




 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Proceso: INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL
Líder del Proceso: Dirección de calidad de Servicios de Salud y Subdirección de vigilancia en salud pública
Auditor Líder: Francisco Javier Pinto González
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: Primero de septiembre 2022
<b>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA</b>
OBJETIVO: Determinar la conformidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 frente al proceso en cuestión y en consecuencia medir la eficacia y eficiencia del mismo.
ALCANCE: Desde: La planificación, operación, medición/seguimiento Hasta: mejora continua, Se evalúa la caracterización: SDS-IVC-CAR-001 Periodo a evaluar: agosto 2021 hasta agosto 2022
CRITERIOS: Para el desarrollo de la auditoría se tendrá en cuenta el marco normativo, el conjunto de procedimientos mencionados, instructivos, guías, políticas, instrumentos de medición y la gestión de riesgo del proceso.
El ejercicio será basado metodológicamente en entrevista y revisión de campo mediante lista de chequeo.
LIMITACIONES: - Disposición de los referentes asignados para atender la auditoria. - Disponer de todas las evidencias solicitadas como parte de la comprobación del cumplimiento de los criterios evaluados.
METODOLOGÍA UTILIZADA: Entrevista basada en preguntas conforme a los criterios definidos en la lista de chequeo y se realizo consulta de casos aleatorio con el fin constatar cumplimiento.



NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFORME	NO CONFORME
PROCEDIMIENTO ID: SDS-IVC-PR-010 de reconocimiento jurídico a entidades sin ánimo de lucro			
Numerales 7.1.1, 7.1.2 y 7.1.3	A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico)? Mediante el instrumento SEGPLAN de cara al proyecto nro. 7791, se determina planificación y ejecución de los recursos para el desarrollo de cada una de las actividades, dichos recursos se encuentran desagregados para los componentes de: Transporte, Comunicaciones y recurso humano. En lo que refiere al talento humano, se cuenta con un equipo de 9 personas entre ellas, un médico, un ingeniero, un técnico. 2 personas de Archivo, un financiero, un abogado externo con énfasis a procesos sancionatorios y por último, una abogada que lidera el tema.  Acorde a lo anterior, se valida el requisito.	X	
Numeral 7.2 literal b)	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? Mediante el documento “manual de funciones”, se definen cada uno de los cargos de la curva administrativa y con ello las funciones que tiene cada funcionario en la entidad. Por su parte, el personal contratista a través de SECOP, dispone de los estudios previos, por medio de los cuales se define el perfil del profesional contratado basado en su formación profesional y la	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>experiencia que requiere además de otros aspectos. Para efectos de comprobación, se consulta la hoja de vida de los profesionales: contador y abogado. En lo que refiere a la contadora encontramos que reúne 6 años y 11 meses de experiencia laboral y cuenta con el título de contadora, por su parte el abogado, cuenta con más de 6 años de experiencia y dispone del título de Abogado.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: Al recibir las solicitudes con los soportes, estos son remitidos al profesional en derecho, responsable de este procedimiento. ¿Qué mecanismos fuera de CORDIS se tienen establecidos para controlar dichas solicitudes?, ¿Cuántas solicitudes acorde al alcance han sido recibidas y cuántas de ellas han sido devueltas por las diferentes razones?</p> <p>En la actualidad, la recepción de requerimientos es realizada mediante la plataforma BOGOTA TE ESCUCHA por medio del link <a href="https://bogota.gov.co/sdqs/">https://bogota.gov.co/sdqs/</a> y se cuenta con el correo institucional para el manejo de los trámites denominado: <a href="mailto:TRAMITESAL@SALUDCAPITAL.GOV.CO">TRAMITESAL@SALUDCAPITAL.GOV.CO</a>. A razón del decreto 820, se obliga a la entidad a recibir el radicado y darle la atención adecuada. En lo que respecta al canal telefónico solo es usado para atender consultas o asesorías y el mecanismo de recepción de solicitudes mediante CORDIS es revisado a diario, sin embargo al consultar la fuente de información, se recibe en promedio una solicitud cada 4 meses. Se cuenta con el tablero de control de notificaciones, el cual es gestionado por la referente técnica que es la persona encargada de recibir, clasificar y re direccionar las solicitudes. Se determina que el registro de casos o solicitudes de reconocimiento, se empezó a realizar desde noviembre del año 2020. Ahora bien, cuando se recibe la solicitud, se da inicio al estudio y se remite al profesional idóneo. Respecto al trámite se tienen dispuestos 30 días hábiles de acuerdo a lo establecido en el decreto 780 capítulo 9 y en lo que respecta a la "devolución del trámite", esté es realizado mediante oficio con radicado y se remite por correo certificado. Las subsanaciones o correcciones deben ser realizadas por el solicitante y una vez cumplido el tiempo si no se logró la subsanación, se procede con el cierre y se genera el desistimiento tácito para cerrar el trámite o finalizar.</p> <p>Al consultar el tablero de control, se obtiene un total de 7 solicitudes de reconocimiento en el año de las cuales 3 de ellas fueron aprobadas o reconocidas. El estado: "Aprobada", significa que cumplieron con todos los requisitos. Así mismo, identificamos 3 desistimientos y un caso de traslado que no es de competencia de la dependencia ya que el objeto social es diferente, el traslado fue remitido a la alcaldía acorde a la información consultada. Se consulta el oficio de traslado por competencia: Nro.2022EE14022 de fecha febrero 8 del 2022 y en lo que respecta al desistimiento tácito, se encontraron 3 casos identificados.</p> <p>Cabe señalar que semanalmente, se remite el cuadro que relaciona la solicitud y se registra la fecha de ingreso y fecha del compromiso, cuadro denominado: estados financieros. xlsx.</p> <p>Se consulta el correo remitido y las respuestas emitidas mediante correo certificado 4/72. Se consulta correo de notificación de oficio de requerimiento</p>	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>para personería jurídica emitido el 23 de mayo del 2022. Entidades objeto de consulta fueron: SETIC. y FUNDACION ANGIOPEDIATRIA</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con registros de visitas y con ello la verificación del cumplimiento de los requisitos, así mismo, se debe constatar los casos archivados por incumplimiento y los casos de Resolución expedidas y firmadas? Por último, consultar el control de registros y libro de seguimiento de firmas.</p> <p>Respecto al seguimiento de los 7 casos registrados en tablero de control, evidenciamos que hasta el momento no habido casos de incumplimiento de verificación de la visita y para efectos de comprobación, se consultaron 2 entidades elegidas: CETIC y FUNDACION ANGIOPEDIATRIA, adicionalmente se consulta el acta de la visita administrativa a entidades sin ánimo de lucro. Respecto a la entidad CETIC, la vista fue realizada el día 7 de junio del 2022 y el resultado quedo consignado mediante el formato codificado: sds-IVC-FT-217 v.4, en el campo observaciones del mismo formato se pudo determinar si la visita cumplió o no cumplió con los requisitos y se consulta la resolución emitida nro.84 del 8 de junio del 2022.</p> <p>Con respecto al segundo caso consultado, la Fundación angiopediatria, la visita fue realizada el 9 de agosto del 2021 y la resolución emitida fue la Nro. 077 del 29 de agosto del 2021. Adicionalmente, se cuenta con el libro de seguimiento de firmas el cual permite llevar la trazabilidad de los actos administrativos concedidos. Se toma pantallazo del libro con la relación de las 2 resoluciones expedidas.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se dispone de actas de notificación de las Resoluciones expedidas y emitidas a los representantes legales de las Entidades sin Ánimo de Lucro y además se cuenta con los registros creados en el Sistema de Información de Personas Jurídicas –SIPEJ?</p> <p>Al consultar se dispone de registros de actas y la resolución emitida de la fundación médicos ELAM, acto número: 084 del 23 de Septiembre del 2021. Cabe señalar que la resolución emitida, es el reconocimiento de que la sede al momento de la revisión cumplió con todos los requisitos. Por su parte el profesional remite el instructivo para el registro en la gaceta distrital ya que es una elemento obligatorio, lo cual implica hacer un pago por parte de los interesados para quede en firme la resolución. Una vez realizado el pago, deben registrarlo en el componente de tramites GSAL. Cabe señalar que la actividad de publicación en la Gaceta Distrital, fue establecido por la secretaria jurídica distrital mediante la ley 2213 del 13 de junio del 2022 que busca adoptar medias tecnológicas. Es aquí donde surge una Oportunidad de mejora, toda vez que la medida se implementó como contingencia por la emergencia sanitaria frente al COVID, sin embargo, la medida quedo definitiva en la operación y en lo que respecta al procedimiento documentado y formalizado, estos cambios no se encuentran aplicados en el procedimiento, lo que deriva en pérdida de conocimiento y es indispensable su actualización.</p>	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>Se toma pantallazo del acto consultado, el pago allegado y la aprobación del coordinador. Se consulta la url: registrodistrital.secretariageneral.gov.co, que corresponde a interfaz web que permite registrar los actos administrativos. Se consulta la fundación médicos ELAM y se determina el registro en la gaceta nro. 7296 con año de registro 2021. Nota: El tiempo que dura la publicación es de un año. Se toman pantallazos del aplicativo y la publicación realizada. Ahora bien, con respecto al SIPEJ o sistema de información de personas jurídicas, el cual es administrado por la alcaldía Mayor pero es alimentado por los referentes de la SDS. Se consulta la creación del registro en el SIPEJ como fue el caso de la fundación médicos ELAM que el momento del registro en el aplicativo, genero un número de consecutivo. Se realiza la consulta y se constata la creación. Cabe aclarar que el desistimiento se realiza teniendo en cuenta el tiempo establecido al no cumplir con la subsanación.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
Numeral 9.1.1	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION de los resultados del procedimiento? Se informa que el seguimiento se realiza a partir de las reuniones semanales y se tratan múltiples requerimientos. Mediante el tablero de control de registro de solicitudes, se lleva el estado y la trazabilidad de las solicitudes realizadas. Al consultar el tablero de control con corte de un año, se han gestionado 7 solicitudes. Adicionalmente, se cuenta con los reportes del SIPEJ que permite hacer seguimiento a la entidad.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 9.1.2	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimientos y resultados respecto a la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido? Los referentes informan que hasta el momento no se tiene quejas registradas de los usuarios ya que el reconocimiento jurídico es un tema administrativo y surge por la demanda o necesidad de las entidades. Cabe señalar que el peticionario debe mantener al día la institución, por lo que la percepción de cliente no se realiza y los casos gestionados a lo largo del año fueron solo 7.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 9.3	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a este procedimiento? Se informa que se realiza revisión interna de equipo con periodicidad semanal que permite verificar el cumplimiento de las solicitudes y las necesidades de personal en caso de ser necesarias. Se consulta registro de acta del primero de septiembre del 2022, la revisión con la dirección, se realiza cada 3 meses.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 10.1	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas pertinentes a este procedimiento? 1. Se informa que en la actualidad, se busca sistematizar o virtualizar el trámite a través del componente de agilinea, dicha iniciativa se radico mediante</p>	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>memorando nro. 2021IE25042 el pasado 10 de septiembre del 2021, se cuenta con la respuesta de TIC Nro.2021IE29815 del 22 de octubre del 2021. A la fecha se cuenta con flujos de trabajo, los prototipos y se encuentran en fase de levantamiento de información y diseño como tal.</p> <p>2. Otra mejora, consistió en el aumento del equipo de trabajo a 9 personas, anteriormente se tenían 4.</p> <p>3. Se ha venido realizando la digitación de la información de las carpetas para las entidades, que son aproximadamente 550 y en la actualidad se han digitalizado 150.</p> <p>4. Se realizó la creación del correo certificado para notificación por 4/72 y</p> <p>5. Se han realizado mesas de trabajo con la secretaria jurídica distrital, el CCB y la DIAN para la aclaración de conceptos y actualización normativa.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
<b>PROCEDIMIENTO ID: SDS-IVC-PR-036 - Visitas de Verificación de medicamentos de control especial</b>			
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)?</p> <p>Mediante el instrumento SEGPLAN de cara al proyecto nro. 7791, se determinan los recursos planificados y ejecutados para el desarrollo de cada una de las actividades, dichos recursos se encuentran desagregados para los componentes de: Transporte, Comunicaciones y recurso humano. En lo que refiere al talento humano, se cuenta con un equipo de 3 profesionales en el rol de verificadores.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
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>Mediante el documento denominado manual de funciones, se definen cada uno de los cargos de la curva administrativa y con ello las funciones que tiene cada funcionario en la entidad. Por su parte, el personal contratista mediante SECOP cuenta con el documento de estudios previos, los cuales definen el perfil del profesional contratado basado en su formación profesional y la experiencia que requiere, además de otros aspectos. Para efectos de comprobación, se consulta la hoja de vida del profesional Químico Farmacéutico.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con oficios de solicitud de visita de verificación basado en la Programación de la Base de datos de MCE?</p> <p>Se identifica que la programación contiene la relación de los prestadores y se canaliza a través de la Directora, el cuadro de programación se actualiza a diario, se comparte y priorizan las visitas con el equipo acorde al patrón establecido. Cabe señalar que los VERIFICADORES apoyan también las visitas de habilitación ya que no solo están dedicados a visitas de medicamentos seguros. La programación de visitas, se comunica previamente</p>		

