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

Proceso: Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión
Líder del Proceso: Olga Lucia Vargas Cobos
Auditor Líder: Cristian Javier Illera Lugo
Equipo Auditor: Carmen Sofia Villamizar Villamizar / Andrea Milena Castillo Espinosa
Fecha de Ejecución Auditoría: Primero (1) al veintitrés (23) de diciembre de 2023
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Objetivo del Trabajo (NIA 2210): Evaluar el cumplimiento de requisitos definidos en la Norma ISO 9001:2015, del proceso auditado, evaluando la adecuación y efectividad del sistema de control interno y calidad de la SDS.
ALCANCE: Desde: La definición del plan de auditoría por parte del proceso, pasando por el examen de la evaluación a la adecuación y efectividad del sistema de control interno y de calidad de la SDS. Hasta: El seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones del plan de mejora propuesto Periodo a evaluar: Primero (01) noviembre 2022 a treinta (30) noviembre 2023
CRITERIOS: De conformidad a los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 / Requisitos (6.1,7.1,7.2,7.3,7.5,8.1,9.1.2,9.1.3,9.2.2,10.3), así como la normatividad y documentos asociados (Internos y Externos)
LIMITACIONES: Corto tiempo para la realización de la auditoria
METODOLOGIA UTILIZADA: Visitas de campo y revisión documental
RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS PREVIAS: Recomendaciones auditoria de calidad vigencia 2022

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFORME	NO CONFORME
6.1 Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades	<p>Verificada la matriz de riesgos del proceso de Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión, según lo observado en la auditoria, se encontró que se relaciona el siguiente riesgo: <i>“Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento en la realización de las Auditorías definidas en el Plan Anual de Auditoría (31), en donde se evidencian dos controles:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1- El jefe de la Oficina de Control Interno y/o técnico de la Oficina, mensualmente/trimestralmente, verificara la ejecución del plan anual de auditorías, dentro de los tiempos establecidos, realizando seguimiento al cronograma de ejecución de auditorías, de lo contrario se comunicará al profesional de la OCI, vía correo electrónico el incumplimiento presentado y se tomaran los correctivos necesarios. 2- El Jefe de la Oficina de Control Interno y profesionales especializados semestralmente, informaran a la alta dirección el avance, prorrogas y alertas de ejecución del PAA, presentación de avances, prorrogas y alertas sobre el desarrollo del PAA, se reitera la convocatoria de reunión del Comité Coordinador de Control Interno. 	X	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
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:	8
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

	<p>De otra parte, se evidencia que los controles establecidos para el Riesgo No. 1, no son de carácter preventivo, según lineamiento de gestión de calidad para la gestión del riesgo, por cuanto, al interior de la entidad se presenta rotación de personal de planta por novedades administrativas (derecho preferencial, renunciaciones, traslados, etc.) y demás situaciones extraordinarias, <u>lo que se determina la pertinencia de desarrollar una acción para abordar riesgos.</u></p> <p>Teniendo en cuenta el lineamiento SDS-PYC-LN-012 GESTIÓN DEL RIESGO EN LA SDS, referente al componente de autoevaluación del riesgo de corrupción, se observa que la calificación de la solidez del control realizada por el proceso arroja la generación de una acción para abordar riesgos, lo cual orienta a reformular y fortalecer el control definido, en donde se evidencia que el proceso no ha realizado la gestión pertinente, sin embargo el proceso debe establecer controles de manera preventiva, <u>lo que se determina la pertinencia de desarrollar una acción para abordar riesgos.</u></p> <p>Referente a la auditoria basada en riesgos del servicio social obligatorio proceso IVC-PSS, la cual no se realizó dentro de los tiempos establecidos por causa de derecho preferencial, se preguntó a los entrevistados sobre los planes de contingencia o acciones preventivas o controles desarrollados, en donde se evidencio desconocimiento del riesgo N° 1 y sus controles del mapa de riesgos del proceso, para lo cual se sugiere que el proceso genere estrategias de sensibilización al interior del mismo, para fortalecer la adherencia de sus riesgos y controles.</p>		
<p>7.1 Recursos 7.1.2 Personas</p>	<p>En la verificación efectuada por parte del equipo auditor al proceso de Evaluación, seguimiento y control, en lo referente a la contratación del recurso humano, el proceso informa que es contratado a través de contratos de prestación de servicios, incluidos en el Plan Anual de Adquisiciones del proyecto de Inversión 7824 "Desarrollo Institucional y dignificación del Talento Humano Bogotá", gerenciado por la Subsecretaria Corporativa</p>	<p>X</p>	
<p>7.2 Competencia</p>	<p>En la verificación efectuada por parte del equipo auditor, se constata que el proceso cuenta con auditores que cumplen con el perfil y competencias para desarrollar las actividades de auditoría. Las actividades de auditoria son realizadas por personal de planta (9) y contrato de prestación de servicios (6), como se evidencia a continuación:</p>	<p>X</p>	



