

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME AUDITORÍA SIG CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.5</p>	<p>Elaborado por: Rocío Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
<p>Proceso y/o Subsistema: Inspección, vigilancia y control - IVC</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: DORIS MARCELA DIAZ RAMIREZ €</p>			
<p>Auditor Líder: FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ</p>			
<p>Auditor (es): N/A</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: 22 de julio al 31 de agosto del 2021</p>			
<p>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</p>			
<p>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.</p>			
<p>ALCANCE: Desde: El contexto estratégico, liderazgo, consecución de recursos, operación, seguimiento Hasta: la evaluación del desempeño y su mejoramiento continuo. Periodo a evaluar: junio 2020 a junio de 2021 Se evalúa la caracterización: SDS-IVC-CAR-001, procedimientos e instructivos para algunos de los servicios.</p>			
<p>Procedimientos e instructivos: SDS-IVC-PR-001: VERIFICACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION SDS-IVC-INS-002: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN SDS-IVC-PR-035: AUTORIZACION DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN SDS-IVC-INS-038: VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL - Líneas de Intervención: Alimentos Sanos y medicamentos Seguros SDS-IVC-INS-026: VERIFICACIÓN DE QUEJAS POR FALLAS EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SDS-IVC-PR-046ANÁLISIS DE MUESTRAS DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA</p>			
<p>Nota: Otros procedimientos e instructivos ya fueron evaluados en la auditoria de Tramites IVC realizada en el mes de marzo 2021.</p>			
<p>CRITERIOS: Para el desarrollo de la Auditoría se tuvo en cuenta marco normativo, 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>El ejercicio fue basado metodológicamente con listas de chequeo elaborada para este propósito.</p>			
<p>LIMITACIONES: - Disponibilidad de los referentes asignados para atender la auditoria - Disponer de todas las evidencias y Soportes solicitadas como parte de la comprobación del cumplimiento de los criterios evaluados. - Toma de casos o registros aleatorio dada la limitante de tiempo.</p>			
<p>METODOLOGIA UTILIZADA: Entrevista basada en preguntas acorde a los criterios de lista de chequeo y toma de casos o registros aleatorio para constatar.</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>VERIFICACION REQUISITOS GENERALES SS Y SP</p>			
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1.Comprension de la Organización y 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>Respecto al componente de Salud Publica y mediante la información suministrada por el referente, se constata la matriz DOFA actualizada con corte Julio 2021, dicha matriz define las diferentes estrategias cruzadas para dar respuesta a las necesidades y factores que impactan de manera positiva y negativa al proceso. Respecto al componente de Servicios de Salud y mediante la información suministrada por el referente, se constata la matriz DOFA actualizada con corte Julio 2021, dicha matriz define los diferentes factores que impactan de manera positiva y negativa al proceso.</p> <p>Evidencias consultadas: DOFAFORMATOANALISISDECONTEXTO 7-05-2021.xlsx, DOFA FORMATO ANALISIS CONTEXTO SLSP 20210727.xlsx y DOFAFORMATOANALISISDECONTEXTO 07-07-2021.xlsx</p>	<p>X</p>	

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</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 sistema de gestión?</p> <p>Respecto al componente de Servicios de Salud y mediante consulta a la información suministrada, se valida la matriz de NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE IVC, que cuenta con 11 salidas para servicios de salud. Con respecto al servicio de habitación de prestador, la matriz no contiene este servicio identificado y corresponde a una expectativa y necesidad de las partes interesadas de hoy en día, toda vez que los prestadores de salud deben tramitar ante la secretaria de salud dicho tramite, en consecuencia se deriva una acción para abordar riesgo que busca incorporar este elemento en la matriz definiendo entre cosas sus salidas, partes interesadas, necesidades, requisitos por cumplir, expectativas y mecanismos de acercamiento. Así mismo, en este ultimo campo se evidencia, que los diferentes tramites que se implementaron "en línea", no registran como mecanismo de acercamiento el sistema de información WEB a través del vinculo: http://saludcapitalgov.co -> modulo de tramites en línea, lo cual es la interfaz actual que permite al ciudadano recepcionar y gestionar su tramite con la entidad, en tal sentido, existe una desactualización de la matriz lo que deriva a una acción para abordar riesgo, toda vez que existe desinformación en este componente. Se informa además que la matriz es actualizada por el gestor de calidad anualmente es remitida y consolidada por la Dirección de planeación institucional y calidad.</p> <p>En lo que refiere al componente de Salud Publica, se consulta la matriz suministrada, denominada: MATRIZ de NECESIDADES Y EXPECTATIVAS 2021, dicha matriz es actualizada por la gestora de calidad anualmente y el ultimo envió a la dirección de calidad fue realizado en el mes de mayo del año 2021. La matriz contiene todos servicios definidos en la caracterización y define entradas, salidas, partes interesadas, necesidades, entre otras cosas.</p>	X	
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>4.2.Comprension de las necesidades y expectativas de las partes interesada, Literal B</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>Respecto a este punto, el referente informa que se convoca y reúne una vez al año, a fin de comprobar, se solicitaron los correo remitidos o actas generadas de la sesiones realizadas con los participantes, sesión que tenia como propósito la actualización de la matriz . El referente nos comparte los pantallazos de correo la mesa de trabajo que tuvo como propósito la actualización de las matrices. El producto resultado de esta sesión fue la matriz actualizada. El referente informa que se incorporo el campo del riesgo, pero los demás campos no sufrieron cambios.</p> <p>Evidencias consultadas: MATRIZ de NECESIDADES Y EXPECTATIVAS 2021-IVC-SP.xlsx y MATRIZ de NECESIDADES Y EXPECTATIVAS 2021-IVC-SS.xlsx</p>	X	
<p>5.2.2 literal b), numeral 6.2.1 literal f) y 7.3 literal a) y b)</p>	<p>¿Se evidencia conocimiento y apropiación de la política y objetivos de calidad en conformidad de la norma?</p> <p>El referente de Salud Publica informa que se han realizado inducciones y capacitaciones del código de ética y código de integridad, las cuales son impartidos por los dueños de proceso en cabeza de la directora y los lideres de salud ambiental, proceso legales, y el líder de correspondencia. A la fecha se han realizado 3 capacitaciones y se cuenta con un drive que contiene el material que se socializo al grupo de trabajo. Se le pregunta a las profesional participantes y responden sobre la política y los objetivos trazados. Se consulta el material de los contenidos impartidos sobre la política y los objetivos y se solicitan las actas elaboradas. Además se informa que se cuenta con un correo grupal en donde se les informa a los todos participantes que consulten la información. Para ello, se solicitan los correos grupales de las sesiones virtuales realizadas y se consulta el registro de la sesión programada del día 2 de julio, en la cual participaron 21 personas, se consulta el formulario de las preguntas formuladas y se solicita las estadísticas de la evaluación realizada. IVC se reúne trimestralmente y de forma presencial.</p> <p>Respecto al componente de Servicios de salud, el referente informa que tiene una dinámica diferente, en primera medida se hace una capacitación liderada por la 2 directoras de Calidad y se reúnen de forma virtual mensualmente. Se solicita evidencia de las reuniones de seguimiento de cada subdirección y se solicitan los contenidos y las actas. Frente a este punto el referente informa que no se realiza evaluación del conocimiento. Surge una oportunidad de mejora para desarrollar esta actividad, toda vez que es indispensable para la apropiación del conocimiento frente a la política, los objetivos de calidad y demás contenidos impartidos. Se busca fortalecer este aspecto ya que la norma lo exige.</p>	X	

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
6. PLANIFICACIÓN 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia registros de riesgos identificados y valorados?, ¿Se evidencia planes de tratamiento de los riesgos?</p> <p>1. Con respecto a Salud Publica, se informa que en este momento la matriz de riesgo se está actualizando, se consulta la matriz del año 2020 y los riesgos identificados son 4. El riesgo con el ID:34, que define: incumplimiento de criterios de oportunidad y confiabilidad en los resultados de la totalidad de las muestras seleccionadas en los eventos de salud publica, dicho riesgo le pega al LSP y con respecto a la vigilancia sanitaria y ambiental, se cuenta con el riesgo identificado Id: 33, que define: incumplimiento de las directrices para la ejecución de las acciones IVC sanitarias establecidas en el marco de contratos PSPIC local.</p> <p>Con respecto a los Servicios de Salud, la referente nos comparte la matriz de riesgos en la cual se tienen identificados 5 riesgos de los cuales 3 son riesgos operativos y 2 de corrupción. ID1: Descripción del riesgo: Desarrollar las visitas de verificación del Sistema único de habilitación sin cumplir la programación o fuera de los términos, ID2: Gestionar las solicitudes de tramites sin tener en cuenta los términos establecidos, ID3: Caducidad en las investigaciones administrativas, ID4: Realizar los tramites de IVC sin el cumplimiento de los requisitos recibiendo dadivas y ID5: dar concepto de conformidad con los estándares de habilitación sin el cumplimiento de los requisitos recibiendo dadivas. Se informa que los gestores, realizan autoevaluación de riesgos y cada grupo reporta los riesgos materializados, el seguimiento se realiza de forma trimestral de acuerdo a la directriz de la dirección de planeación institucional y calidad. Con respecto al proceso de gestión de riesgos se dispone de los siguientes elementos: Autoevaluación, informe y actualización de mapa de riesgos. Archivo de autoevaluación elaborado el 30 de mayo del 2021.</p> <p>2. Planes de tratamiento definidos, se encuentran definidos en el mapa de riesgos y en el informe de autoevaluación trimestral, se evidencian los controles definidos para cada riesgo.</p> <p>Evidencias consultadas: MAPA DE RIESGOS SP.xlsx, AUTOEVALUACION DE RIERGOS SP.xlsx, INFORME DE AUTOEVALUACION DE RIESGOS SP.xlsx, MAPA DE RIESGOS SS.xlsx,</p>	X	
6. PLANIFICACIÓN 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades 6.1.2 literal b, numeral 2 (Evaluar la eficacia de estas acciones)	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia seguimiento a los planes de tratamiento de los riesgos identificados y las acciones implementadas han sido eficaces?</p> <p>De acuerdo a la información suministrada, el seguimiento a cada riesgo se identifica en el mapa de riesgos y en el informe de autoevaluación trimestral, por lo tanto, se determina que el control ha sido eficaz y la columna Z identifica si el riesgo se ha materializado.</p> <p>Evidencias consultadas: MAPA DE RIESGOS SP.xlsx, AUTOEVALUACION DE RIERGOS SP.xlsx, INFORME DE AUTOEVALUACION DE RIESGOS SP.xlsx, MAPA DE RIESGOS SS.xlsx, AUTOEVALUACION DE RIERGOS SS.xlsx e INFORME DE AUTOEVALUACION DE RIESGOS SS.xlsx</p>	X	
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA numerales 7.5.2 y 7.5.3	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia el manual de procesos y procedimientos, instructivos, guías y formatos actualizados?, ¿Se evidencia aprobación de los documentos para a su divulgación y publicación?, ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos? y ¿Existe evidencia que soporte 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>1. Se informa que el proceso cuenta con la siguiente información: Caracterización: 1, procedimientos para las 2 dependencias:20 y formatos 162. Así mismo, se consulta el inventario documental denominado: diagnóstico e inventario documental.xlsx el cual fue actualizado 12 de Julio del 2021. Con respecto a Salud Publica se identifican 5 procedimientos. Se consulta los formatos de obsolescencia FT-013 remitido el 29 de junio del 2021. y el Formato FT-028 donde se solicita la baja, formato diligenciado del 30 de diciembre del 2020. Se suministraron los Inventarios de actualización documental.</p> <p>2. Se consultan los diferentes documentos que tuvieron aprobación para la respectiva actualización, para efectos de comprobación, se toma el documento denominado: SDS-IVC-PR-016, el cual fue actualizado en su versión 7 el 30 de junio del 2021 y se consulta el formato SS-IVC-FT-360, el cual fue actualizado el 13 de abril del 2021. Se informa que quien lidera el grupo, lidera el cambio y lo aprueba el director o subdirector. Para el caso el procedimiento SDS-IVC-PR-016, lo elaboro clara Villanueva, reviso: Paula Sánchez y aprobó: dora Duarte y se remite el documento escaneado con las firmas.</p> <p>3. Se consulta el inventario suministrado, con las gestión realizada a cada uno de los documentos aquí registrados. Cabe señalar que el registro de cada documento en el aplicativo isolucion, contiene la fecha de la actualización para los documentos que presentaron cambios. Se toman pantallazos de las consultas realizadas.</p> <p>4. Se consulta el inventario al igual que los correos remitidos con el formato diligenciado FT-013 del día 29 de junio del 2021 y 28 de junio del 2021. Así mismo, se consulta el formato 028 diligenciado para dar de baja documentos del día 23 de Diciembre del 2020. Evidencias consultadas:</p>	X	