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	<p>con al equipo y todas las peticiones/solicitudes se responden mediante correo electrónico o por escrito.</p> <p>Existe una vigilancia reactiva que nace a partir del requerimiento realizado por el prestador y que es recibido por los diferentes canales. Por su parte, la vigilancia proactiva o programada, surge de la base de datos MCE. El tiempo de la visita debe darse dentro de los términos legales entre 30 a 60 días. En lo que respecta al aplicativo REPS, los profesionales verifican cuantos servicios tiene el prestador y definen en promedio cuanto tiempo va requerir la visita.</p> <p>Nota: dependiendo de la especialidad y número de servicios, se define el tiempo de la visita. En algunos casos podría tomar varios días, en el caso de un hospital dado la complejidad requerirá una semana por lo menos.</p> <p>Para efectos de verificación, se consulta el registro de programación de visita MCE del día 21 de junio del 2022, en la cual se identifican 3 prestadores y se establece la asignación del profesional de la visita. Instituciones definidas en la programación: Gastricare, Centro médico naturista los olivos y Centro colombiano de cirugía plástica limitada. Cabe señalar que las visitas se realizan sin previo aviso. De la base MCE, se tomó el caso del prestador: GASTROCARE, el cual se encuentra registrado con el consecutivo nro.1186 y la planilla codificada SDS-VYC-FT-318 v1.</p> <p>Nota: Cuando la resolución esta pronta a vencer, el prestador debe solicitar la visita, para el caso el prestador GASTRICARE, la visita fue programada el día 21 de Junio del 2022 y el profesional designado fue el señor Jorge Ospina.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>				X
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con registros de visitas realizadas y los resultados de la situación encontrada mediante las actas? verificación de condiciones de manejo (Inspección, arqueo y verificación cumplimiento de criterios) y ¿Cuántas visitas de acuerdo al alcance han sido efectuadas?</p> <p>Respecto a las visitas, los requisitos son valorados para varios componentes: infraestructura, variables de procesos prioritarios, gestión documental, talento humano, movimiento de medicamentos de control y registro asistenciales e informes remitidos al ente. Todo esto basado en los requisitos de la norma 1478. Para efectos de comprobación, se consulta el Acta de visita codificada SDS-IVC-FT-218 v.4 y se solicita copia y anexos de la misma.</p> <p>Un caso consultado corresponde a un prestador que solicito la visita extemporánea por resolución vencida, el nombre del prestador es: Medical Eventos Colombia S.A.S, identificador de la base nro.1212, fecha de radicado: 27 de julio del 2022 y le fue asignado a un profesional VERIFICADOR el día 5 de agosto del 2022, Fecha de visita: 11 y 12 de agosto del 2022 y resultado de la visita: Cumple.</p> <p>Se consulta un segundo caso consultado fue el resultado de la visita donde arrojó que el prestador no cumple con los requisitos. ID de la base: 1170, entidad: Organización Medica domiciliaria SAS, fecha de programación: primero de junio del 2022 y realizada el primero de junio. Resultado de la visita: "no cumple con investigación". Cabe señalar que el detalle de los hallazgos es consignado con detalle en el acta de la visita. Al consultar el acta pudimos determinar que el prestador no cumplió debió a que los componentes de:</p>				X



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	<p>infraestructura, documental y talento humano no cumplieron los requisitos. Cabe señalar que cada visita debe contener un "Acto Comisorio", que es una orden para que un servidor público pueda realizar la verificación al momento de la visita. Para el mes de agosto se ejecutaron 7 visitas que tuvieron resultado de cumple en el mes de Julio se ejecutaron 14 visitas que tuvieron resultado de cumple.</p> <p>Acorde a la base se identifican 130 solicitudes de visita de enero a agosto 2022, de las cuales el resultado es el siguiente: Visitas que cumplieron: 90, visitas fallidas con investigación: 3, visitas falladas sin investigación: 24, visitas inactivas: 1, Visitas que no cumplieron y se remiten a investigación : 9</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito</p>		
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con oficios remisorios para Investigaciones Administrativas de los casos donde el prestador no cumplió con los requisitos?, ¿Cuántos oficios se han generado acorde al alcance?</p> <p>Para los casos donde la visita arrojó que "no cumple" los requisitos o requerimientos, se genera una investigación administrativa. Se consultó el caso OMD- organización médica domiciliaria S.A.S, la cual cuenta con el memorando de remisión el cual se emitió al inicio del proceso sancionatorio, se conserva copia de los radicados y soporte de recibido por parte de la secretaria jurídica y el paquete de información de la visita contiene el acto remisorio que fue remitido a los profesionales de jurídica. Al consultar el tablero control, el número de oficios generados en el año fue de 12 casos y el estado de cada investigación, le corresponde al proceso de investigaciones administrativas que no es del alcance de este procedimiento.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
Numeral 9.1.1	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION de los resultados del procedimiento?</p> <p>Se informa que el procedimiento tiene una obligación legal de dar respuesta a todas las solicitudes, el seguimiento grupal realizado, reporta lo programado versus lo ejecutado del mes y el seguimiento se hace permanente mediante la planilla de control de visitas que permite conocer en cada momento el resultado final del procedimiento. De igual forma el referente verifica la integridad del acta ya que puede ocurrir que el digitador se equivoque al momento de la digitación y por lo anterior, se debe reportar los ajustes devolviendo el acta para iniciar la subsanación. Al final, en el registro del REPS se debe tener toda la información de lo contrario se devuelve. Una vez el profesional VERIFICADOR registra el resultado en las planillas de seguimiento de visita, se remiten al referente del REPS, quien realiza la validación de la información y procede con el registro. Se propone una oportunidad de mejora, toda vez que el aplicativo REPS se alimenta con el resultado de las visitas, sin embargo, en el procedimiento documentado y formalizado, la actividad que corresponde al registro del REPS, no se encuentra documentada, lo cual conlleva a pérdida de conocimiento por parte de los referentes, por tal razón, es indispensable actualizar el procedimiento. Mediante el flujo del procedimiento se debe incorporar una condición, que si la información no es exacta, el acta deberá ser devuelta o</p>	X	



