



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

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



Proceso y/o Subsistema: Política y Gerencia Estratégica

Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Alejandro Gómez López

Auditor Líder: Luz Myriam Arias M.

Fecha de Ejecución Auditoría: Diciembre 2020 a noviembre de 2021

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA

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

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

CRITERIOS: Norma internacional ISO: 9001:2015

LIMITACIONES: No se identificaron en el transcurso de la auditoría

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

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).	CONFORME	NO CONFORME
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1. Comprensión de la Organización y su contexto 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	<p>4,1 El proceso de Política y Gerencia Estratégica determinó las cuestiones internas y externas mediante el documento CÓDIGO: SDS-PYC-CAR-001 - Caracterización del proceso- http://sdsolucion.saludcapital.gov.co/IsolucionCalidad/Administración/fmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVTZXRBcnRpY3Vsby5hc3A/UGFnZW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWllbnRvNFNEUy9hL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiL2ExZTlmMmM0NzdkMDRjYTViMTI5ZGZlY2VmMDI1NWNiLmFzY2VjZREFSVEIDVUxPPTQ3Nm, las cuales son pertinentes para lograr los objetivos del proceso previstos en el sistema de calidad; El proceso realizó la actualización (revisión) de la caracterización del mismo con fecha 30 de julio de 2021, cumpliendo así con este numeral. En cuanto al contexto externo el proceso determinó factores ambientales, económicos, legales, políticos, sociales y tecnológicos que pueden afectar la operación del mismo. Mediante la <i>Matriz de Impacto Cruzado DOFA</i> -O:\Subsecretaria Corporativa\Direccion de Planeación Institucional y Calidad\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE II\ANALISIS DE CONTEXTO\PGE en la que estableció las estrategias ofensivas y defensivas del proceso, determinando 5 fortalezas (FO) y (FA) y 3 debilidades (DO) y (DA) con sus respectivas estrategias (DF) y estrategias (AO). cumpliendo con este numeral de acuerdo con la norma.</p>	X	
5. LIDERAZGO Y COMPROMISO 5,1 Liderazgo y compromiso 5.1.2 Enfoque al cliente	<p>5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de Gestión de la Calidad: dentro del proceso de Política y Gerencia Estratégica se evidencia el liderazgo de la Alta Dirección enfocando las actividades en la satisfacción, necesidades y expectativas de los clientes tanto internos como externos dirigiendo a los servidores de la Entidad hacia la consecución de las metas propuestas que están incluidas en el Plan de Desarrollo "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI"</p> <p>5,1,2 Los roles de cada uno de los funcionarios están definidos en el manual de funciones Decreto 507 de noviembre 6 de 2013 en el cual se detalla cada uno de los cargos y funciones asignadas a los mismos, y para los contratistas las responsabilidades están definidas en los contratos, evidenciándose así que están encaminadas a prestar un servicio con enfoque a los clientes tanto internos como externos. Evidencias O:\Subsecretaria Corporativa\Direccion de Planeación Institucional y Calidad\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE II\PARTES INTERESADAS\PGE</p>	X	