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
8.7 CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	<p>¿A la pregunta :¿Se evidencia implementación del procedimiento de producto no conforme?</p> <p>Respecto a la revisión del componente de Salud Publica, se informa que existe el lineamiento codificado: SDS-PYC-LN-006 para el manejo de SALIDAS NO CONFORMES para uno de los productos y servicios en la entidad y el cual debe ser aplicado por cada uno de los dueños de proceso. La organización se rige en base a este lineamiento y hace un mes se informa se realizo la capacitación del tema. En salud publica se aplica para el procesamiento de los resultados de las muestras de laboratorio y todo lo que tiene ver con la gestión sanitaria y ambiental. Se consulta el formato de salidas no conformes SDS-PYC-FT-020v3.xls, el cual se reporta trimestralmente. En lo que respecta al segundo trimestre no se ha generado en el momento. Se consulta información de producto no-conforme del primer trimestre del 2021. Mediante consulta a la matriz, se evidencia los servicios de laboratorio y el componente de alimentos sanos y medicamentos seguros, se validan las salidas, las partes interesadas, el requisito, descripción del requisito, tipo de requisito, criterio de aceptación, reiteración, efecto, tratamiento, tipo de tratamiento, responsable del tratamiento, acción correctiva y el análisis de la salida no conforme, sin embargo, se informa que para el primer trimestre del 2021, no se presento salida no conforme. Las únicas salidas no conformes, se presentaron en las investigaciones administrativas consignadas en el informe el tercer trimestre del 2020. Para ello se creo la acción para abordar riesgo Nro:549.</p> <p>Evidencias consultadas: INFORME SALIDAS NO CONFORMES PRIMER TRIMESTRE 2021</p>	X	
8.7 CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	<p>A la pregunta :¿Se evidencia implementación del procedimiento de producto no conforme?</p> <p>Respecto al componente de Servicios de Salud, se informa que cuenta con el formato SDS-PYC-FT-020 diligenciado y el seguimiento se realiza de forma trimestral y la presentación de resultados esta programada para el mes agosto 2021. De acuerdo al informe del primer trimestre 2021, solo se identifico producto no conforme para el tramite SST en persona natural y jurídica. Basado en las cifras, hubo 424 solicitudes de tramites de las cuales 405 no estuvieron dentro de los tiempos establecidos, respecto al análisis causal, se identifica que fue producto de la no continuidad de la contratación del Recurso humano que apoya las actividades y se evidencia que el proceso contractual se demora muchísimo y no esta estandarizado. La acción correctiva consistió en priorizar la contratación de estos perfiles y se soporta con el acta del comité.</p> <p>Evidencias consultadas: INFORME SALIDAS NO CONFORMES TERCER TRIMESTRE 2020 SS.xlsx y Lineamiento 06 SDS-PYC-LN-006</p>	X	
9.1 SEGUIMIENTO; MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION 9.1.1. Generalidades	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la periodicidad en la medición de los indicadores?</p> <p>Componente de Servicios de Salud: Se informa que la medición de los indicadores basada en el SEGPLAN se realiza de manera mensual y el POGD trimestral . Para la subsecretaria los indicadores se basan en el segplan y PODG y que son indicadores de proceso mas que indicadores de impacto o de resultado. Respecto al tablero de control de la dependencia de ServiciosdeSalud, encontramos que el POGD cuenta con 5 metas grandes y la primera tiene que ver con el cumplimiento de la programación de visitas del sistema único de habilitación. Con respecto al PODG se tienen 2 subactividades, la primera tiene que ver con la realización de visitas de IVC, y la segunda tiene que ver con la gestión de las actividades de investigación, cierre del servicio y las que se deriven del resultado de la visita. Respecto a la meta1, se tiene una ponderación del 30% y tiene ver con el alcance definido, Valor planeado primer trimestre: 30% y se obtuve 30% y para el segundo trimestre el valor planeado fue de 20% y se ejecuto un 20%. Se realizaron 1655 visitas para el primer trimestre y a la fecha se tiene 2727 visitas. Nota: Las visitas se han hecho con enfoque UCI, vacunación, transitorias, derivadas de quejas. transporte especial, previas, brotes. diferentes tipologías de visitas. Cabe señalar que el plan de verificación esta suspendido producto de la emergencia sanitaria, resolución 856 del 2020. Visitas de habilitación para el 2021 solo se han realizado 4 y las visitas de habilitación para el 2020 fueron 2.</p> <p>Con respecto a la bolsa de los 16 tramites que existen, se consulta el archivo SEGPLAN el cual contiene el proyecto nro:7791 y que e base a la actividad 1.1, define: Realizar los trámites y requerimientos para expedir las resoluciones que otorguen los permisos, licencias, reconocimiento o documento de acuerdo con la demanda de los usuarios del Distrito Capital. Es aquí donde se mide los tramites entre ellos de emisión de titulo profesional el cual se encuentra al 57% de avance. De otra parte la actividad 1.3 del segplan, define : Adelantar las visitas de inspección, vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud en cumplimiento de la normatividad del SOGCS, da cubrimiento a la habilitación de prestadores, para lo cual el resultado es del 52% de avance y respecto a las quejas se identifican 368 vistas de IVC asociadas a quejas y otras son el resultado de las notificaciones e investigaciones. En el SEGPLAN las quejas se clasifican así visitas de levantamiento por queja: 91, visitas por quejas IPS: 640, visitas por quejas profesional Independiente:138, visitas por quejas trasporte Especial:11, visitas por quejas objeto social diferente: 11, visitas medicamentos control especial: 90, visitas servicio farmacéutico Res 1403:0, visitas de Residuos:2, visitas Res 482184, visita Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SST jurídica:156, Resultado obtenido a la fecha es del 62%.</p> <p>Evidencia consultada: POGD II TRIMESTRE 2021.xlsx, SEGPLAN.xlsx y FORMULACION DE POGD SS.xlsx</p>	X	

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
9.1 SEGUIMIENTO; MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION 9.1.1. Generalidades	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la periodicidad en la medición de los indicadores?</p> <p>Revisión componente dirección de salud publica: se informa que se tienen 4 grandes metas, la primera consiste en realizar el 100% de las actividades establecidas en la vigencia para el mantenimiento y fortalecimiento de la vigilancia en salud publica en el distrito capital. La actividad se logra fortaleciendo las capacidades de autorregulación y autocontrol de establecimientos abiertos al publico objeto de IVC. Respecto al POGD del primer trimestre 2021, el porcentaje Planeado vs el ejecutado fue del 24% y para segundo trimestre el porcentaje planeado vs el ejecutado fue del 22% para un cumplimiento acumulado del 100%.</p> <p>Con respecto al laboratorio, se debe lograr el 100% de los análisis asociados a los procesos de laboratorio de salud publica, mediante el POGD primer trimestral se obtiene un porcentaje Planeado y ejecutado del 24% y para segundo trimestre se obtiene un planeado vs ejecutado del 22% para un cumplimiento acumulado del 100%. El laboratorio realiza 3 actividades dentro del PODG como son: . Realizar las visitas a las red distrital de Laboratorios, realizar los análisis de laboratorio y obtener la acreditación, lo cual se cumple al 100% contemplando las de alimentos, medicamentos y laboratorio.</p> <p>Evidencia consultada: POGD II TRIMESTRE 2021.xlsx, SEGPLAN 7791.xlsx y FORMULACION DE</p>	X	
9.1 SEGUIMIENTO; MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION 9.1.1. Generalidades y 9.1.3	<p>A las preguntas: ¿Se realiza informe de análisis de los indicadores?, ¿Se evidencia la presentación del informe al comité o otras instancias? y ¿Se evidencian las acciones derivadas producto de los informes presentados al comité?</p> <p>1. Se informa que mediante el archivo de seguimiento SEGPLAN y POGD se obtienen los resultados para los procedimientos en cuestión. La medición del SEGPLAN se realiza de forma mensual y POGD trimestral. Con respecto a Salud publica, el proyecto numero 7831, contempla los aspectos de vigilancia sanitaria y ambiental y con respecto al proyecto 7828 en la meta 22, contempla los aspectos del laboratorio de salud publica. Con respecto a los servicios de salud, se comparte lo correspondiente a SEGPLAN Y POGD. Se acuerdo al SEGPLAN y componente financiero, el presupuesto definitivo 2021 es por valor de: \$9600 millones, partida destinada a Recursos humano que la fecha se ha ejecutado a junio por valor de \$6472 millones para un cumplimiento acumulado del 67%.</p> <p>2. Se informa que la dirección presenta los resultados una vez al mes en el comité directivo de la subsecretaria, es aquí donde se realiza el seguimiento al SEGPLAN. Con el fin de validar dicha información, se solicitan las actas de las reuniones realizadas.</p> <p>3. Con relación al POGD, Se informa que se cumplió de la meta1, la actividad10 y quedaron 3 respuestas sin contestar, para ello se reunieron y se definieron las acciones a mejorar. Respecto a las actividades del SEGPLAN Y POGD del primer trimestre, se cumplimiento del 100%.</p> <p>Evidencias consultadas:POGD II TRIMESTRE 2021. SS.xlsx, SEGPLAN 7791 .xlsx, POGD II TRIMESTRE 2021. SP.xlsx, SEGPLAN SP.xlsx, ACTA DE SUBSECRETARIA y</p>	X	
10.2 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS numerales 10.2.1 y 10.2.2	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia la implementación del procedimiento de acciones correctivas?, ¿Se tiene evidencias de actividades o acciones que permitan asegurar que las no conformidades no vuelvan a ocurrir?</p> <p>1. Mediante consulta al modulo de acciones, se obtienen 98 registros totales de lo cuales, no conformidades abiertas se encuentran: 3 y 10 cerradas, acciones para abordar riesgos abiertas 19, y acciones cerradas: 30, Salidas no conformes: 14 y Acciones Correctivas: 22. Respecto a las no-conformidades se identifica la acción nro. 2186 del mes de septiembre del 2020, que la fecha sigue sin ser cerrada. Fechas de vencimiento para el 30 de diciembre del 2020, auditor José Gregorio, sin embargo no cuenta con seguimiento en las diferentes actividades. Cabe señalar que las actividades Nro3 y 4, no permite realizar seguimiento, toda vez que no ha sido asignado el auditor. De otra parte, al realizar la consulta de las acciones, no existe un campo que permita filtrar por dependencia o departamento, para ello es necesario que el referente de la dependencia relacione el RESPONSABLE asignado en la acción y con ello determina que acciones son de la dependencia. Aspecto que se considera una recomendación a implementar. En resumen:, acciones abiertas para abordar riesgo total: 19, de las cuales 8 son de Servicios de Salud y las 11 restantes son de Salud Publica.</p> <p>2. Se evidencian 6 registro de no-conformidades producto de auditorias realizadas recientemente al proceso de IVC. Cabe aclarar que cada acción registrada, cuenta con el análisis de causa raíz y la definición de la acción correctiva. Mediante consulta al repositorio documental en isolucion, se identifican 2 no-conformidades en estado abiertas, nro. 2354, 2186 y 4 no-conformidades del 2020 en estado cerradas:, números: 2196, 2190, 2187 y 2119.</p> <p>Evidencia consultada: Isolucion</p>	X	