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	<p>retornada al profesional verificador. El riesgo es la perdida de información por desconocimiento de nuevos funcionarios que participan en el procedimiento.</p> <p>La medición se realiza periódicamente, ya que los resultados deben ser entregados al gestor de calidad para la consolidación y presentación de las partes interesadas. Mediante el tablero de control de visitas en ACCESS, nos permite determinar la programación vs la ejecución de visitas. Por parte de la dirección y mediante el instrumento POGD, la meta y la actividad que le aplican tiene que ver con los tramites en general y así como se reporta el desempeño de los tramites.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito</p>		
Numeral 9.1.2	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimientos y resultados respecto a la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>Los prestadores en Bogotá cuentan con canales dispuestos para generar una inconformidad, queja, sugerencia o felicitación. Este tipo de comunicación o manifestación es ingresada por los canales que tiene la secretaria como son: SDQS, correo electrónico o telefónico</p> <p>Es importante señalar que se tiene contemplado para las visitas de habilitación la encuesta. De acuerdo a lo informado, la cuesta de percepción para medir el resultado de las visitas de control de medicamento especial, no sería apropiada, toda vez que si el prestador no cumplió con los requisitos, se remite a investigación administrativa y por lo tanto la calificación que va generar el referente no va ser buena. Se toma pantallazo de los correos remitidos con las felicitaciones recibidas.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
Numeral 9.3	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes al procedimiento?</p> <p>Se informa que anualmente se lleva a cabo la revisión de todos los procedimientos, previo a las auditorias de ley y también se realizan reuniones focales de grupo para examinar cómo vamos con la planificación y los problemas que han surgido al abordar el proceso, para ello se cuenta con registro de acta de reunión almacenada en el repositorio de la dirección. Otro escenario de revisión, se realiza al interior del grupo con los referentes SIG para revisión y ajuste del procedimiento del cual se cuenta con registro de correo que soporta la actividad. En cuanto a las reuniones de equipo primario, se lleva a cabo la revisión de todos los indicadores del proceso de IVC y de calidad en donde cada subdirección presenta los indicadores transversales de visitas y se realiza al SEGPLAN. Se consulta registro de acta de fecha: 9 de agosto del 2022.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
Numeral 10.1	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas?</p>		





 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>Hubo cambios en el procedimiento ya que requirió hacer ajustes en el formato de caracterización para el manejo de "producto no conforme" cambio realizado el 23 de Agosto del 2021. Se sugiere solicitar la sistematización del trámite ya que actualmente el control se lleva a cabo mediante el aplicativo Access, actualmente los VERIFICADORES deben realizar la actualización de información de la visita directamente desde la oficina, ya que remotamente no es posible realizarlo. El acceso a la base de datos es compartido y reside en una estación de trabajo. Se informa que se realiza backups con periodicidad mensual, pero existe el riesgo que la base de datos se dañe y puede conllevar la pérdida de información ya que el backup no es continuo. La limitante del control actual en ACCESS, es que no permite trabajo en línea y tampoco cuenta con un entorno WEB que permita realizar el trabajo eficientemente. Se propone oportunidad de mejora, toda vez que la actualización de información no se realiza en tiempo real y existe el riesgo de daño y pérdida de información.</p>	X	
<b>PROCEDIMIENTO ID: SDS-IVC-PR-051 Visitas de verificación planes de mantenimiento hospitalario</b>			
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)?</p> <p>Mediante el instrumento SEGPLAN de cara al proyecto nro.7791, se determinan los recursos planificados y ejecutados para el desarrollo de cada una de las actividades, dichos recursos se encuentran desagregados. En lo que refiere al talento humano, se cuenta con un grupo de profesionales o verificadores como es el caso de los ingenieros ambientales, el contador y el referente del proceso. Cabe señalar que los recursos son provenientes de la subdirección de IVC y están dispuestos para la prestación de los servicios.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Existen registros de planes de mantenimiento hospitalarios de cada de las IPS públicas y privadas y diligenciamiento de todos los anexos de la Circular 029 de 1997, ejecución presupuestal?, ¿Cuántos planes acorde al alcance han sido recibidas?</p> <p>El procedimiento parte de la identificación de los prestadores, la cual se realiza mediante la base del REPS. El profesional del proceso nos comparte el inventario del cual se identificaron 7 Hospitales Públicos y 4 subredes. Como funciona: Las IPS que tienen contrato con la nación, están obligadas a asignar un 5% de su presupuesto para abordar la labor de mantenimiento. Por medio de la circular 029 del 2019, se establece el plan de mantenimiento de hospitales el cual está conformado por 2 componentes: infraestructura y dotación, cada profesional al momento de realizar la visita, deberá reportar mediante formato la evaluación de cada componente. Cabe señalar que a principio de cada año se genera la solicitud de la información es por eso que mediante el comunicado del 4 de enero del 2021, Radicado: 2021EE165 se les recuerda a las IPS la obligación del decreto 780. Se consulta el oficio de la Subredes centro oriente y adicionalmente el memorando remitido al hospital de la Samaritana, Memorando id: 2021EE167 de fecha 4 de enero del 2021.</p> <p>El prestador cuenta con un plazo de una mes para hacer llegar el plan de mantenimiento a la entidad mediante respuesta formal, radicada por</p>	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>correspondencia en CORDIS. Para efectos de comprobación, se consultó el plan remitido por el prestador hospital de la samaritana y se cuenta con carpeta con la información suministrada. De los casos consultados, encontramos que todas las IPS remitieron la información a tiempo por lo que no se cuenta con oficios de reiteración de la solicitud. En caso de faltar información del plan de mantenimiento, se reitera la solicitud mediante memorando. Cada plan contiene la lista de chequeo con los puntos exigidos por la circular 029 y momento de calificar "no cumple", significa que no está calificado para realizar el mantenimiento y se verifica en visita por cada uno de los profesionales. Al consultar la información, se observa diligenciados los anexos 1, 2 y 4. Correspondientes al hospital de la samaritana y la subred centro oriente. Al consultar la carpeta de la subredes Centro oriente, encontramos memorando respuesta de fecha primero de febrero del 2021. Mediante Radicado nro.2021ER4563. En síntesis, 7 prestadores cumplieron los requisitos pero las 4 subredes no cumplieron ninguna. Cabe mencionar que al momento de la visita, se levanta el acta de no cumplimiento y es firmada por las personas que intervienen en el ejercicio, se generan las recomendaciones del caso y se les entrega copia del acta, seguidamente se elabora la investigación administrativa que conlleva una sanción económica.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con resultados de las visitas de verificación de los Planes, que casos de IPS no están cumpliendo los puntos y que acción se emprende? Consultar Instrumentos de verificación Técnica, actas de visita e informe final de visita.</p> <p>El resultado de las visitas, se encuentran almacenados en la carpeta de la dirección con todos los soportes, aquellos prestadores que no cumplieron con los requerimientos, se les remitió el oficio de la investigación administrativa. Se consulta acta1 de visita de mantenimiento del hospital la samaritana mediante el formato codificado FT-058, que contiene el resultado final de la vista y se especifica "si cumple" o "no cumple", dicha acta se encuentra firmada por los comisionados, delegado o quien recibe la visita. Se consulta el acta2 de visita de la subred centro oriente de fecha: 10 de noviembre del 2021 y en la cual se reportó que la subred no cumplió con los requisitos y por lo tanto se inicia el proceso de investigación.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 9.1.1	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION de los resultados del procedimiento?</p> <p>Se cuenta con planilla consolidada de seguimiento de visitas de mantenimiento mediante el formato 22 v2, dichas planillas permiten identificar la fecha de radicado de la información, fecha de la visita, si cuenta con plan de mantenimiento hospitalario y si presento el anexo 4 o componente financiero. A hora bien, los resultados consolidados son reportados a la superintendencia nacional de salud de forma semestral mediante el formato 525 y 526 formatos propios de la superintendencia. Respecto al formato 525, se genera un resumen con los datos que solicita la superintendencia, dicho reporte es de</p>	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>carácter obligatorio, sin embargo, evidenciados que dentro del procedimiento codificado SDS-IVC-PR-051, no se encuentra definida dicha actividad, lo que deriva en una oportunidad de mejora, toda vez que el procedimiento se encuentra desactualizado. Dicho informe es avalado en primera instancia por la directora de calidad, previo al envío a la superintendencia lo cual sigue siendo un elemento faltante en el procedimiento documentado. Se solicitó copia de los informes presentados.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
<b>PROCEDIMIENTO ID: SDS-IVC-INS-038 VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL para las líneas de: Seguridad Química, Medicamentos Seguros y (Aire, Ruido y Radiación electromagnética)</b>			
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)?</p> <p>Respecto a la línea de seguridad Química, el proyecto de inversión es el Nro. 7831, cuenta con la ficha técnica y el recurso se distribuye para todas las localidades. En cuanto al equipo humano se encuentra conformado por 4 ingenieros químicos que realizan la asistencia técnica, consolidan y analizan la información, publican los indicadores, elaboración de los lineamientos y dan respuesta a las solicitudes técnicas que se reciben. En la meta 5 del proyecto de inversión, viaja la ejecución de la línea de seguridad química.</p> <p>Se consulta el proyecto de inversión inicial para el año 2022, lo cual se confirma en el anexo entregado o plan de acción del proyecto. Se hace la claridad que la META5, tiene como propósito "A 2024 incrementar en 8% los establecimientos sobre los cuales se verifican las condiciones higiénico sanitarias con enfoque de riesgo"; la adición posterior se debió a que el presupuesto asignado inicialmente era insuficiente para el cumplimiento de todas las metas del proyecto. De acuerdo al convenio de intervenciones colectivas, se distribuye el presupuesto y se cuenta con una serie de estándares que permiten estimar cuanto puede demorar la visita, dependiendo del establecimiento. En lo que refiere a la Subred de Centro Oriente, se comprometió un presupuesto total de \$550 millones para dar cumplimiento a las metas. Se consulta el plan de adquisiciones del año 2022 y se determina el presupuesto de salud ambiental para los convenios del PIC y el talento humano invertido. Cabe señalar que mediante concertación de las parte interesadas, se definió la programación de metas y presupuesto, que dependerá de los siguientes criterios: localidad, producto y la vigencia del convenio. En lo que respecta al pago del recurso humano, este se realiza por producto.</p> <p>Respecto a la línea de ruido, aire y radiación electromagnética: los recursos están definidos en la meta 7 del proyecto de inversión Nro. 7831 que contiene todas las intervenciones y seguimientos que se realizan por contaminación del aire. El presupuesto proyectado fue de \$935 millones y la meta 8 está encaminada a la vigilancia centinela por contaminación del aire.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
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>		