<p>6. PLANIFICACION 6.1.ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</p>	<p>6.1.2. Se realizó la revisión del mapa de riesgos de la vigencia 2021 encontrándose dos (2) riesgos de gestión y uno (1) de corrupción asociado al proceso el cual se calificó como riesgo inherente en zona de riesgos extremo y alto; es pertinente realizar acciones para reducir los efectos no deseados dentro del proceso. La evaluación de la eficacia del riesgo se realizó mediante el I AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES PROCESO-CORRUPCIÓN SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD la cual se emitió en mayo de 2021, cumpliendo así con el numeral de la norma ISO 9001:2015. O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\2021\EGPD 2021\TRMESTRE I\RIESGOS\AUTOEVALUACIÓN RIESGOS\PGE</p>	<p>X</p>	
<p>7 APOYO 7,1 Apoyo</p>	<p>7,1 Recursos: En la verificación de las competencias del personal que realiza trabajos bajo el control del proceso de Política y Gerencia Estratégica , se evidenció que la Alta Dirección emite directrices, determina y proporciona los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad.</p>	<p>X</p>	
<p>7,3 TOMA DE CONCIENCIA</p>	<p>7,3 Toma de Conciencia: En la verificación de la cultura organizacional sobre los temas relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, política, objetivos del sistema se evidenciaron capacitaciones sobre toda la línea estratégica de la SDS; Cumpliendo así con el numeral de la norma.</p>	<p>X</p>	
<p>8.OPERACIÓN 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL 8.2.1</p>	<p>8.6. Revisado el Plan Operativo de Gestión y Desempeño se evidenció que el proceso cuenta con 3 metas las cuales contienen 19 actividades que permiten asegurar que el proceso cumple con su operación. La auditoria evidenció el cumplimiento de las actividades mediante el INFORME PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO (POGD) , el cual presenta los indicadores que permiten el control de la operación del proceso.</p>	<p>X</p>	
<p>8 OPERACIÓN 8,1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL 8,5 Producción y Provisión del Servicio</p>	<p>Revisado el numeral 8,5 se evidenció que el proceso Política y Gerencia Estratégica implementó actividades de seguimiento a la provisión del servicio con el fin de verificar que se cumple con los criterios de calidad exigidos por la norma ISO9001:2015 en cuanto al control de los procesos y sus salidas, así como los criterios de aceptación para los productos y servicios. mediante el documento Http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Metas_objetivos_indicadores.aspx?RootFolder=%2FMetas%5FObj%5FIndicad%2F2021%2FReporte%5FPOGD%2FII%5FTRIM&FolderCTID=0x012000AC4AD23048440445AA3FC85FF2F3814D&View=%7B57443FBC%2D7166%2D42FE%2D986B%2D757C0327E38A%7D que permite evaluar la capacidad para alcanzar los resultados planificados de la prestación del servicio. Se revisó el procedimiento SDS-PGE-PR-18 "Gestión de la Cooperación y Relaciones Internacionales" evidenciando que se identificaron las prioridades y necesidades que requieren gestiones de cooperación con otros organismos" mediante la matriz consolidada de necesidades así; Cooperación técnica 39, cooperación financiera no reembolsable 3, cooperación sur-sur 1; Equipos 4; intercambio de experiencias 13; Encontrando que el proceso cumple con el lineamiento y así cumpliendo con el numeral de la norma ISO9001-2015.</p>	<p>X</p>	

9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO 9.1.2. Satisfacción del Cliente	Se verificó el <u>INFORME DE PERCEPCIÓN DEL CLIENTE PROCESO POLITICA Y GERENCIA ESTRATEGICA 25 DE JUNIO DE 2021</u> , en donde se evidenció que la encuesta tuvo como objetivo medir la percepción de los clientes internos y externos respecto a la atención brindada por parte de los funcionarios del Despacho de la SDS, realizando 5 preguntas cuantitativas y 1 cualitativa, se realizó el análisis de cada pregunta y se concluyó "De acuerdo con el resultado obtenido en el promedio total de 91.78 puntos sobre 100, además, teniendo en cuenta que el rango de calificación es mayor al 85% en las 5 preguntas cuantitativas, se concluye que el nivel de percepción es satisfactorio. En este sentido, no aplica la implementación de acciones para abordar riesgos como plan de mejora. Por lo anterior, se concluye que el proceso dió un correcto cumplimiento al numeral 9.1.2 de la norma ISO9001:2015.	X	
10 MEJORA 10.1. b.	En la verificación de la mejora continua por el proceso, no se identificaron acciones correctivas ni oportunidades para abordar el riesgo lo que indica que el proceso realiza mantenimiento a sus recursos operativos. Cumpliendo así con este numeral de la norma.	X	
Oportunidades de Mejora 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			
7,5,1 La información documentada por el sistema de gestión de la calidad y por esta norma internacional se debe controlar para asegurar que: a) Sea disponible e idónea para su uso donde y cuando se necesite. En la verificación y revisión de los inventarios documentales administrados por el proceso de Política y Gerencia Estratégica se evidenció que dos documentos se encuentran desactualizados SDS-PGE-LN-004 Y SDS-PGE-LN-003; sin embargo, el proceso tiene identificado que se debe realizar la actualización de los mismos; por tanto es procedente realizar una oportunidad de mejora con el fin de asegurarse que la información este actualizada con la debida revisión y aprobación con respecto a la conveniencia de los mismos.			
CONCLUSIONES (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).			
De acuerdo a la verificación realizada al proceso, se evidenció adherencia al cumplimiento de los requisitos de la norma, los cuales son importantes para el desarrollo de las actividades propias del Despacho en su rol de línea estratégica.			
Se verificó el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el sistema de gestión de calidad, evidenciándose que los mismos se aplican conforme de lo requerido por la ISO:9001;2015.			
Revisado gestor de calidad OCI: MONICA ULLOA MAZ			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:		
LUZ MYRIAM ARIAS M			
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:		
OLGA LUCIA VARGAS COBOS			