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
SISTEMA UNICO DE HABILITACION Y VERIFICACION DE CONDICIONES			
7.1 RECURSOS Numerales 7.1.1, 7.1.2 y 7.1.3	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico) y con ello definir el plan de visitas de habilitación (previa, reactivación y programadas)?</p> <p>Mediante consulta al archivo SEGPLAN 2021 -Proyecto 7791, se consulta la actividad Nro4 que contempla las visitas de IVC para los prestadores de servicio de salud, el presupuesto definitivo para el desarrollo de actividades está por valor de: \$923 millones, de los cual al corte de junio 2021 se ha ejecutado un valor de:\$225 millones, para un cumplimiento a la fecha del 24%. Así mismo la actividad nro5, contempla la prestación del servicio de comisiones, la cual tiene relación con los recursos para garantizar la operación, por tal razón se estableció un presupuesto definido por valor de: \$3642 millones de los cuales se ha ejecutado un valor de:\$2391 millones para un cumplimiento del 66%. La actividad Nro.7 realiza la gestión para el desarrollo técnico del área, lo que corresponde al ingeniero que se contrata para el desarrollo de software específicamente, presupuesto definitivo por valor de: \$151 millones y un ejecutado a la fecha por valor de: \$79 millones para un cumplimiento del 52%.</p> <p>Evidencia consultada: SEGPLAN 7791 SS.xlsx</p>	X	
7.1 RECURSOS numeral 7.2 literal b)	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria que realizan el trabajo que afecta al desempeño y la eficacia del proceso. (Comisión de Verificadores)</p> <p>Se cuenta con la ficha EBI, que define las necesidades de personal para poder operar. Respecto al componente logístico como es el caso del transporte, la secretaria dispone de estos recursos para la realización de las diferentes visitas no solo de habilitación. La proyección se hace en una fecha y se planea lo que se va a realizar al siguiente año. Dentro de la ficha EBI, se definen los elementos tales como: la planeación y tabla de perfiles. En la tabla se consulta la categoría C12. y así mismo, se consultan los estudios previos de cada contrato que permiten comprobar los requisitos de personal. Es importante aclarar que la caracterización esta prevista para el manejo de visitas de habilitación previas, reactivación y programadas.</p> <p>Evidencia consultada: Ficha EBI 7791, Estudios previos y Hojas de vida</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar las solicitudes o requerimiento realizado por el solicitante? Para ello es necesario determinar cantidad de requerimientos atendidos y gestionados para habilitación, reactivación y cierre. ¿Cuántas de estas solicitudes fueron aprobadas y rechazadas?</p> <p>Se informa que los prestadores están en capacidad de solicitar varios tipos de novedades como son: cierre de prestadores, traslado del consultorio en Bogotá u nuevos servicios y el prestador habilitado puede solicitar varios tipos de novedades. El aplicativo REPS contiene la base de todos los prestadores de servicios habilitados a nivel nacional. Cualquier persona puede ingresar y consultar si el medico o profesional de salud que lo atendió esta autorizado. Para ello se realiza la consulta de un profesional y se toma pantallazo. Los tipos de prestadores permitidos son: Instituciones IPS, Profesionales independientes y transporte especial de pacientes. Todos los especialistas que tiene que ver con la rama de la salud deben solicitar la respectiva habilitación, al momento de la visita se consigna el resultado de la autoevaluación. Nota: El tiempo de la habilitación para cualquier prestador es de 4 años y actualmente a la SDS se encuentra en el fase de transitoriedad. Dentro del plan de visitas, se define lo prioridad de la visita y se coloca adicional lo que se requiere verificar. Se informa que el plan se define y elabora cada año, cabe aclarar que el plan esta suspendido acorde a la resolución 856 del 2020. Es importante señalar que existen algunas instituciones como es el caso de las "CRC" que deben cumplir con unos requisitos de la ONAC. Por lo anterior estas instituciones se les ha realizado las visitas en este tiempo. Cabe aclarar que aunque no se han hecho visitas de habilitación, se han hecho otro tipo de visitas. como es el caso del plan de extensión hospitalaria. Se solicita el archivo de todas las novedades. de acuerdo al alcance. cabe señalar que una cosa es la habilitación y otra muy distinta es la certificación la cual se obtiene una ves se visita y se obtiene el sello: Los casos se distribuyen así: Inscripciones que el prestador no ha radicado la información requerida: 1382, INSCRIPCIONES YA RADICADAS: 1629, IPS: 222, Profesionales independientes: 1385, Objeto Social: 21, NOVEDADES: 3973 y se consulta el cierre de prestadores y se obtienen 237 casos.</p> <p>Evidencias consultadas: REPS, Acta plan de visitas , INSCRIPCIONES POR RADICAR.xlsx, NOVEDADES ACTIVAS.xlsx. VISITAS A REALIZAR e INSCRIPCIONES.xlsx</p>	X	

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
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar la realización de visitas de habilitación? ¿Cuántas visitas se efectuaron?</p> <p>El referente informa que en la actualidad se hacen las respectivas visitas de habilitación cuando son servicios de alta complejidad. Se informa además que no todos los prestadores se les programa visita previa, a la fecha se tienen las siguientes resultados: Visitas realizadas de habilitación: 6, Visitas que han solicitado:10, Visitas Certificadas: 3, como es el caso del prestador: MEDY GALERIAS, CRC KENNEDY y CERTICONDUCTORES, INVESTIGACIONES: 2, y NO CERTIFICADAS: (1) un caso y no requirió investigación. Los 2 casos de investigación fueron: CERTICONDUCTORES, RADICADO: 2021IE3439 del 10 de Febrero del 2021 y CRC la primera Kennedy, remisión id: 2021IE5161 del 24 de febrero del 2021.</p> <p>Solicitudes para levantamiento de medida: 2, Se consultan VISITAS PROGRAMADAS: 10, CASOS CRC, visitas previas levantamientos de medida. VISITA DE CERTIFICACION: 6, VISITA DE VERIFICACION PREVIA: 137, VISITA DE REACTIVACION: 13 y VISITA IVC: 1487. Se consulta caso, código de prestador: 24907-02 del 8 de febrero del 2021 con fecha de inscripción 29 de Diciembre del 2020. Se tuvo una primera visita el 8 de febrero del 2021 y el resultado informa que no se cumplió con el estándar, razón por la cual se genero una investigación administrativa. El prestador solicito una segunda visita la cual fue realizada el 26 de julio del 2021 y en dicha visita se constato el cumplimiento de los estándares. La investigación administrativa se radico el 24 de febrero del año 2021 con Radicado CORDIS interno id: 221EI5261, se consulta la notificación del prestador donde se le remite el informe y las carpetas físicas que reposan en el archivo del piso 5. Respecto a las VISITA DE VERIFICACION PREVIA se obtiene: 136 de las cuales 76 se encuentran autorizadas, 57 no autorizadas, un caso de levantamiento de medida y un caso de suspensión de servicios.</p> <p>Evidencias consultadas: REPS, PROGRAMACION VISITA, PLAN DE MEJORA y/o y CARPETA</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Mediante las visitas se identificaron situaciones de riesgo en la prestación de los servicios de salud y se impusieron medidas de seguridad adecuadas? Constatar casos presentados conforme al alcance. ¿Se cumplimiento las condiciones del Sistema Único de Habilitación conforme a los criterios establecidos en la Normatividad vigente?</p> <p>Mediante el caso consultado se constata el resultado de las visitas realizadas. Caso1, código de prestador: 24907-02 del 8 de febrero del 2021, fecha de inscripción: 29 de Diciembre del 2020, se evidencia que tuvieron una primera visita el 8 de febrero del 2021 y como resultado no cumplieron los estándares, razón por la cual se genero una investigación administrativa. Seguidamente solicitaron una segunda visita el día 26 de julio del 2021 y en la segunda visita se constata que cumplió. La investigación administrativa se radico el 24 de febrero mediante consecutivo CORDIS ID:221EI5261 y se consulta la notificación del prestador, donde se le remite el informe. Para el caso cumplió con los requisitos de los 7 estándares, carpetas que reposan en el archivo del piso 5.</p> <p>Evidencia consultada: CARPETAPRESTADOR ID: 27907-02</p> <p>Evidencias consultadas: REPS, PROGRAMACION VISITA, PLAN DE MEJORA y/o y CARPETA</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿La información de las carpetas entregadas concuerda con el registro en el aplicativo REPS?</p> <p>Se realiza la descarga de los casos y evidencio que concuerda con la información física, la cual es entregada al archivo del área. A través del aplicativo REPS los referentes autorizados cargan el resultado de la visita. Se consultan 3 carpetas físicas de habilitación y el resultado obtenido el cual concuerda con la información consignada en el aplicativo.</p> <p>Evidencia consultada: CARPETAS FISICAS para: MEDICINA VIAL PRESTADOR ID: 110012651801, CERTICONDUCTORES PRESTADOR ID: 110013361401 y MEDI GALERIAS ID PRESTADOR: 110012664201</p>	X	

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
9.1. SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION	<p>A la pregunta ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la evaluación del desempeño y eficacia del procedimiento en la habilitación de prestadores?, Comprobar mediante certificaciones generadas, oficios de remisión a Investigaciones administrativas.</p> <p>El referente comunica que los informes generados, han sido con enfoque al tema de la pandemia, visitas de cuidados intensivos y todo lo que tiene que ver con el plan de expansión hospitalaria, plan nacional de vacunación y seguimiento a unidades de cuidados intensivos. Al momento el numero de visitas no es relevante por estar suspendido el plan anual de visitas mediante la resolución 856, artículo 7. Seguimiento a las visitas de habilitación no se tiene en el momento. La información actual obtenida respecto al seguimiento de las habilitaciones es la siguiente: Visitas realizadas:6, Certificaciones de habilitacion:3, Oficios de remisión a Investigaciones administrativas: 2, visita previa autorizadas:76 y visitas no autorizadas: 57</p> <p>Evidencias consultadas: resolución 856-articulo 7 e informes</p>	X	
Numeral 9.1.2 Satisfacción de cliente	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>Se informa que se aplico encuesta en el primer semestre 2021 y se aplico a 10 visitas de habilitación, los resultados concluyen "SIN NOVEDAD" en consecuencia, no requiere la definición del plan de mejora, la encuesta contemplo las siguientes preguntas: 1. los integrantes de la comisión se presentaron al inicio de la visita, 2. se recibió notificación de la visita, 3. alguno de los integrantes de la comisión le ofreció asesoría de manera particular y 4. la dependencia realiza capacitación de manera grupal o individual de forma virtual en la actualidad.</p> <p>Evidencias consultadas: PLANILLA TELEFONICA DE VISITAS.xlsx</p>	X	
9.3 REVISION POR LA DIRECCION	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a este procedimiento?</p> <p>Se informa que desde el comité directivo de la dirección de calidad, se socializan todos los avances de las visitas realizadas y es uno de los puntos que se trata en dicha reunión. Así mismo, se consulta la presentación del informe de gestión de la dirección del primer trimestre 2021. Presentación denominada: INFORME DE GESTION PRIMER TRIMESTRE 2021.</p> <p>Evidencia consultada: ACTA REUNION SUBSECRETRAI MARZO IVC.pdf, ACTA DE REUNION DE COMITÉ e INFORME DE GESTION PRIMER TRIMESTRE 2021.ppt</p>	X	
10. MEJORA 10.3 Mejora Continua	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas?</p> <p>Se informa que una de las oportunidades de mejora consistió en el cambio en la planilla, la cual se manejaba en hoja de Excel. Se revisaron los campos de acuerdo a los requerimientos y se consolido en una sola planilla desde octubre del año 2020 denominada programación de visita plan de mejora. Como segundo aspecto se llevo acabo la actualización de los instrumentos de verificación de las visitas, como fue el caso del instrumento general para todos los servicios, consulta externa e internación los cuales se encuentran en isolucion.</p> <p>Evidencia consultada: Programación de visita plan de mejora.xlsx e instrumentos.</p>	X	
AUTORIZACION DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN			
7.1 RECURSOS Numerales 7.1.1, 7.1.2 y 7.1.3	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico), para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora de este procedimiento y asegurar su disponibilidad?</p> <p>Mediante consulta al archivo SEGPLAN 2021 proyecto 7791, se identifica la actividad nro:1.1 que tiene como propósito realizar los tramites y requerimientos para la expedición de resolución, permisos, licencias o reconocimiento de acuerdo con la demanda, dicha actividad en el presupuesto da cubrimiento al tramite en cuestión. La consultar el plan la actividad establece un presupuesto definitivo por valor de: \$278 millones y el valor ejecutado con corte a junio es por valor de: \$245 millones para un cumplimiento a la fecha del 88%.</p> <p>Evidencias consultadas: SEGPLAN 7791 SS.xlsx</p>	X	