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>Respecto a línea de Seguridad Química, se cuenta con 4 ingenieros químicos, uno de planta y 3 de contrato. Cabe mencionar que mediante la circular 053 de diciembre del 2021, se define el talento humano dispuesto para la vigilancia de la salud ambiental, el cual es el recurso destinado cada una de las subredes.</p> <p>Al consultar la hoja 3 de dicha circular, encontramos el perfil para la línea de seguridad química. Por su parte el auditor, procedió a comparar la hoja de vida del ingeniero químico con el perfil definido en la circular y se determina que cumple con lo requerido.</p> <p>Respecto a línea de medicamentos seguros, se encuentra conformada por 4 químicos farmacéuticos y una ingeniera biomédica. A partir de la misma circular, se define el perfil del profesional y técnico. Para efectos de comprobación, se consulta la hoja de vida de la ingeniera Biomédica, la cual cumple con los requisitos exigidos.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con registros de programación de visitas de vigilancia para las líneas de: Seguridad química; medicamentos seguro y radiación electromagnética?</p> <p>Se consulta programación del convenio PIC vigencia nov 2021 a abril 2022 mediante el aplicativo SISPIC con el cual se permite realizar programación y seguimiento presupuestal. SISPIC en un subsistema de SISVEA y a partir del módulo de reportes en SISPIC, podemos observar la programación y la ejecución de visitas. En SISPIC los profesionales deben Ingresar las visitas realizadas, con el fin de cobrar por el servicio prestado. El registro es realizado por los referentes en cada una de las subredes.</p> <p>Basado en la consulta al aplicativo SISPIC, se obtiene los siguientes resultados: Línea de seguridad química: Visitas programadas: 468 y se ejecutaron 450, Línea de Medicamentos seguros: Visitas programadas: 544 y se ejecutaron 380 y en lo que respecta a la línea de aire, ruido y radiación electromagnética: las visitas programadas fueron 144, Se solicita registro de acta de la reprogramación de enero 2022.</p> <p>Con respecto al aplicativo SISVEA, los digitadores o técnicos en cada subred, reciben los instrumentos de la visita y proceden a realizar el registro. Se consulta el reporte en SISVEA mediante el código: 367 y se obtienen todas las visitas del mes. Es clave mencionar que el aplicativo SISVEA, cuenta con privilegios por usuario para conservar la integración de la información y desde el correo oficial de SISVEA, se cuenta con las publicaciones de las bases que se administran de manera mensual y acumulada. Para efectos de comprobación, se consulta el archivo acumulado del censo de visitas periodo enero a julio 2022 y se obtienen los siguientes resultados: total de conceptos favorables: 137123, de las cuales para la línea de seguridad química, se realizaron: 32904 y para la línea de medicamentos seguros: 10100. Con respecto a conceptos "desfavorables", no se identificaron. El concepto "Terminado" es un estado en donde el establecimiento se encuentra cerrado por cambio de actividad económica.</p>	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				



