verificado el informe de Percepción del Cliente del III semestre 2021 aportado por el proceso y resultado de la encuesta de satisfacción realizada por la Dirección de Servicio a la Ciudadanía de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación Social y Servicio a la Ciudadanía, se observó que los resultados obtenidos fueron del 80.9%%, evidenciándose incumplimiento a este numeral teniendo en cuenta la meta establecida en los lineamientos emitidos por parte de la Dirección Planeación institucional que es del 85 %.</p> <p>Se aclara que no se requiere plan de mejoramiento con relación a esta hallazgo puesto que actualmente se encuentra en gestión la No Conformidad menor abierta por el ente certificador ICONTEC, con No. 2492 del de 26 de octubre de 2021, la cual se encuentra cargada en aplicativo Isolucion y se le esta brindando tratamiento por parte del proceso Gestión Social en salud, con actividades propuestas desde el 5 de noviembre del presente hasta el 29 de julio de 2022.</p>		<p>X</p>
<p>10.2 No conformidad y Acción correctiva 10.3 Mejora continua</p>	<p>Efectuada la verificación al proceso de Gestión Social en Salud, en el modulo de mejoramiento del aplicativo Isolucion, se identificaron una (1) acción para abordar riesgos y tres (3) Acciones Correctivas - generadas por el proceso-, demostrando la adecuada gestión, tramite y cumplimiento a los numerales 10.2 y 10.3 por parte del proceso de Gestión Social en Salud.</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: 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

ARR: En la verificación realizada con relación a los puestos de trabajo se evidencia que, el proceso actualmente cuenta con 182 colaboradores de los cuales 124 disponen de un puesto de trabajo (internos y externos), en consecuencia el personal restante al momento de disponer de los recursos físicos no siempre los encuentran disponibles, lo que determina una posible falta del aprovisionamiento de dichos recursos físicos para la operación, por lo cual el proceso debe generar estrategias que permitan mitigar la posible falta de puestos de trabajo y recursos físicos

AAR: En la verificación y revisión documental del proceso Gestión Social en salud, se evidenció que el documento SDS-GSS-LN-014 denominado "Asistencia técnica de servicio a la ciudadanía en salud", no se encuentra actualizado desde diciembre de 2017, por lo cual el proceso debe asegurar su respectiva actualización, revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación, evitando un potencial riesgo relacionado con la gestión del proceso.

Irrealizada la verificación del lineamiento SDS-GSS-LN-004 denominado "LINEAMIENTO GESTIÓN INSTITUCIONAL" se observó que no tiene documentado el término para realizar la formulación del plan de acción anual del componente de Participación Social de las USS, EAPB Subsidiadas y Contributivas, lo cual puede conllevar a un potencial riesgo de incumplimiento de la planificación y el control operacional establecido en la norma.

ARR: En verificación realizada el día 23 de noviembre de 2021, se evidenció que el aplicativo SI-CUENTANOS BOGOTA, no cuenta con información documentada disponible en el aplicativo Isolucion que permita su utilización de manera idónea como se establece en el numeral 7.5.3.1. por lo que se hace necesario que el proceso gestione su respectiva documentación para evitar riesgos en la gestión de proceso.

AAR: Verificado el manual de usuario, del aplicativo SIDMA con código SDS-GSS-MN-002 y evidenciándose en mesa de auditoría que dicho sistema de información ya no se encuentra en funcionamiento, se requiere que el proceso brinde tratamiento en el aplicativo Isolucion, dado a que su objetivo ya es obsoleto y no corresponde a la actualidad de la dependencia generando así un potencial riesgo en la operación y gestión documental del proceso.

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

El proceso de Gestión Social en Salud demuestra adherencia con el sistema de gestión de la calidad, el cumplimiento a los objetivos estratégicos y sus funciones, de igual manera, se observó proactividad en la mejora continua del proceso.

Se resalta la apropiación y el compromiso demostrado por los colaboradores de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía con relación a la Política de calidad y la nueva plataforma estratégica de la SDS.

El proceso demostró adaptación al cambio en la documentación y procedimientos verificados en auditoría con apropiación

Revisado gestor de calidad OCI:  _____

MONICA MARCELA ULLOA MAZ

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