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
7.1 RECURSOS Numeral 7.2 literal b)	<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?</p> <p>Se informa que el equipos esta compuesto por bachilleres en el frente de registro o ventanilla y se cuenta con técnicos para las demás actividades. Se solicitan hojas de vida para verificar o constatar el perfil, conocimientos y experiencia requerida.</p> <p>Evidencias consultadas: Hojas de vida</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿El procedimiento tiene como objetivo, autorizar a los profesionales (odontólogos y psicólogos) técnicos, tecnólogos y auxiliares de la salud el ejercicio de su profesión en el territorio nacional?</p> <p>Se informa que en la actualidad la ventanilla solo se tramite la autorización a los profesionales "Psicólogos" y con la entrada del RETHUS las resoluciones se expiden a nivel nacional. Autorización a los odontólogos ya no es tramitada por la secretaria. Se consulta la ley 1164 del 2007 por medio de la cual se definen las profesiones que están autorizadas y que a la fecha expide la secretaria de salud, las demás profesiones deben dirigirse a las colegiaturas respectivas. Si bien es cierto la SDS tramita la resolución para la prestación del ejercicio profesional para los Psicólogos, la tarjeta profesional deberá ser tramitada en las colegiaturas respectivas. Vale aclarar que antes de haber solicitado la resolución en la secretaria de salud, debió haberse solicitado la tarjeta profesional ya que es un requisito que exige la secretaria al momento de realizar el tramite de autorización. Es importante señalar que en el año 2015 entraron las colegiaturas y empezaron asumir esta función pero el colegiado de psicológicos no estaba constituido, razón por la cual la SDS a la fecha sigue realizando dicho tramite hasta nueva orden. En lo que respecta a la validación de títulos, dicho tramite está implementado en agilinea a finales del 2019. De otra parte, la resolución 303 del 2014 establece que el tiempo máximo para la atención de los requerimientos es de 30 días hábiles para la expedición de la resolución y para que quede en registro en RETHUS se tendrán 5 días hábiles dentro del mes siguiente.</p> <p>Mediante consulta se evidencia que el procedimiento SDS-IVS-PR-035 se encuentra desactualizado, toda vez que para los profesionales odontólogos ya no realizan el tramite con la secretaria de salud, ahora deben hacerlo directamente con la colegiatura, así mismo el flujo difiere con la realidad ya que el tramite fue implementado en agilinea y están mejoras no se encuentran documentadas. Se consulta el cronograma de seguimiento actualización de documentos de la subdirección de IVC, el cual contiene el procedimiento 035, sin embargo a la fecha sigue sin ser actualizado, por lo anterior se deriva una acción para abordar riesgos toda vez que existe</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar las solicitudes recibidas y la revisión de la documentación frente a cada uno de los requisitos? Determinar cantidad de requerimientos atendidos y resoluciones aprobadas, negadas o rechazadas?</p> <p>1. Mediante consulta, se evidencia una reclamación por correo, en donde el usuario registro el tramite por medio del botón de registro de persona jurídica, evidenciamos que la interfaz WEB permite realizar el registro del tramite como persona jurídica, lo que conlleva al error, toda vez que el aplicativo no le va permitir continuar, en consecuencia se propone una acción abordar riesgo que permita deshabilitar o bloquear el botón de persona jurídica y con ello eliminar registros inconsistentes o reclamaciones de este tipo. 2. Una ves se genera la resolución al profesional o solicitante, el aplicativo remite mediante correo la resolución PDF que autoriza el ejercicio de la profesional al solicitante, sin embargo, en la base profesionales de RETHUS el registro es actualizado a principios del mes, lo que ha generado algunas reclamaciones de profesionales, asumiendo que es la secretaria la responsable de actualizar el aplicativo RETHUS, una vez el solicitante hace la reclamación se aclara que quien actualiza la base es el ministerio de salud ya que son los dueños o custodios de la misma. Cabe señalar que la resolución cuenta con la aclaración a este punto, sin embargo los profesionales no están leyendo el articulo. 3. Se consulta el tramite en el aplicativo y se obtienen 13314 registros de tramites de junio 2020 a junio 2021, los cuales se clasifican así: a) Firma documento:10251, b)Tramites duplicados anulados:2095, c)Negado firmado:2, d)Resuelve recurso de reposicion:33, e)Solicitar mas información:922, se consultan los casos en este ultimo estado y se evidencia registros del año 2020 que aun no han sido finalizados, por lo que se considera que la gestión adelantada en este punto ha sido débil, lo que conlleva a que los casos seguirán en incremento con el pasar del tiempo, por lo anterior mediante el articulo 17 del CPACA. se establece que se tendrán 30 días para subsanar y que en el caso de no entregar la información requerida, la petición o tramite será cerrada. Se propone acción para abordar riesgo en 2 frentes: 1. depurar y eliminar los registros históricos que superen los 30 días y como segunda aspecto se propone generar notificación o alerta mediante correo al usuario, para que una vez el tramite cumpla 30 días, el aplicativo generara la alerta o notificación permitiendo gestionar adecuadamente todas las solicitudes. El riesgo consiste en la perdida de oportunidad en las respuestas y débil</p>	X	

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
9.1. SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION	<p>A la pregunta ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la evaluación del desempeño y eficacia del procedimiento?</p> <p>A través del SEGPLAN Y PODG se reporta el desempeño global de los tramites con actualización trimestral y por medio de la medición de la percepción de cliente, se determinan los aspectos a mejorar.</p> <p>Evidencia consultada: SEGPLAN 7791 SS.xlsx y POGD.xlsx</p>	X	
Numeral 9.1.2 Satisfacción de cliente	<p>¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>A través del referente se informa que se cuenta con mediciones a partir de noviembre el año 2020 y se remite la base de encuestas diligenciadas frente al tramite de registro y autorización de títulos en el área de salud, de la cual se obtuvieron 286 registros. Realizando las consultas a las encuestas diligenciadas, se evidencia que existe un pequeño porcentaje de personas que calificaron deficiente y regular para lo cual el usuario final genero las observaciones pertinentes, sin embargo, el plan de mejora respecto al tratamiento que se debe dar frente a estas observaciones no se ha sido definido, por tal razón se deriva una oportunidad de mejora que permitirá reforzar en estos aspectos y con ello lograr mayor eficiencia en la operación.</p> <p>Evidencia consultada: Rpta_encuesta_12042021.xlsx</p>	X	
9.3 REVISION POR LA DIRECCION	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a este procedimiento?</p> <p>Se cuenta con la presentación, acta del comité e informe de gestión del primer trimestre y la reunión con la subsecretaria, documentos que fueron consultados. Respecto a la presentación se comprueban los resultados sobre el tramite en cuestión y en el slide 7 de la misma, se presentan los resultados de la bolsa de tramites de forma general y no de forma individual. La presentación corresponde a un contenido estratégico y de alto nivel, lo cual da cumplimiento y soporta el ejercicio de revisión por la dirección.</p> <p>Evidencias consultadas: INFORME DE GESTION PRIEMR TRIMESTRE.ppt, ACTA DE COMITÉ REUNION SUBSECRETARIA, EJECUCION PRESUPUESTAL DEL PROYECTO 7791 y PRESENTACION.ppt</p>	X	
10. MEJORA 10.3 Mejora Continua	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas?</p> <p>Respecto al punto se informa creo el volante que contiene el instructivo paso a paso para el registro de la expedición del ejercicio profesional, el cual se entrega en físico al usuario en la ventanilla de acuerdo a la asesoría brindada y que ha permitido mejorar la gestión realizada, reduciendo quejas o reclamaciones al momento del registro del tramite.</p> <p>Evidencias consultadas: VOLANTE</p>	X	

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
VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL - Líneas de Intervención: Alimentos Sanos y Medicamentos Seguros			
7.1 RECURSOS Numerales 7.1.1, 7.1.2 y 7.1.3	<p>A la pregunta : ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico) para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora de este procedimiento y asegurar su disponibilidad.</p> <p>La referente técnica informa que existen profesional técnicos que conforman el equipo de vigilancia sanitaria y ambiental. El plan territorial de salud publica tiene 8 proyectos de inversión apalancando al proyecto nro.7731, conforme al segplan. Dicho plan dispone de 8 metas y 16 actividades que contemplan todo lo relacionado con el talento humano para el equipo técnico, jurídico y de procesos legales. Le estrategia de comunicaciones y la contratación que se hace a través de las subredes. La operación se realiza a través de las 4 subredes y tienen la responsabilidad de implementar los lineamientos. En Salud Ambiental se tuvo un presupuesto de \$55.000 millones y el proyecto tiene varias matrices en Excel donde se distribuyen los recursos. Con respecto a la línea de alimentos y medicamentos, estos viajan por la meta 5 que busca incrementar en un 8% la vigilancia en establecimientos, contempla 3 actividades 5.1, 5.2 y 5.3 y a partir de esto se consolida todo el presupuesto, El numeral 5.3 refiere al talento humano para el equipo técnico y abogados encargados del proceso sancionatorio. Respecto al proyecto de inversión nro.7831, el formato es diligenciado por los representantes de las subredes y permite determinar los establecimientos se visitaron, para el mes de junio se intervinieron 22579 establecimientos distribuidos por línea, una vez se diligencia lo técnico se cierre el ciclo cada mes y a nivel distrital se documenta y se carga la información. Respecto al seguimiento a los proyectos de inversión se toma pantallazos del SPI. Ahora bien el PIC, tiene una vigencia de 4 meses de julio a octubre y se hacen 2 tipos de ejercicios. Se consulta el presupuesto definitivo por valor de \$55.774.896.000 y el valor ejecutado con corte a junio 2021 por valor de \$32.469.176.375. que corresponde a un cumplimiento del 58% a la fecha.</p> <p>Con respecto a la meta 5 y la actividad1, que corresponde a la línea de verificación contempla un presupuesto definitivo por valor de:\$10.305.145.234, se observa desagregado por localidad, producto, actividad y fuente. Se consulta el desagregado de la línea de alimentos sanos y seguros y se obtienen: 41 registros, los cuales se ingresan al aplicativo SISVEA y se obtiene el informe de gestión , dicho informe se consulta por localidad y se toma como ejemplo la localidad de Santafé, para la cual se programaron 101 operativos con costo de \$35 millones, para los 4 meses y se tienen programados 26 operativos que contempla la visita a establecimientos. A la fecha solo se han realizado 18 visitas a establecimientos y solo se ha facturado 6 millones. Se consulta el archivo denominado: infoGestion-2021 VIG sanitaria.xlsx.</p> <p>Evidencia consultada: PLAN TERRITORIAL DE SALUD PUBLICA, SEGPLAN SP.xlsx, Concertación metas_julio-Octubre_VF.xlsx y matriz_ insumos_JULIO_OCT_2021 VF.xlsx</p>	X	
7.1 RECURSOS Numeral 7.2 literal b)	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria que realizan el trabajo que afecta al desempeño y eficacia?, ¿Se cuenta con sistemas de información para mantener el control de las visitas realizadas y los resultado de las mismos?</p> <p>Se informa que las subredes cuentan con lideres operativos y se maneja la matriz de estándares que permite ver el perfil de los inspectores o visitadores. De igual forma se consulta el documento denominado: DT_GESTION _VSA, documento operativo de vigilancia de la salud ambiental, se consulta el numeral 3.10.4.1 en referencia de la vigilancia de la salud ambiental. cada línea cuenta con un perfil y en el numeral 3.10.4.2 define los liderazgos técnicos en la línea de alimentos sanos y seguros para lo cual tiene contemplado 4 personas. Se consulta la subredCentrOriente y se identifica que para la línea de alimentos sanos y seguros se cuenta con 4 perfiles de ingenieros de alimentos y médicos veterinarios, para la línea de medicamentos se cuenta con un químico farmacéutico y todo esto para la vigencia julio a octubre 2021. Con respecto al equipo operativo se define en el numeral 3.10.4.6 y los perfiles de los lideres de intervención se definen en el numeral 3.10.4.2, los cuales deben tener mínimo 2 años de experiencia profesional y 6 meses deben ser en fiscalización sanitaria, Se obtiene una hoja de vida con el referente de Centro oriente. Se consulta la matriz de costos PSPIC 2021.xlsx.</p> <p>Evidencia consultada: matriz de costos PSPIC 2021.xlsx, DT_GESTION _VSA y Hojas de vida de líder técnico e inspector de la subred centro oriente.</p>	X	

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
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la programación de las visitas de vigilancia de la Salud Sanitaria por líneas de intervención: Alimentos sanos y Medicamentos seguros?</p> <p>Mediante la información aportada, se consulta el formato de circulación restringida y se obtiene el consolidado por concepto según tipo, línea y localidad. El resultado o acta de las visitas se encuentra en cada subred y la información general es cargada al sistema de información SISVEA. Evidenciamos que en el acumulado enero a junio 2021 por línea de alimentos sanos y seguros se ha realizado para 20 localidades, con 61390 visitas de las cuales: conceptos desfavorables se tienen:1212, favorables: 1118, conceptos favorables con requerimientos:41219, pendientes: 4246 y terminados: 11935, que corresponden a establecimientos que dejaron de funcionar. Además se determinan 1660 casos "Sin concepto", es decir, no pudieron diligenciar el acta. Para la línea de medicamentos el resultado es siguiente: total visitas 9014 de las cuales conceptos desfavorables son: 955, favorables: 2784, favorable con requerimientos: 4604, terminados: 451 y sin concepto: 219. La programación de visitas se constata en el informe de gestión 2021 VIG SANITARIA y de acuerdo a la línea se establece la programación, la meta vigencia y el presupuesto.</p> <p>Evidencia consultada: Seguimientos_proyecto_JULIO2021.xlsx, informe de gestión. InfoGestion 2021 VIG SANITARIA.xlsx, actas de visitas: concepto favorable, desfavorable y terminado de la línea de alimentos del mes de Junio 2021 y los mismo para la línea de medicamentos seguros.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la asistencia técnica a usuarios relacionada con la vigilancia y control de los factores de riesgo del consumo, según normatividad sanitaria vigente?</p> <p>Se consulta la base de asistencia técnica realizada por las subredes y los registros SDQS de quejas, solicitadas por la comunidad, con el fin de visitar un establecimiento que puede estar incumplimiento los criterios necesarios. Para ello solicitaron las actas de visita para conceptos favorables, desfavorables, terminados y lo mismo para la línea de medicamentos seguros del año 2020 y corte junio 2021.</p> <p>Evidencia consultada: Actas de Visitas</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia seguimiento de las actividades de operación de la vigilancia de la salud sanitaria, revisando soportes generados y verificación en campo de las acciones producto de la IVC , así como ingreso de información en los sistemas de información?</p> <p>Mediante consulta a la base de datos SDQS "Bogotá te escucha", a la fecha se tienen 288 requerimientos recepcionados y atendidos, los cuales cumplen con la gestión requerida.</p> <p>Evidencia consultada: SDQS junio 2020 a junio 2021 _alimentos y Medicamentos</p>	X	
Numeral 9.1.3 Análisis y evaluación	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia de la retroalimentación y ajuste de los resultados obtenidos en la vigilancia sanitaria por líneas de intervención?</p> <p>Se informa que se realiza retroalimentación de los informes que elaboran las subredes, la periodicidad del informe la define cada subred. Se consulta el documento denominado: Retroalimentación informe Bimestral Marzo a Junio.xlsx, el cual es consolidado por la subdirección de acciones colectivas, mediante consulta al documento, se observa clasificado por subredes y por los 10 productos que se contrataron con las subredes, en la matriz se realiza la consolidación de la retroalimentación y se envía el consolidado a la subdirección de acciones colectivas. La consolidación es realizada por el referente técnico de la línea de vigilancia sanitaria y ambiental. Se constata con correo remitido el 2 de agosto del 2021, dicho archivo es recibido y ellos consolidan todo el PIC y la información es remitida a cada una de las subredes.</p> <p>Evidencia consultada: Retroalimentación inf Bimestral Mayo a Junio.xlsx</p>	X	