	<p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con registros de asistencia técnica y visitas relacionadas con la vigilancia y control de los factores de riesgo en la salud derivado de las líneas ya mencionadas?</p> <p>Respecto a las asistencias técnicas, se informa que se aplican a cada una de las subredes, con el fin de hacer seguimiento y determinar si están realizando el trabajo de manera adecuada. Se consulta el acta de asistencia bajo el formato codificado: SDS-GSP-FT-098 v2 de fecha 21 de febrero del 2022 que cubrió las 4 subredes. La conclusión obtenida permitió determinar que se cumplió con el objetivo propuesto. El resultado de las visitas y los diferentes soportes en físico se encuentran en cada una de las subredes. Se consulta acta de la seguridad química de la subred centro oriente, acta de la línea de medicamentos seguros de la subred norte y el acta de la línea de aire, ruido y radiación electromagnética.</p> <p>En cuanto a las visitas realizadas, al consultar la base de información en el aplicativo SISVEA, se obtienen 5252 visitas para la subred norte para el mes de julio. Se consulta acta de seguridad química de la subred centro oriente con el id del establecimiento: 703051 de la localidad: Rafael Uribe. Numero de acta: SQ01E709227 del 23 de agosto del 2022. Resultado obtenido: Concepto favorable con requerimientos. Cabe señalar que en el aplicativo se puede determinar el profesional que realizo la visita y quien realizo el cargue. Encontramos que de enero a julio 2022, se cuenta con 137.123 actas de visita ingresadas.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 9.1.1	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION de los resultados del procedimiento?</p> <p>Se cuenta con el archivo de seguimiento de correspondencia año 2021 y 2022, el cual contiene la trazabilidad de todas las solicitudes que llegan de la comunidad o de las diferentes subredes, al consultar dicho instrumento, se obtiene 1844 solicitudes de la vigilancia a la salud ambiental, de las cuales en estado "Tramitado" se obtiene 1796 casos y en estado "proceso o pendiente" se obtienen: 49.</p> <p>Respecto al informe bimestral de mayo a junio 2022, se identifican la retroalimentación realizada por producto para cada una de las subredes.</p> <p>Así mismo, se realiza reunión mensual en el comité de salud ambiental con cada una de las subredes. Se consulta registro del acta del comité realizado en el mes de agosto en el cual participo el equipo técnico de vigilancia de salud ambiental de la secretaria y un referente de las subredes. Los informes elaborados, responden a las directrices dadas por la alta dirección. El importante mencionar que al INVIMA se reporta la línea de alimentos y al ministerio anualmente se remite la cantidad de establecimientos visitados y cantidad de medidas sanitarias aplicadas.</p> <p>Se cuenta con el seguimiento SEGPLAN mensual en lo que tiene que ver con el componente técnico y financiero. Respecto a la meta 5, se tiene programado año una meta de 180605 de establecimientos a vigilar y con corte al mes de</p>	X	

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	<p>julio se han ejecutado 111842 visitas a establecimientos para un cumplimiento parcial del 62%.</p> <p>Respecto al seguimiento de los casos de correspondencia mediante el tablero en EXCEL, identificamos que 49 registros se encuentran en estado "PENDIENTE", y un gran porcentaje corresponden a solicitudes del año 2021, lo cual genera para el auditor cierta inquietud toda vez que los requerimientos son tratados como derechos de petición y la respuesta debe darse en un plazo máximo de los 15 días. Al preguntar al referente informa que no se llevó a cabo la actualización del tablero, sin embargo, la actualización fue realizada ese mismo día quedando solo 2 casos en Estado PENDIENTE. En cuanto a los 2 casos del año 2021, fueron registrados bajo los ids: 2022ER25202 y 2022ER25943, evidenciamos que superaron el tiempo de respuesta permitido, los casos se encuentran en etapa de consulta dado que los referentes del proceso debían investigar lo ocurrido. Sobre esta particular se aclara que los dos oficios pendientes no requerían respuesta y fue informado por correo electrónico. El hallazgo obedece a que potencialmente se pueden llevar a configurar un Derecho positivo, derecho negativo, una acción de tutela o una sanción, ya que no se adelantó el debido proceso en los términos establecidos de la ley 1755 del 2015, lo cual podría afectar la imagen institucional. Surge una oportunidad de mejora que permita fortalecer el control existente, permitiendo hacer un seguimiento y actualización constante y con ello garantizar la fiabilidad de la información.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>			
<b>MANEJO DE QUEJAS EN SP</b>				
Numeral 7.5.1 literal b)	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con INSTRUCTIVO o PROCEDIMIENTO formalizado para el manejo de las PQRS resultado de las visitas y demás servicios que se prestan en SALUD PUBLICA?</p> <p>El instructivo para el manejo de quejas se encuentra formalizado mediante la circular 027 del 31 de octubre del 2017, la responsabilidad de implementación esta delegada a la Dirección de servicio a la ciudadanía. Dicha circular define los tipos de PQRS, canales de recepción y los tiempos a cumplir. De otra parte, la plataforma Virtual denominada: "Bogotá te escucha", se encuentra bajo la administración de la secretaria general y para el caso la dirección de servicios a la ciudadanía de la Secretaria distrital de Salud, es la encargada de recepcionar, clasificar y direccionar cada uno de los requerimientos. Aquellos requerimientos que corresponden a salud pública son re direccionados para su tratamiento. Por su parte Salud pública, cuenta con 5 usuarios para el uso de la plataforma "Bogotá te Escucha". La plataforma cuenta con una bandeja de entrada que se revisa todos los días y se atienden cada una de las solicitudes. En lo que se refiere a QUEJAS, estas son re direccionadas a cada una de las subredes integradas y lo que refiere a SOLICITUDES son re direccionadas a la dirección de epidemiología. Todo lo que se recibe por el canal ESCRITO, se controla a través del CDI, el cual se encuentra bajo la responsabilidad de la Dirección Administrativa. Las solicitudes de tipo normativo en su gran mayoría se reciben desde el componente de vigilancia sanitaria.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X		