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
9.1. SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la evaluación del desempeño y eficacia del procedimiento?</p> <p>Se cuenta con el Informe de gestión por metas, que cuenta con la programación de la vigencia, las metas del mes y presupuesto por localidad. Se consulta la ficha proyecto 7831 del SEGPLAN 7831.xlsx Así mismo se consulta el documento Operativo de vigilancia de la salud ambiental que define en el numeral 3.1.3 los indicadores para IVC, uno de los indicadores corresponde a la cantidad de conceptos según tipo, otro indicador a la cantidad de visitas por localidad. Se consulta la pagina: www.saludambiental.saludcapital.gov.co, que contiene el indicador de proporción de aceptabilidad de alimentos y bebidas, así como el porcentaje de no cumplimiento del total de muestras, así como la cantidad de muestras que cumplieron y cuantos no cumplieron, conformé al plan de muestreo.</p> <p>Evidencias consultadas: Informe de gestión por metas, SEGPLAN 7831.xlsx, DT_GESTION_VSA.pdf, Operativo de vigilancia de la salud ambiental, indicadores de aceptabilidad de alimentos y sitio web: www.saludambiental.saludcapital.gov.co.</p>	X	
Numeral 9.1.2 Satisfacción de cliente	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>Se consulta la MATRIZ GENERAL DE ASISTENCIAS TECNICAS y se evalúa el nivel de percepción sobre las asistencias técnicas realizadas. Así mismo se consulta la EVALUACION DEL 8 DE JULIO.PDF, la cual consta de 17 preguntas y de cada asistencia técnica se cuenta con el acta y el listado de asistencia además de algunos registros de la evaluación de la percepción. Se consulta el consolidado de asistencias técnicas y se obtienen 34 encuestas diligenciadas.</p> <p>Evidencia consultada: EVALUACION DEL 8 DE JULIO.PDF</p>	X	
9.3 REVISION POR LA DIRECCION	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a este procedimiento?</p> <p>Se informa que se realiza revisión por la dirección con cierta periodicidad y se soporta con las actas del comité directivo, acta de comité salud ambiental y presentación del plan de rescate.</p>	X	
10. MEJORA 10.3 Mejora Continua	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas?</p> <p>Se consulta la presentación mensual interna, donde se observa que en el mes de febrero se presentaron los aspectos técnicos con base a la encuesta de percepción diligenciada por cada una de las subredes, mensualmente se tiene asistencia en las subredes y se determina como va la implementación de los lineamientos en materia sanitaria y ambiental , lo cual conlleva la socialización de una nueva guía y orientación. En la presentación del mes de febrero se identificaron 10 aspectos a mejorar de los cuales se consulta el ítem: fortalecer la asistencia donde se adelanto el fortalecimiento mediante la socialización de los lineamientos, la socialización fue realizada en el mes de julio 2021 y se consulta el material impartido y el registro de asistencia.</p> <p>Evidencias consultadas: PRESENTACION TOMA DE MUESTRA ALIMENTOS Y BEBIDAS.pdf, LINEAMIENTOS JULIO-OCTUBRE.pdf y Registro de asistencia.pdf</p>	X	

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
QUEJAS POR FALLAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD			
7.1 RECURSOS Numerales 7.1.1, 7.1.2 y 7.1.3	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico) para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora de este procedimiento y asegurar su disponibilidad?</p> <p>Se informa que se cuenta con 3 profesionales, una enfermera, una odontóloga y el apoyo administrativo. El numero de profesionales dependerá de la demanda en el momento, las necesidades de recurso humano están definidas en los estudios previos en el numeral 6.1- denominado obligaciones de las partes y el numeral 6.1.1, especificaciones del contratista y requisitos que le aplican numerales 1, 4, 5 y 8. Se determina el numero de profesionales que tienen la responsabilidad del manejo de quejas conforme al contrato suscrito, se consulta el contrato numero 2432089, suscrito el 21 de abril del 2021 y se consulta de igual forma el informe del mes junio del contratista en la obligación nro.4 que tiene como propósito dar respuesta a la correspondencia asignada y se justifica el avance realizado. Los recursos de otro tipos están definidos en el SEGPLAN.</p> <p>Evidencias consultadas: ESTUDIOS PREVIOS DE IVC bajo el SDS-CON-FT-055, CONTRATO NRO:2432089 y SEGPLAN.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Existen hechos informados por los usuarios de los servicios de salud que interponen quejas, derechos de petición, o que a través de los medios de comunicación refieren presuntas fallas en la calidad de la prestación de los servicios de salud. Constatar evidencia de la recepción de la queja, análisis y clasificación realizada. Consultar quejas gestionadas y respuestas de las partes involucradas?</p> <p>Se informa que la atención brindada aplica para todos los servicios públicos y privados del Distrito Capital. los canales o medios de ingreso son presencial o al correo institucional denominado: quejasyeticionesIVC@saludcapital.gov.co. En el canal de atención al usuario, se ingresa la queja en el sistema distrital de quejas y soluciones, a través del banner del portal de salud capital denominado "BOGOTA TE ESCUCHA", que es la interfaz para el registro de las PQRS. Se toma pantallazos. Las acciones se dan en 2 vías: La plataforma del distrito y por correo institucional, las PQRS puede llegar por escrito, correo institucional y que son consolidados por el profesional del caso, la recepción de quejas por ventanilla son registradas en la plataforma distrital y corresponde al gran volumen de casos PQRS de fallas en la prestación de servicios de salud, otros casos son recibidos por otros medios, gestionados y controlados mediante la base de Excel denominada SIGUEME. Se informa que a través de la dirección de servicios de salud, se solicito en el año 2020 a la dirección TIC mediante PAT formal, el desarrollo de una solución de software que permitiera unificar y gestionar todos los casos de principio a fin, sin embargo, el formato PAT no fue proporcionado y los seguimientos o acta de reunión no todas fueron proporcionadas. Se consulto acta de seguimiento realizado que da respuesta a la lentitud de la base Excel utilizada desde el julio del 2020 y la información de 2019 que esta contenida en el base Access por lo que se requiere la migración de la información de las bases iniciales. El riesgo por lentitud y perdida de información se puede materializar y el control no es completamente eficaz, toda vez que el archivo Excel es copiado con cierta periodicidad de forma manual por el referente y en caso de perdida o daño del archivo es copiado en el equipo local, que en caso de daño del disco duro comprometería toda información registrada. Deriva en una acción para abordar riesgo, que evite o minimice la perdida de información o daño del archivo Excel de quejas SIGUEME, para lo cual se propone incorporar en el inventario de activos de información para la generación de backup diarios, mientras que solución definitiva derivada del PAT se estable la fecha de su entrega, se desconoce el estado y la fecha de entrega de la misma. Así mismo, en la base se pierde la trazabilidad de los casos que fueron reasignados, no se tiene en cuenta esta información en la actualidad. caso consultado nro.: 2378692021.</p>	X	

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
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>Parte 2 a la pregunta anterior. Todo lo registrado en la base de datos es tratado como derecho de petición, respetando los 15 días hábiles establecidos por la ley. Sin embargo, por efectos de la pandemia, se consulta el decreto 491 del 2020, que establece el tiempo para la atención de derechos de petición aumento de 15 días a 30 días hábiles. Con relación a los tiempos de atención de los derechos de petición, los caso son recepcionados por el sistema Distrital y se cuenta con la trazabilidad y los tiempo de la atención de los mismo, pero los casos que son registrados en la base SIGUEME, no es posible determinar la trazabilidad de los tiempos de atención, no se puede saber cual fue el tiempo de respuesta de la atención de la queja, para ello es indispensable en primera medida incorporar en el control actual SIGUEME el campo "fecha de solución" ya que actualmente no se tiene, atendiendo al principio de oportunidad y poder medir el desempeño del procedimiento mientras se espera solución definitiva, que corresponde al desarrollo de la solución de software que a la fecha se desconoce la viabilidad y la fecha de entrega del producto al usuario final.</p> <p>En la consulta de la base distrital de junio 2020 a junio 2021, se identificaron: 122 registros que superaron la fecha limite de respuesta del año 2020 se tienen: 104 casos y el año 2021 se tienen:18 casos, lo que corresponde a una materialización del riesgo toda vez que se esta incumpliendo con los tiempos establecidos en el decreto. Se deriva una acción para abordar riesgo frente a la gestión oportuna de los casos recibidos y las peticiones que son registradas en la base SIGUEME toda vez que no se puede determinar con exactitud los tiempos de atención total.</p> <p>En la base SIGUEME, se consultan los casos de julio 2020 a junio 2021 y se obtienen: 2979 casos registrados de quejas, los casos direccionados para la comisión de visita fueron 1226 y los casos para abogado y con ello iniciar el proceso de investigación fueron: 1717, estos últimos se desconoce el estado, sin embargo la investigación podría durar 3 años desde el comienzo de los hechos.</p> <p>La profesional realiza el respectivo análisis y clasificación de las quejas y con ello el respectivo direccionamiento. El análisis consiste en leer la queja y determinar si es de la competencia y si amerita visita o se direcciona a los abogados, los casos que de acuerdo al análisis se determinan que no son competencia del área, son direccionados por valija al área competente y se tiene 3 días para devolverla. Se informa que no se hace registro y hace parte de la responsabilidad del proceso de atención a la ciudadanía cuando queda mal clasificado.</p> <p>Evidencias consultadas: Base SIGUEME 2021, Portal Bogotá te escucha, Actas de reunión con acuerdos establecidos, Acta del 21 de abril y Reporte de Gestión base bogota.xlsx</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la remisión a investigación o comisión de quejas si requiere visita?</p> <p>Mediante consulta se evidencia que los casos direccionados para comisión de visita, fueron 1226 y los casos para abogado para iniciar el proceso de investigación fueron 1717, para efectos de redireccionar los casos que ameritan visita, se registran en la base de datos denominada BASE FINAL DRA: CHARRY.xlsx, donde se ingresa el numero de radicado, la fecha del radicado, institución a visitar y la dirección. La base comenzó a operar el año 2020 y a la fecha cuenta con 930 registros, se explica que anteriormente se hacia por libro y una vez recibido el archivo se programan las respectivas visitas. Todo lo que es redireccionado a visita y asignado a los abogados, es ingresado al libro de tipificación 1 radicador de las PQRs y entrega a tamizaje, dicho libro cuentan con las firmas de los abogados que atenderán las quejas. Las entregas y firma se realiza a diario y el libro es el instrumento de control para el manejo de las quejas redireccionadas al grupo de abogados. Evidenciamos que la base de quejas SIGUEME no contiene el estado o avance de cada uno de los casos entregados a los abogados, por lo anterior, se pierde la trazabilidad de la queja y el controler no tiene el conocimiento del estado en la que se encuentra la misma. Se cuenta con el libro Radicador para entrega y devolución de quejas que ameritaron visita donde se registra el auto, radicado, fecha del radicado, institución involucrada, folios, coordinador, fecha de la devolución, tipo de prestador, fecha de visita y resultado de la visita. Toda visita requiere un AUTO que es el permiso para ingresar a las instalaciones. Se deriva una acción para abordar riesgo toda vez que el seguimiento a los casos o quejas escalados a investigación administrativa no cuenta con seguimiento, se dispone del registro físico o libro de entrega al abogado pero de ahí en adelante se desconoce el avance en cada caso.</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta : ¿ Existe evidencia que permita constatar las respuestas emitidas al peticionario sobre el resultado de la visita; informando si fue remitida la queja a investigación administrativa por presuntas fallas en la prestación del servicio o por el contrario la comisión no evidenció fallas?</p> <p>Se consultan los casos direccionados por la comisión de visita, que corresponden a la gestión realizada en el año 2020 y hasta julio del 2021, los cual reporta 4622 casos, de las cuales 2859 no ameritaron visita y se remitieron directamente abogado. De la base consultada, se visitaron 1763 y se identificaron 120 quejas, que se encuentran pendientes del resultado de la visita. De las visitas realizadas 717 casos ameritaron continuar con la investigación y 928 casos se dieron finalizados, es decir no hubo merito para continuar con la investigación después del resultado de la visita. Se procedió con la consulta de quejas sobre el resultado de la visita realizada. requerimiento nro.: 1507052021, registrado el 12 de mayo y la visita fue realizada el 17 de junio y la respuesta de la visita fue el 24 de junio, la queja fue finalizada o cerrada es decir no se encontró merito. Segundo caso, código: 1221972021 de fecha de radicado abril 17 y respuesta final 13 de julio, la visita fue realizada el 31 de mayo. La respuesta informa que merece investigación administrativa, por lo cual se paso a investigación el día 13 de julio del 2021 según libro radicador.</p> <p>Evidencia consultada: INFORME PRIMER SEMESTRE 2021.xlsx</p>	X	