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Numeral. 8.2.1 Comunicación con el cliente	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con hechos informados de los diferentes prestadores que interponen PQRS en los diferentes canales de comunicación? Constatar evidencia de la recepción de la queja, análisis y clasificación realizada. Consultar quejas gestionadas y consultar respuesta de las partes involucradas.</p> <p>Respecto a la operación, el referente procede diariamente a descargar el archivo EXCEL por medio del aplicativo "Bogotá te escucha", dicha información es clasificada y remitida por correo al referente específico, se cuenta con carpetas o repositorio lógico que contiene los archivos diarios procesados. La medición del procedimiento es realizada desde la plataforma de "Bogotá te escucha" y seguidamente las respuestas al correo son remitidas mediante el formato institucional establecido. Nota: toda respuesta debe ir firmada por el directivo en los formatos. Cabe señalar que desde servicio a la ciudadanía se realiza todo el control de la plataforma y se lleva a cabo comité de manera trimestral. Se consulta el tablero de control denominado: Seguimiento SDQS de corte enero a agosto 2022, a la fecha se han gestionado 932 casos de los cuales el 100% se encuentran tramitadas. Se comparte seguimiento del último comité que permitió medir la oportunidad y pertinencia de las respuestas. A fecha el cumplimiento de PQRS a nivel institucional se encuentra en el 94%. De los 390 casos gestionados del primer trimestre 2022, solo 2 casos superaron el umbral de tiempo establecido.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<b>GENERALIDADES CARACTERIZACION DEL PROCESO: SDS-IVC-CAR-001</b>			
Numeral 4.4.1 literal f) , Numeral 6.1, Numeral 6.1.2 literales a) y b)	<p>A las preguntas: ¿Se evidencia registros de riesgos identificados, clasificados y valorados frente a los servicios evaluados?, ¿Se evidencia planes de tratamiento de los riesgos identificados? Y ¿Se evidencia seguimiento a los planes de tratamiento?</p> <p>Se consulta el documento denominado: mapa de riesgos operativos, el cual contiene la identificación de 4 riesgos de servicios que están relacionados con las actividades higiénico sanitarias como son: caducidad, cobro coactivo, control de vigilancia sanitaria/ambiental y perdida reputacional. En lo que refiere al riesgo del laboratorio de salud pública, se cuenta con una matriz de riesgos específica basado en lo que establece la ONAC. Respecto a los riesgos de corrupción, se identifica un solo riesgo. Los servicios del alcance de la auditoria están cubiertos en el riesgo número 3, el cual solo cuenta con un control. Cabe señalar al comparar los riesgos de un periodo a otro, se evidencia que siguen siendo los mismos. En síntesis, la matriz permite identificar 4 riesgos los cuales se encuentran clasificados y valorados.</p> <p>En lo que respecta a la dirección de calidad de servicios de Salud, se cuenta también con una matriz que contiene 3 riesgos de servicio, los cuales se encuentran clasificados y valorados.</p> <p>La matriz de riesgos cuenta con el plan de tratamiento para cada uno de riesgos identificados y cada control se define una frecuencia de medición específica.</p>	X	



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	<p>Al consultar el riesgo nro.3 de la matriz, se identifica que se cuenta con un solo control, adicionalmente, se cuenta con el informe de autoevaluación y los soportes del seguimiento realizado. Al consultar la información encontramos: asistencias técnicas. Correos generados y presentaciones. Se consulta el instrumento de autoevaluación o informe que se realiza una vez al año. El informe suministrado corresponde al mes de mayo 2022 y el resultado obtenido de medición de riesgos general fue del 97,8%. En los que respecta al riesgo de caducidades paso de 2 controles a 3, luego la medición de la eficacia del control solo podrá ser validada en el mes de mayo 2023.</p> <p>En lo que refiere a la DCSS, se suministra la matriz de riesgos, la cual contiene el plan de tratamiento definido.</p> <p>Por último, se cuenta con el informe de autoevaluación o seguimiento y con ello los soportes correspondientes del seguimiento realizado. Al consultar la información encontramos: asistencias técnicas, correos generados y presentaciones. Cabe señalar que la autoevaluación o informe de seguimiento se realiza una vez al año. Para el caso el informe fue generado en el mes de mayo 2022. Se consultó el informe de autoevaluación para las dependencias y en ninguno se reporta materialización del riesgo.</p> <p>Acorde a lo anterior, se validan los requisitos.</p>		
Numeral. 7.4 Comunicación	<p>A la pregunta: ¿Qué, cómo y cuándo el proceso identifica que se debe comunicar y a quien se le comunica?</p> <p>Desde salud pública, se informa que se han realizado actividades ligadas a los riesgos de corrupción y que ha generado charlas, entre otros aspectos, se consultan flyers que dan a conocer el manejo de los riesgos de corrupción en la entidad, se cuenta con una cartelera para socializar el organigrama del todo el sistema y se cuenta con registros de invitación al comité de la subdirección. De otra parte, mediante la página WEB, se cuenta con las piezas comunicativas o graficas de la salud ambiental, cabe señalar que toda pieza comunicativa debe ser validadas con la Dirección de Calidad institucional antes de ser publicadas. Con respecto a las piezas comunicativas de cara a la vigilancia de la salud pública, se realiza seguimiento de manera mensual y la publicación de los contenidos se encuentra en la página: <a href="http://saludambiental.saludcapital.gov.co">http://saludambiental.saludcapital.gov.co</a>.</p> <p>Se consulta piezas comunicativas de prevención y cuidados de cada una de las comunidades, en el caso de las subredes el referente elabora el borrador y en la secretaria aprueba. Al consultar el micro sitio de salud pública, identificamos los siguientes componentes: Puntos de vacunación por cercanía, uso adecuado de medicamentos, control de plagas, calidad del aire y algunas recomendaciones de salud, radicación solar, vacunación canina, entre otros. Se consulta pieza comunicativa del tema de "Brucelosis canina".</p> <p>Respecto al componente de calidad de servicios de Salud, se cuenta con el módulo de conozca los trámites y servicios del portal de salud capital y es aquí donde se pudo apreciar los diferentes videos o tutoriales de uso de los tramites en línea como es el caso de autorización del ejercicio de la profesión, licencias de seguridad en el trabajo y renovación de habilitación.</p>	X	