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
7.1 RECURSOS Numerales 7.1.1, 7.1.2 y 7.1.3	<p>A la pregunta: ¿Que evidencia permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico) para el cumplimiento de los ejes estratégicos de funcionamiento del LSP?</p> <p>Se informa que se dispone de la proyección de capacidad analítica y las necesidades propias de IVC. El referente administrativo informa que cada líder de grupo, proyecta sus necesidades y cuantifica los productos que requiere contratar. Los referentes proyectan los cuadros de las necesidades que se tienen, se consolidan por parte del referente administrativo, se proyectan y presentan ante la dirección de planeación, el producto es el plan anual de adquisición. La meta del laboratorio es la meta 2 del proyecto 7828 para la dotación de insumos, elementos y equipos y esta ligado con la actividad nro.22.3. El presupuesto definitivo es por valor de: \$33.298.800.000, y la ejecución a la fecha es de: \$1.582.913.449 para un porcentaje de cumplimiento 48% a la fecha. Con relación a logística, estos recursos se solicitan a la dirección bienes y servicios. Dentro del plan de adquisición, se tienen contemplado el rubro para el manejo del recurso humano contratista, lo cual corresponde a contratos de apoyo para la gestión asociada a la misma meta: 22. Para el laboratorio se cuenta con 95 requerimientos para persona natural. Se solicita el desagregado para el caso se consulta el archivo con corte a julio 2021, el cual contempla 75 contratistas contratados hasta el momento, el rubro ejecutado a la fecha es por valor de: \$3.323.602.950 y presupuestado definitivo por valor de: \$4.230.000.000 para un porcentaje de cumplimiento del 79% con corte a julio 2021. Cabe señalar que la resolución Nro. 043 del 2021 de la SDS, define la tabla de honorarios para la prestación de servicios.</p> <p>Evidencias consultadas: PLAN ANUAL DE ADQUISICION proyecto 7828. xlsx, desagregado de persona jurídica y natural xlsx v resolución Nro. 043 del 2021.pdf</p>	X	
7.1 RECURSOS Numeral 7.2 literal b)	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria que realizan el trabajo que afecta al desempeño y eficacia?</p> <p>Se informa que el laboratorio cuenta y funciona con mas de 100 personas que permiten tener el control de todo, se dispone de 2 frentes o líneas técnicas como son: Área de vigilancia a enfermedades y el área de vigilancia ambiente y consumo. para el cual se cuenta con perfiles de bacteriólogas, el otro frente cuenta con profesionales microbiólogas, bacteriólogas, químicos y línea afines. El plan consultado, define los perfiles requeridos. Se consulta la hoja de vida de una contratista, la cual esta bajo el contrato nro:2404618. El perfil de la tabla, corresponde a un profesional universitario D2 y se valida la experiencia profesional. Como segundo caso, se consulta otro contratista, el cual esta bajo el contrato nro.: 2404634 y el perfil de la tabla corresponde a un profesional universitario D2, se valida la profesión y experiencia profesional exigida, la cual esta dentro del rango de los 7 a 12 meses. Para esta verificación se tuvieron en cuenta las hojas de vida del SIDEAP.</p> <p>Evidencias consultadas: CONSTRATISTAS SUB LABORATORIO SP, RESOLUCION 043 del 2021, Hoja de vida Jenny otalora.pdf y Hoja de vida verónica lara.pdf</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Existe evidencia que permita comprobar la realización de actividades programadas en cumplimiento de la vigilancia en eventos de interés en salud e IVC sanitario (capacitación, visitas de estándares de calidad, confirmación diagnóstica entre otras)?</p> <p>Se informa que en el marco de la normatividad decreto 2323 del 2006, se establecen las funciones como laboratorio de salud publica y contempla los ejes estratégicos como son: calidad y prestación de servicio de investigación y vigilancia en salud publica. El laboratorio función en ese marco y desarrolla capacitaciones, asesorías y asistencia técnicas. Cada año se realiza la programación que se tiene con los laboratorios, en la pagina publica de la SDS, se cuenta con los cronogramas para el envío de muestras en los diferentes eventos y las fechas en las cuales de debe remitir las muestras. Para el caso, se evidencia el grupo de vigilancia centinela de virus respiratorios, semanalmente envían entre 5 a 10 muestras como son el Hospital Santa Clara y el de Meissen. Así mismo, en la pagina web de la SDS se consulta el evento de paparitisismo intestinal que corresponde a un evento de interés en salud publica. Se consulta al azar la institución Batallón Sanidad que de acuerdo a la programación, debió reportar en el mes Julio. Se informa que la SDS, cuenta con el sistema de información SILAPS, en el cual se radican todas las muestra que llegan al laboratorio de salud publica y se les asigna un numero de radicado el cual permite tener la trazabilidad de la muestra. El código generado por el sistema es único e irrepetible, ahora bien para el control de calidad existe el formato donde se reciben todas las muestras y deben contener la ficha epidemiológica. En caso que la institución no cumplan con la programación establecida, debe notificar mediante correo la causa, ya que la programación se encuentra publicada en la pagina de la SDS. Con respecto a los "Índice de confiabilidad para los eventos", se realiza de manera anual y cada laboratorio cuenta con un código en donde quedan registrados de los diferentes eventos. Se consulta el índice de confiabilidad del año 2019 y específicamente el índice para el laboratorio de sanidad, el cual fue de 40 para el evento de parasitismo. Se cuenta con 2 controles para cuando se incumple con el índice en primera instancia se procede a realizar asistencia técnica presencial es decir el contratista se desplaza al laboratorio para verificar si existe desconocimiento. Lo otro que se hace es cuando se ve que un laboratorio que esta fallando, se hace la visita de los estándares de calidad para evaluarlo y generar un plan de mejora.</p>	X	

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
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>respuesta parte 2 al pregunta anterior. Se informa que debido a la declaración de pandemia, los planes de acción se suspendieron por parte del laboratorio de salud publica y todos los esfuerzos se encaminaron a dar respuesta la pandemia por COVID19, para ello se cuenta con un oficio remitido a la red distrital de laboratorios el día 17 de marzo del 2020 con radicado: 2020EE28517. Se consulta la programación del plan de acción 2021 para las instituciones de cara a los eventos de diagnostico de parasitismo intestinal, la cual fue programada para el mes de septiembre del 2020. Con respecto a las visitas de calidad, podemos evidenciar los estándares de COVID en cumplimiento del decreto 2323 y la resolución 1619 del 2015. Es importante precisar que todos los laboratorios para anunciar un evento y prestar el servicio deben contar con el aval, para esto se hace necesario la verificación de la implementación de los estándares de calidad y se hace mediante una herramienta definida por el instituto de salud, la cual tiene 84 requisitos distribuidos en 6 criterios. A la fecha con corte agosto los laboratorios autorizados son:33 , cada laboratorio de forma voluntaria, solicita que desean pertenecer a la red ampliada de diagnóstico molecular. Si cumple con los requisitos, se procede hacer la visita y se realiza el diagnostico COVID, los resultados del aval, hacen parte de la red y están publicados en la pagina de secretaria. Se consulta el laboratorio "SURA", el cual cuenta con el aval basado en el cumplimiento de los 84 estándares de calidad. La lista de verificación cuenta con las firmas de los profesionales que visitaron. Cabe señalar que los laboratorios que no cumplieron con los estándares se notifican y se describen los aspectos a subsanar por lo tanto se genera una segunda visita. Para el evento de cito patología, se ha hecho el proceso de estándares y la aplicación de la herramienta. además se ha hecho visita remota. Se consulta el Radicado nro. 2021EE624141 del 12 de Julio del 2021, donde se notifica de la sesión virtual y en la que participaron 3 personas en su orden: el patólogo, supervisora y la coordinadora.</p> <p>Evidencias consultadas: Decreto 2323 del 2006, programación de laboratorios, RED</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿Existe evidencia que permita comprobar la recepción de las muestras recibidas de la Red Distrital de Laboratorios Públicos y Privados, verificando las condiciones de la muestra, actas de muestras rechazadas. Identificación de números de radicación y rotulación de muestras?</p> <p>Se informa que las muestras se recibe 7x24 y se cuenta con una disponibilidad de profesionales para dar cobertura. Las muestras son recibidas por los auxiliares del laboratorio y verifica la calidad de la muestra a través del procedimiento de recepción, se reciben los lotes y muestras con los requisitos mínimos de la muestra, como son la temperatura y otros. Para COVID, el laboratorio recibe todas la muestras tomadas por las 4 subredes. Se verifican los criterios de su triple embalaje y su condición de temperatura, ya que deben venir refrigeradas y con la respectiva ficha epidemiológica 046. las muestras se recepcionan y se hace una segunda etapa de verificación, una vez cotejada la ficha contra la muestra pasa a procesamiento. Se consulta el aplicativo SILAPS y acorte de junio 2021 se obtiene (1) millón 261.253 muestras procesadas. Es importante resaltar que el tiempo de procesamiento de muestras se encuentra entre 36 a 48 horas, tiempo que comienza a contar desde el momento de la recepción de la muestra en el LSP, el profesional que radica se lleva una copia de la ficha con el radicado. Para el caso se consulta el radicado único generado por el sistema de información SILASP id: 907463, recepcionado el 8 de agosto del 2021. Cada subred tiene un limite de 1000 muestras diarias asignada a cada subred y en base a la consultas, se logra la oportunidad en tiempo de procesamiento en la ultima semana de julio y primera semana de agosto. Respecto a las muestras rechazadas, se consulta el acta de rechazo de una muestra para análisis de hepatitis B, numero: 6347 del 6 de agosto de 2021 y se consulta la observación generada además del código de rechazo generado por el aplicativo SILAPS. Se tuvieron 2 eventos de vigilancia de enfermedades que corresponde a la programación anual publicada en la pagina de secretaria y vigilancia del ambiente y consumo y se consulta . Así como la reunión mensual para establecer el muestreo en alimentos y aguas en lo que se refiere a brotes o intoxicaciones y alerta de aguas con presencia de color.</p> <p>Evidencias consultadas: LIBRO FISICO DE RECEPCION, Ficha epidemiológicas 046, SILASPS y Acta de Rechazos</p>	X	
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL	<p>A la pregunta: ¿ Se realiza análisis de las muestras de la Red Distrital de Laboratorios Públicos y Privados?</p> <p>Se consulta el radicado SILAPS- ID:907463, que fue un registro del día 8 de agosto y al día 9 de agosto se entrego el resultado. Surtió efecto las etapas de extracción y amplificación de muestras y una vez finalizadas se entregan los resultados para la interpretación de los CT o termocicladores. Todas las muestra pasan por el mismo proceso, es importante precisar que los análisis se encuentran en medio físico y en medio magnético se suben los resultados al sistema SILAPS. Para el caso el resultado de esta prueba fue positiva, la muestra se entrega al grupo de biología molecular y al grupo de validación de resultados. Se informa que cada lote contiene 92 muestras o menos y esa carga se hace a diario, el archivo de salida lo marcan y para ello se consulta el lote Nro:21 del 8 de agosto además se consulta el archivo y se compara con la ficha epidemiológica del sistema SILAPS. La oportunidad de respuesta es de 48 horas lo cual cumple con los tiempos comprometidos. Se informa que se cuenta con termos instalados y las pruebas demoran una (1) hora y (15) minutos para esas 92 muestraran por cada lote. Sacando aproximadamente 42 lotes diarios. Esa es la capacidad máxima y la SDS es el laboratorio mas grande del país, en la medida que el termo finaliza se valida la información y el profesional realiza a diario el cargue en el aplicativo SILAPS.</p>	X	

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>7.5 INFORMACION DOCUMENTADA 7.5.3.1 literal a y b</p> <p>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>A la pregunta: ¿Como es el manejo de las quejas presentadas y la base documental del mismo?</p> <p>Se informa que se cuenta con un procedimiento interno de quejas, mediante el cual se gestionan las quejas que son recibidas por diversos canales. Para la atención de requerimientos se cuenta con la plataforma "Bogotá te escucha" que es el medio por donde se canalizan las PQRS de LSP y se viene usando desde octubre del año 2020 . A la fecha se ha dado respuesta a 4248 PQRS por la plataforma y mediante la interfaz WEB contáctenos se han atendido 1264 PQRS para un total de 5112 PQRS. La respuesta se genera mediante un oficio y se remite por correo. Los PQRS de ente de control se canalizadas por la subsecretaria. Se informa que el procedimiento se encuentra documentado y se denomina: PROCEDIMIENTO DE ATENCION A QUEJAS O RECLAMACIONES, CODIGO 040GCP02 el cual fue emitido el 4 de agosto del 2021. Cabe aclarar que el documento no se encuentra cargado en el isolucion ya que hace parte de las lista maestra de documentos de la norma 17025. Se consultan algunos casos de quejas en la plataforma Bogotá te escucha, casos del mes de junio 2021, id: 1861752021 y oficio de respuesta id: 20265220221 . Un segundo caso de sustentación técnica, id: 1942382021. Se consulta el listado maestro documental del laboratorio el cual esta por fuera del repositorio de isolucion.</p> <p>Mediante consulta al repositorio documental isolucion, evidenciamos que el listado maestro documental del laboratorio se encuentra por fuera del repositorio general, se informa que no ha sido posible incorporar la base documental de isolucion por cuestiones de espacio y es un tema que venia trabajando la dirección de planeación institucional y calidad pero a la fecha sigue sin ser resuelto. Por tal razón se deriva una acción para abordar riesgo, toda vez que la información del proceso se encuentra restringida y de acceso solo para el grupo de laboratorio, acceso a modo consulta no se encuentra habilitada y no hace parte de la base documental de calidad en isolucion. Además para efectos de la preparación de la auditoría, dicha información no fue suministrada. Se propone incorporar la base documental o el enlace a misma para conocimiento de la entidad.</p> <p>Evidencias consultadas: PROCEDIMIENTO DE ATENCION A QUEJAS O RECLAMACIONES, CODIGO 040GCP02, listado maestro documental del laboratorio y plataforma Bogotá te escucha</p>	X	
<p>Numeral 9.1.3 Análisis y evaluación</p>	<p>A la pregunta: ¿Como se determinar la eficacia de los controles establecidos para el aseguramiento analítico en la emisión de resultados, disposición para entrega de los resultados a la Red Distrital de Laboratorios Públicos y Privados, realizar la custodia y archivo de los resultados en el LSP? Constatar resultados y análisis de los procesos del LSP</p> <p>Respecto al aseguramiento analítico, se informa que cada lote tiene sus controles y se hace a través de ensayos de actitud y controles de los kit y otro controles que son remitidos desde el reino unido y se hace también con los laboratorios del instituto de salud y metrología. Estos laboratorios con asignados para generar ensayos de actitud y material de referencia, los ensayos de actitud se hacen una vez al año mediante el estándar QCMD17043 acreditado por la norma para el aval de muestras de ensayo, esto permite que el resultado emitido tenga una alta confiabilidad. De las muestras remitidas se demuestra concordancia con el 100%, lo cual garantiza que el procedimiento para análisis de muestras en la secretaria se esta haciendo bien. Se consultan los informes de las pruebas realizadas, que acreditan el resultado de las pruebas realizadas en el laboratorio de la SDS. Así mismo, se consulta el libro de entrega de los resultados, Código: 040CGF12, donde se puede constatar la fecha de entrega de muestras y de resultados. Se consulta la muestras de la clínica SHAI0 los cuales son otros eventos diferentes a COVID.</p> <p>Respecto a la disposición de las muestras, se le entrega un impreso a la institución, para la caso de COVID la SDS cuenta con un vinculo en la pagina WEB y en el vinculo se reportan los resultados de las pruebas COVID, la cual solo podrá ser accedida por el usuario en numero de identificación y numero de celular. La trazabilidad se da con la ficha 046 de epidemiológica. Es importante mencionar que la información de las fichas epidemiológicas, se encuentra almacenada y archivada en el área de archivo de COVID piso 3 costado oriental bajo la responsabilidad de Salud Publica. Del resultado como tal, se entrega a la institución y en el sistema SILAPS queda también el registro. En el SILAPS queda la traza además de la planilla física.</p>	X	
<p>Numeral 9.1.3 Análisis y evaluación</p>	<p>A la pregunta: ¿Se realiza retroalimentación con la red distrital de laboratorios?</p> <p>Se informa que frente a la retroalimentación de la redes, se hacen reuniones de manera bimensual, se cuenta con un procedimiento documento para el manejo de la red de laboratorios, documentado codificado con el id: 040GCP20. En los registros de las reuniones consultadas, se trato el tema de las actualización de físico químico de alimentos o microbiología de la red de alimentos de Bogotá. Por efectos de la emergencia sanitaria estas reuniones se habían suspendido, se retomaron en diciembre 2020 y en la actualidad se viene realizando de forma virtual. Se consulta el registro de acta del 28 de mayo del 2020 que define una agenda respecto al tema. Se evidencia que participaron 78 personas y los temas impartidos fueron: Estado actual del registro general de la red de laboratorios de aguas y alimentos RELAB y se trato el tema del sistema de vigilancia de la calidad de agua en el distrito capital SUBSIVICAP. Se informa que las charlas ha ayudado mucho a los representantes de la red a conocer su estado actual y el registro en el RELAB. La próxima retroalimentación esta programada para finales de septiembre del 2021.</p> <p>Evidencia consultada: ACTA REUNION RED DE AGUAS Y ALIMENTOS.docx</p>	X	

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
9.1. SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la evaluación del desempeño y la eficacia del procedimiento?</p> <p>Se cuenta con indicadores basados en el SEGPLAN y propios del sistema 17025. Los indicadores de carácter interno se miden bajo la norma 17025 y se definieron 17 como son: Validación de metodología analítica, desempeño de pruebas de actitud, indicador de capacitación, indicador de metodologías acreditadas, indicador de oportunidad, indicador de cliente externo e interno, indicador de quejas, indicador de acciones correctivas y acciones de mejora. Se procedió a consulta el indicador de oportunidad que define la periodicidad de su ejecución de forma mensual. Ficha denominada: indicador de gestión de calidad: código: 040GCF80, indicador ID:7 del tablero, con meta definida 80%. Se consultan los resultados del año 2020 y 2021 con corte a julio y se evidencian los resultados que están por debajo de la meta, los cuales están sustentados por la emergencia sanitaria. Respecto al indicador de oportunidad del mes de enero, se evidencia que el resultado esta por debajo de la meja y se sustenta con el memorando remitido a la dirección TIC Nro. 221IE1354 del 21 de enero del 2021. TEMA: aclaración de error en la emisión de los resultados y respuesta de la dirección TIC con radicado nro.: 2021IE1785 del 26 de enero del 2021. Se consulta el indicador de quejas o PQRS, ID:10 del tablero y se evidencia el resultado en ceros, lo cual es inconsistente toda vez que la información obtenida del componente de quejas o PQRS es amplia, día por día se reciben quejas. Se informa que los resultados presentados en este indicador están asociados con la atención a PQRS diferentes a COVID, sin embargo, sigue siendo inconsistente. Se deriva una acción para abordar riesgo, toda vez que el indicador ID:10 reporta resultado en CEROS que según lo indicado son las PQRS diferentes al tema de COVID, en aras de evitar que el ONAC a través de la norma 17025 genere un hallazgo respecto a este de este punto ya que la ficha u hoja de vida del indicador define que el calculo de basa en las quejas de todo tipo. Se propone ajustar y reforzar el indicador para obtener la información adecuada.</p>	X	
Numeral 9.1.2 Satisfacción de cliente	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>Se consulta el registro para el tema de la evaluación de las redes de ambiente y de enfermedades, el instrumento cuenta con 10 preguntas e involucra todos los criterios o servicios brindados. Frente a la percepción se obtuvo un promedio general de 86% y se compara con la meta definida del 80%, resultado que esta por encima de la meta y por lo tanto no requiere plan de mejoramiento. Tamaño de la muestra 96, se aplico en noviembre del 2020 y se remitió la encuesta a 210 laboratorios para un porcentaje de cubrimiento del 51%.</p> <p>Evidencia consultada: Informe de satisfacción de cliente externo 2019.xlsx.</p>	X	
9.3 REVISION POR LA DIRECCION	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a este procedimiento?</p> <p>Se informa que la revisión por la dirección se realiza con la directora y se entrega información a la subsecretaria de salud. La frecuencia con la que se realiza es anual y se cuenta con un comité directivo en donde se hace seguimiento a los planes y se presentan las condiciones del laboratorio. Se consulta registro de acta del 11 de agosto del 2021, en donde se reunieron con la subdirectora. Tema de la reunión: Priorización de equipos a comprar para laboratorio con 4 participantes. Así mismo se consulta el registro de la presentación de la revisión por la dirección con acta del 17 de noviembre del 2020. Código del acta: 040CGF42. Se consulta una segunda acta de la revisión por la dirección del 25 de mayo del 2021 con 9 participantes y temas: Entrega estándar de proceso de calidad VAC.</p> <p>Evidencia consultada: Acta 11 de agosto del 2020, acta del 17 de noviembre del 2020 y acta del 25 de mayo del 2021.</p>	X	
10. MEJORA 10.3 Mejora Continua	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas?</p> <p>Algunas de las oportunidades de mejora implementadas han sido las siguientes: 1. Incremento de talento humano, 2. Solicitud de soporte del equipo en comodato, 3. disponibilidad de áreas para el desarrollo del proceso analítico, 4. Se creo la red ampliada COVID en Bogotá y 5. Se creo el laboratorio de Salud Publica decreto 182 del 2020 y se nombraron las subdirecciones. De otra parte, se informa que teniendo en cuenta los contratistas que cuentan con maestrías, se revisan las metodologías por PCR implementadas en el laboratorio con el fin de investigar sobre las nuevas variantes del virus, así mismo se han realizado estudios de inmunovigilancia, permitiendo medir los anticuerpos a un grupo de edades con diferentes causas, se implemento la vigilancia genómica del rastreo de variantes. Se consulta el acta de inicio del contrato No. CO1.PCCNTR.1714958 de 2020 de la adquisición de 8 termocicladores para COVID y por ultimo se consulta el contrato de adquisición de reactivos de extracción No, 2285606 del 2021.</p> <p>Evidencias consultadas: acta de inicio del contrato no. CO1.PCCNTR.1714958 de 2020 y Acta de inicio No, 2285606 del 2021.</p>	X	

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
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			
<p>1. Con respecto a la consulta de la matriz de necesidades y expectativas suministrada, evidenciamos que no contiene el servicio de "habilitación de prestadores de salud", que corresponde a uno de los servicios que presta la dirección de servicios de salud hoy en día y que hace parte de la caracterización del proceso. Como segundo aspecto evidenciamos que los diferentes tramites que fueron implementados en agilinea y que se encuentran registrados en la matriz, mediante el campo definido: "Mecanismos de acercamiento", se encuentran desactualizados, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe desactualización de la matriz, atenta contra la veracidad, claridad y suficiencia, lo que conlleva al cumplimiento parcial del requisito numeral 4.2 de la norma de calidad, por lo anterior se hace necesario desarrollar las siguientes actividades: 1. incorporar el servicio en la matriz definiendo sus salidas, partes interesadas, necesidades, requisitos por cumplir, expectativas y mecanismos de acercamiento y 2. Ajustar los mecanismos de acercamiento para los tramites en línea y remitir la actualización a la Dirección de planeación institucional y calidad.</p> <p>Responsable: Subdirección de servicios de Salud</p>			
<p>2. Con respecto al ejercicio de conocimiento y apropiación de la política y los objetivos de calidad, se evidencian actas de las reuniones de seguimiento y los contenidos impartidos por la subdirección de calidad y servicios de salud, sin embargo, a la fecha no se cuenta con evidencia que demuestre la evaluación del conocimiento con el personal capacitado, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe desconocimiento y cumplimiento parcial en conformidad con los requisitos de la norma, numerales 5.2.2 literal b), numeral 6.2.1 literal f) y 7.3 literal a) y b), por lo anterior se hace necesario continuar realizando los ejercicios de conocimiento y apropiación de la política y objetivos en los escenarios de inducción u otros y desarrollar la evaluación del conocimiento mediante algún mecanismo que permita medir su eficacia, se busca fortalecer este aspecto ya que la norma lo exige.</p> <p>Responsable: Subdirección de servicios de Salud</p>			
<p>3. Mediante consulta al instructivo denominado: SDS-IVC-INS-013, que fue definido para el manejo de los diferentes tipos de novedades que solicitan los prestadores de salud en la secretaria, evidenciamos que se encuentra desactualizado, toda vez que las novedades tipo: "cierres de un prestador", "traslados", "adición de servicios" entre otros no está siendo definido en dicho instructivo y no existe otro documento que defina los pasos para el registro y trámite de las diferentes novedades, por consiguiente existe desactualización la cual difiere con la realidad de la operación actual, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe desinformación, atenta contra la veracidad, claridad, suficiencia, oportunidad de la misma, cumplimiento de manera parcial el requisito de la norma, numeral 8.1 literal e), por lo anterior se hace necesario e indispensable actualizar el instructivo o crear instructivos, incorporando los diferentes flujos para el manejo de cada novedad, definiendo responsables, recursos y tiempos. La actualización debe ser integral, es decir se debe actualizar los formatos y demás documentos relacionados.</p> <p>Responsable: Subdirección de servicios de Salud</p>			
<p>4. Mediante consulta al procedimiento definido y codificado: SDS-IVS-PR-035, que define el manejo para la autorización del ejercicio profesional, evidenciamos que se encuentra desactualizado, toda vez que los profesionales odontólogos ya no realizan el trámite con la secretaria de salud distrital y basado en la ley 1164 del 2007 deben realizarlo directamente con la colegiatura. además, evidenciamos que el procedimiento hace parte del plan de actualización documental definida en el cronograma y que a la fecha se venció y no ha sido finalizado, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe desinformación y atenta contra la veracidad, claridad, suficiencia y oportunidad de la misma, lo que conlleva a un cumplimiento parcial del requisito en conformidad con el numeral 8.1 literal e) y numeral 7.5.2 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable actualizar el procedimiento y demás documentación asociada. Una vez actualizado debe ser socializado mediante algún mecanismo hacia los prestadores.</p> <p>Responsable: Subdirección de Servicios de Salud</p>			
<p>5. Mediante consulta al trámite de registro y autorización de títulos en el área de la salud del componente WEB de Agilinea, se evidencia reclamación mediante el canal de correo, por medio del cual, el usuario realizo el registro del trámite a través del botón de persona jurídica, lo cual genero inconsistencia, toda vez que el trámite solo funciona para persona natural, evidenciamos que la interfaz WEB permite realizar el registro del trámite como persona jurídica, lo cual dentro de la lógica del procedimiento es un error. En consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que se seguirán creando registros erróneos que deberán ser escalados y corregidos por los referentes en el aplicativo y atenta contra la idoneidad de la información. Deriva en un cumplimiento parcial del requisito en conformidad con el numeral 8.1 literal e) de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable deshabilitar o bloquear el botón de persona jurídica.</p> <p>Responsable: Subdirección de Servicios de Salud</p>			
<p>6. Mediante consulta a los registros para la autorización de títulos en el área de la salud del componente WEB de Agilinea, evidenciamos que existen 922 registros en estado: "Solicitar más información" del año 2020 y 2021, que a la fecha aún no han sido finalizados y hasta el momento no se ha adelantado ninguna gestión al respecto, por lo anterior, se deriva un potencial riesgo toda vez que los casos o registros seguirán incrementándose y al no tomar los correctivos del caso, por lo anterior, se deriva un potencial riesgo toda vez que atenta la oportunidad de la información y la débil gestión realizada, lo que conlleva a un cumplimiento parcial del requisito en conformidad con el numeral 8.1 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable implementar los siguientes mecanismos: 1. Depurar y eliminar los 922 registros actuales que superen los 30 días hábiles soportado y argumentado mediante al artículo 17 de CPACA, 2. Generar notificación o alerta mediante correo al usuario, una vez el trámite cumpla los 30 días, lo cual busca una gestión proactiva, permitiendo recordar al usuario que debe subsanar las inconsistencias y 3. Para los registros que no tuvieron respuesta después de la notificación, se procederá a eliminarlos de acuerdo a lo definido en el artículo 17 de CPACA.</p> <p>Responsable: Subdirección de Servicios de Salud</p>			