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	Acorde a lo anterior, se valida el requisito.		
Numeral. 8.7 Control de Salidas no Conformes	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia implementación del procedimiento de producto no conforme?</p> <p>En lo que tiene ver con de vigilancia sanitaria y ambiental, encontramos que se lleva a cabo el diligenciamiento del formato el cual contiene las siguientes salidas: 1. información y comunicación, 2. eventos de condiciones sanitarias, 3. informe de resultados de las líneas de intervención y 4. las bases de datos. El reporte consultado, corresponde al segundo trimestre 2022 el cual es basado en el formato codificado 020. Los resultados presentados en dicho informe son los siguientes: cumplimiento de actividades: 94% en abril, 98% en mayo y 92% en junio, De acuerdo a lo anterior, producto no conforme no fue detectado en el periodo indicado y se remite reporte consultado. Adicionalmente, se consulta el reporte de actos administrativos sustanciados. Nota: De acuerdo a la ley podríamos tener una caducidad del 20% de los casos, sin embargo, no se presentó. Identificamos un 0,9 % que corresponde a 30 casos del mes de abril 2022. Nota: Acción correcta se define cuando se supera el 20% de los casos por lo anterior, se considera que no hubo producto no conforme y en 3 meses se gestionaron 9000 actos.</p> <p>En lo que respecta al manejo de producto no conforme del manejo de la DCSS, se consulta el reporte del segundo trimestre 2022 mediante el formato 020, por medio del cual se relacionan cada uno de los tramites en línea que se realizan, cabe señalar que los tramites que se devuelven por falta de requisitos no se considera producto no conforme ya que el solicitante debe realizar la subsanación respectiva, se considera producto no conforme si los tramites superaron los tiempos establecidos. Con respecto al trámite de exhumación se gestionaron 1576 casos y el producto no conforme fue de: 0 ya que todos los trámites se realizaron en el tiempo establecido.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<b>ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>			
(Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:			
a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos) aumentar los efectos deseables;			
c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.			
6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades la manera de:			
1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.);2) evaluar la eficacia de estas acciones.			
1.	<p>Si bien es cierto que la publicación de la información en la Gaceta Distrital se viene realizando acorde a lo dispuesto por la ley 2213 del 13 de junio del 2022 y la medida que inicialmente fue temporal se convirtió de forma definitiva en la operación, evidenciamos que el procedimiento formalizado y publicado en isolucion id SDS-IVC-PR-010 para el reconocimiento Jurídico a entidades sin ánimo de Lucro, no se encuentra actualizado respectó a estas nuevas actividades. En consecuencia, existe un potencial riesgo que deriva en pérdida de conocimiento y es indispensable su actualización.</p> <p><b>Responsable:</b> Subdirección de Calidad de Servicios de Salud</p>		
2.	<p>Si bien es cierto que el aplicativo REPS se alimenta de los resultados del seguimiento de las visitas realizadas por los profesionales VERIFICADORES, evidenciamos que el procedimiento formalizado y publicado en isolucion bajo el id SDS-IVC-PR-036 para la realización de visitas de Verificación de medicamentos de control especial, no se encuentra actualizado respectó a las actividades que tienes que ver con el registro en REPS y que deben ser realizadas continuamente, en consecuencia, existe un potencial riesgo que deriva en pérdida de conocimiento y es indispensable su actualización.</p>		

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME DE AUDITORIA SGC				
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	7	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

**Responsable:** Subdirección de Calidad de Servicios de Salud

3. Al consultar la información de los resultados del seguimiento de las visitas de verificación de medicamentos de control especial realizadas por el profesionales designados en la base de Datos ACCESS, evidenciamos que la actualización de información debe realizarse directamente por cada profesional en sitio o desde la oficina ya que remotamente no es posible hacerlo, adicionalmente la base de datos reside en una estación de trabajo y el acceso es compartido con varios usuarios, el respaldo de la información se realiza de forma mensual y en consecuencia, existe un potencial riesgo que la base de datos o estación de trabajo se dañe y puede conllevar la pérdida de información ya que el backup no es continuo y la actualización de información no se realiza a diario o en línea por lo que es indispensable su sistematización en un entorno WEB multiplataforma.

**Responsable:** Subdirección de Calidad de Servicios de Salud

4. Ciertamente los resultados consolidados de visitas de verificación planes de mantenimiento hospitalario y ejecución presupuestal son reportados a la superintendencia nacional de salud de forma semestral mediante los formatos 525 y 526 propios de esta entidad, evidenciamos que el procedimiento formalizado y publicado en resolución bajo el id SDS-IVC-PR-051, no se encuentra actualizado respecto a esta actividad obligatoria y es avalado por la directora de calidad, en consecuencia, existe un potencial riesgo que deriva en pérdida de conocimiento y es indispensable su actualización.

**Responsable:** Subdirección de Calidad de Servicios de Salud

5. Al consultar el archivo Excel de seguimiento respecto a la correspondencia año 2021 y 2022, mediante el cual se lleva el control y la trazabilidad de todas las solicitudes que se reciben de la comunidad o de las diferentes subredes para el manejo de PQRS de la salud pública, evidenciamos que al momento de la revisión se identificaron 49 registros en estado "PENDIENTE" con fecha de registro año 2021, lo cual generó inquietud toda vez que los requerimientos son tratados como derechos de petición y la respuesta debe darse en un máximo de los 15 días, al preguntar al referente informa que no se realizó la actualización en el tablero, lo que derivó en una actualización al momento de la auditoria, sin embargo, quedaron todavía 2 casos bajo los ids: 2022ER25202 y 2022ER25943 que superaron el tiempo de respuesta permitido, en consecuencia, existe un potencial riesgo que puede llevar a configurar un derecho positivo, derecho negativo, una acción de tutela o una sanción ya que no se adelantó el debido proceso en los términos establecidos de la ley 1755 del 2015, lo cual podría afectar la imagen institucional, por lo que es indispensable fortalecer el control existente, permitiendo hacer un seguimiento y actualización más constante y con ello garantizar la fiabilidad de la información.



**Responsable:** Subdirección de Vigilancia en Salud Publica

#### CONCLUSIONES

(Describir los aspectos positivos, oportunidades de mejora y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad ).

La auditoría realizada fue un ejercicio metódico, sistemático, documentado e independiente que permitió verificar que el proceso implementado, ha alcanzado los objetivos establecidos y da a conocer el grado de cumplimiento de los criterios de auditoría basado en el alcance establecido.

**ASPECTO POSITIVO:** Se destaca la cordialidad y la atención prestada por los diferentes participantes, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control, los participantes fueron receptivos y tuvieron buena disposición hacia el auditor ya que se brindó toda la colaboración respecto a la entrega de la documentación requerida.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				


**ASPECTO POSITIVO:** Los colaboradores que participan en el proceso, identifican, entienden y gestionan los procedimientos, contribuyendo con el logro de los objetivos y metas del POGD.

La auditoría se desarrolló mediante listas de verificación, en cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Cabe señalar que se identificaron algunos elementos importantes que derivan en oportunidades de mejora las cuales fueron formuladas en el presente documento. Es de resaltar que no se identificaron "NO CONFORMIDADES" o incumplimientos a los requisitos evaluados.

Respecto a los Dominio 4 y 5 de la norma en lo que tiene que ver con: Contexto de la organización y Liderazgo, con el levantamiento de requerimientos de las partes interesadas, DOFA, evaluación de la política de calidad y sus objetivos, en esta oportunidad no fueron tenidas en cuenta, toda vez que ya han sido tema de revisión en los periodos pasados.

La operación diaria es realizada de manera exitosa cumpliendo con los objetivos establecidos mediante la ejecución de diversos controles administrativos, tecnológicos y respondiendo al ciclo de vida definido, sin embargo, en algunos procedimientos el conocimiento lo tiene el referente o profesional pero no se encuentra documentado o actualizado en la base de datos de conocimiento de isolucion, lo que se considera una debilidad en términos de los requisitos de la norma.

Revisado gestor de calidad OCI: **Mónica Ulloa**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:</b>  <b>FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ</b>	<b>FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:</b>  
<b>NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR:</b>  <b>N/A</b>	<b>FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR:</b>  <b>N/A</b>
<b>NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>  <b>OLGA LUCIA VARGAS COBOS</b>	<b>FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>  