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>7. De acuerdo a la medición de percepción frente al trámite de registro y autorización de títulos en el área de salud, se consulta la base de encuestas diligenciadas y se obtuvieron 286 registros con información de noviembre de 2020 a la fecha, sin embargo, se evidencia que existe un pequeño porcentaje de personas que calificaron “deficiente y regular”, para lo cual el usuario final genero las observaciones pertinentes que a la fecha no han sido tenidas en cuenta en ningún plan de mejoramiento, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que los casos o registros seguirán incrementándose y al no tomar los correctivos del caso, por lo anterior, se deriva un potencial riesgo toda vez que atenta contra la oportunidad de la información, lo que conlleva a un cumplimiento parcial del requisito en conformidad con el numeral 9.1.2 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable, definir e implementar el plan de mejoramiento resultado del informe de encuestas de percepciones, logrando mayor eficiencia en la operación.</p> <p>Responsable: Subdirección de Servicios de Salud</p>		
	<p>8. Respecto a las quejas de los servicios de salud que son registrados y consolidados mediante la base de Excel denominada SIGUEME, la referente del dependencia, informa que en el año 2020 debido a la lentitud, constantes bloqueos y perdida de información, se escaló el requerimiento formal a la dirección TIC mediante el registro PAT, con el cual busca desarrollar una solución de software cliente/servidor, que permita unificar y gestionar todos los casos de principio a fin, sin embargo, el formato PAT no fue suministrado en la auditoria y los seguimientos o acta de reunión no todas fueron suministradas. Por lo anterior no fue posible determinar con exactitud, la viabilidad y el cronograma de trabajo, fecha de entrega de los principales hitos y el estado o avance en la actualidad de la solución, trazabilidad del requerimiento no se cuenta, por lo anterior, se deriva un potencial riesgo toda vez atenta contra la perdida de información o daño de la base, lo que conlleva a un cumplimiento parcial de los requisitos numeral es 8.1 y 10,3 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable implementar los siguientes mecanismos: 1. Para evitar o minimizar la perdida de información o daño del archivo de la base SIGUEME, se debe incorporar dicha base en el inventario de activos de información, con el fin de ser incluidos en la política de generación de backup diarios de TIC, mientras que solución definitiva derivada del PAT se finalizada y 2. Reactivar el requerimiento PAT para conocer con calidad y exactitud la fecha de entrega de la solución.</p>		
	<p>9. Respecto a las quejas de los servicios de salud que son registrados y consolidados mediante la base de Excel denominada SIGUEME, la referente de la dependencia informa que toda queja es tratada como derecho de petición, respetando los 15 días hábiles establecidos en la ley, sin embargo, por efectos de la pandemia el decreto 491 del 2020, estableció el aumento en la atención de los casos de 15 días a 30 días hábiles. Con relación a los tiempos de atención de los derechos de petición en la actualidad no es posible determinarlos ya que la base SIGUEME no lo permite. En consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez atenta contra la perdida de información, falta de veracidad, claridad, suficiencia, oportunidad de la información, lo que conlleva a un cumplimiento parcial del requisito numeral 8.1 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable incorporar en el control actual SIGUEME el campo "fecha de solución" ya que actualmente no se tiene, atendiendo al principio de oportunidad y con ello poder medir el desempeño del procedimiento mientras se espera solución definitiva, que corresponde al desarrollo de la solución de software que a la fecha se desconoce la viabilidad y la fecha de entrega del producto al usuario final.</p> <p>Responsable: Subdirección de Servicios de Salud</p>		
	<p>10. Respecto a las quejas de los servicios de salud que son registrados y consolidados mediante la base de Excel denominada SIGUEME, la referente informa que la base comenzó a operar en noviembre el año 2020 y a la fecha cuenta con 930 registros. Se informa que toda visita es redireccionado o asignada a los abogados y es ingresado al libro de tipificación denominado: “Radicador de las PQRS” que es la entrega a tamizaje, dicho libro cuentan con las firmas de los abogados que atenderán las quejas y las entregas y firmas se realiza a diario en dicho libro, el cual es un instrumento de control adicional para las quejas, sin embargo, evidenciamos que la base de quejas SIGUEME, no contiene el estado o avance de cada uno de los casos entregados a los abogados, por lo anterior, se pierde la trazabilidad de la queja y el controler o coordinador ya que no tiene el conocimiento del estado en la que se encuentra la queja, por lo anterior, se deriva un potencial riesgo toda vez atenta contra la oportunidad, falta de veracidad y claridad de la información, lo que conlleva a un cumplimiento parcial del requisito numeral 8.1 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable incorporar por parte de los abogados el control en SIGUEME, el estado de las quejas escalados a investigación administrativa atendiendo al principio de oportunidad y con ello poder medir el desempeño del procedimiento mientras se espera solución definitiva, que corresponde al desarrollo de la solución de software.</p> <p>Responsable: Subdirección de Servicios de Salud</p>		
	<p>11. Respecto al tablero maestro de indicadores que tiene que ver con el procedimiento para el análisis de muestras de LSP, se evidencia que el valor o resultado del indicador definido para quejas ID:10 del tablero maestro se encuentra con valor cero (0), teniendo en cuenta únicamente la revisión de las que ingresan bajo la 17025; sin, embargo, se manifiesta que diariamente ingresan PQRS por el evento COVID-19 por las diferentes plataformas de la SDS, Alcaldía y Servicio al Ciudadano entre otras, las cuales por organización y cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos se centralizan a través de un grupo de profesionales de la SLSP liderado por una abogada en cumplimiento de los fines pertinentes. En consecuencia, se deriva un potencial riesgo, por lo anterior, se recomienda que las PQRS se realice una única consolidación para que la información del indicador sea completa, suficiente y precisa, lo anterior, conlleva a un cumplimiento parcial de los requisitos de los numerales 7.5.3.1 literal a), b) y numeral 8.1 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable ajustar y reforzar el indicador para obtener la información adecuada que permita reportar la información adecuada.</p> <p>Responsable: Subdirección de Salud Publica</p>		
	<p>12. Mediante consulta al listado maestro documental del laboratorio que contiene todo lo relacionado con el análisis de muestras de LSP y lo establecido por la norma 17025 del ONAC, evidenciamos que la información aprobada y codificada, se encuentra almacenada o alojada directamente en los repositorios del LSP y no hace parte de la base documental de isolucion, ya que por cuestiones de espacio no ha sido incorporado, adicionalmente se informa que es un tema que venía trabajando la Dirección de Planeación Institucional y Calidad que a la fecha no se ha completado en su totalidad. En consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que la información del procedimiento se encuentra con acceso para todo el personal de la SLSP en la carpeta de UTILIDADES y no hace parte de la base documental de calidad en la plataforma de ISOLUCIÓN; lo que deriva en un cumplimiento parcial de los requisitos de los numerales 7.5.3.1 literal a), b) y numeral 9.1 de la norma, por lo anterior se hace necesario e indispensable incorporar la base documental en isolucion o el enlace a la misma para conocimiento de la entidad.</p> <p>Responsable: Subdirección de Salud Publica</p>		

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
CONCLUSIONES (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).			
ASPECTO POSITIVO: Es importante resaltar la cordialidad y la atención prestada por los referentes que participaron de la auditoría, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control.			
ASPECTO POSITIVO: El recurso humano que apoya el proceso conoce las entradas requeridas y las salidas esperadas, planifica las acciones para abordar los riesgos e igualmente determina los recursos tanto financieros, físicos y humanos que son necesarios para el desarrollo de las diferentes servicios que se prestan; planifica, implementa, controla y mejora constantemente su proceso. Se evidencia la realización de ejercicios de percepción del cliente.			
Son mas las fortalezas o aspectos positivos encontrados, toda vez que es un proceso misional que está en constante actualización y mejora. La ineficacia y bajo desempeño que pudiera presentarse en sus diferente líneas, conlleva o deriva en reclamaciones que deben ser solucionadas en los tiempos establecidos.			
En cuanto al rol de auditor, comprende la responsabilidad de guiar, asesorar y recomendar aspectos claves de mejora o de buenas practicas para lograr mayor eficiencia en el proceso y es la base de las 12 acciones para abordar riesgo propuestas en este informe.			
La información suministrada permitió evaluar los servicios y trámites dispuestos hacia el ciudadano de acuerdo al alcance, dicha información se consideró oportuna, confiable y veraz.			
Es indispensable continuar con las campañas de sensibilización frente al conocimiento de la política de calidad y sus objetivos al interior de la dependencias de IVC e incluir evaluación del conocimiento en los escenarios propuestos.			
Respecto a la base documental frente a los procedimientos, instructivos, formatos y demás información relacionada con el alcance de esta auditoría, se encuentran desactualizados y difieren con lo operación actual.			
La gestión de los riesgos IVC permitió identificar los riesgos, determinar la valoración del riesgo inherente, residual, además del monitoreo de los controles definidos respecto al plan de tratamiento.			
Se hace necesario gestionar y agilizar hacia la dirección TIC, el PAT definido para la implementación de la solución definitiva que permita consolidar y gestionar todas las quejas que tiene que ver con la prestación de los servicios de salud, ya que actualmente adolece, toda vez que la información es almacenada mediante la base Excel denominada: SIGUEME, la cual es bastante pesada y lenta al momento del registro y la consulta de la información. Además la base no puede ser compartida para la actualización por los diferentes actores y debido a ello no es posible realizar seguimiento o conocer el estado de las quejas. Se considera una debilidad grande que deber solucionada con prontitud.			
Se considera que el equipo humano con el que cuenta en la actualidad es idóneo para dar respuesta a los diferentes servicios consultados de IVC.			
Al realizar las consulta de las acciones en isolucion, no existe un campo que permita filtrar por dependencia o departamento, para ello es necesario que el referente de la dependencia, identifique el nombre del responsable asignado a cada una de las acciones y con ello determine que acciones son de la dependencia de SS o SP, aspecto que se considera una recomendación a implementar con el fin de facilitar la consulta, el seguimiento y la gestión de los casos asignados.			
Revisado gestor de calidad OCI: Mónica Ulloa			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:		
FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ			
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE (E) OFICINA DE CONTROL INTERNO:		
OLGA LUCIA VARGAS COBOS			