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
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: 8

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

NOMBRE	DENOMINACION DEL EMPLEO	CO.DIGO	GRADO	Profesión	Tipo de Vinculación	Tiempo de experiencia como auditor	Contrato No.
OLGA LUCIA VARGAS COBOS	JEFE DE OFICINA	6	5	Fisioterapeuta /Esp en control Interno	PLANTA	30 años	NA.
MARISOL GARCIA VILLAMARIN	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		24	Bacterióloga /Esp. En Gerencia de Laboratorios	PLANTA	0	NA.
ANGELA GONZALEZ PALACIO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		19	Ingeniera Industrial /Esp Direccion de produccion y Operación/ Maestria en Ingeniería Industrial Auditor Interno ISO 9001:2015	PLANTA	2 años	NA.
DORIS PILAR DJEDA PEREZ	PROFESIONAL UNIVERSARIO		15	Administradora Industrial /Esp. Gerencia de la Calidad Auditor Interno ISO 9001:2015	PLANTA	11 meses	NA.
JULIAN CAMILO CUELLAR GARCIA	PROFESIONAL UNIVERSARIO		14	Economista /Esp. Desarrollo Humano Auditor Interno ISO 9001:2015	PLANTA	3 años	NA.
GLORIA ELENA NAVARRETE FAJARDO	PROFESIONAL UNIVERSARIO		14	Administradora de empresas /Esp. En Finanzas y administración Pública	PLANTA	23 meses 9 días	NA.
MARTHA YESSENIA GARCIA MEJIA	PROFESIONAL UNIVERSARIO		14	Economista /Esp. Administración Pública Auditor Interno ISO 9001:2015	PLANTA	10 años	NA.
LYDA ROCIO MANRIQUE GARZON	PROFESIONAL UNIVERSARIO		14	Ingeniera Civil /Esp. Gestion ambiental urbana. Auditor Interno ISO 9001:2015	PLANTA	5.5 años	NA.
LADY DAHIANA TIBADUZA CHAPARRO	TECNICO OPERATIVO		9	Contadora Pública /Esp Ciencias Tributarias Auditor Interno ISO 9001:2015	PLANTA	2,5 años	NA.
MONICA MARCELA ULLOA MAZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		C	Odontóloga /Especialista en Sistemas de Garantía de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud Auditor Interno HSEQ ISO 9001:2015 14001,45001	CONTRATO	17 años	CTO. 4744357
OSCAR HERNANDO ROJAS SUAREZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		C	Administrador de empresas /Esp. Seguridad Social Integral Auditor Interno HSEQ ISO 9001:2015 14001,45001	CONTRATO	3 años 9 meses	CTO. 4744675
LUZ MYRIAM ARIAS MURCIA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		C	Contadora Pública /Esp Gerencia de finanzas Auditor Interno HSEQ ISO 9001:2015 14001,45001	CONTRATO	7 años	CTO. 4744771
JOSE GREGORIO BUENO HERNANDEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		C	Ingeniero Ambiental / Esp en Seguridad y Salud en el Trabajo /Maestria en medio Ambiente y Desarrollo Sostenible Auditor Interno HSEQ ISO 9001:2015 14001,45001	CONTRATO	5 años	CTO. 4744052
FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		C	Ingeniero de Sistemas /Esp. Gerencia de proyectos de telecomunicaciones/redes de datos Auditor HSEQ y Auditor 27001 Auditor Líder 27001 /Gerente de seguridad de la información	CONTRATO	5 años	CTO. 4744208
GILBERTO POVEDA VILLALBA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		C	Abogado /Esp. Derecho mercantil/ Derecho Financiero/Derecho Administrativo Auditor Interno HSEQ ISO 9001:2015 14001,45001	CONTRATO	4 años	CTO. 4744230

Al constatar aleatoriamente en el SECOP II los contratos de prestación de servicios del proceso de Evaluación, seguimiento y Control, se evidencio que el recurso humano, cuenta con el perfil especializado requerido y certificación de auditores en calidad.

7.3 Toma de Conciencia

Durante las visitas realizadas por parte del equipo auditor, se evidenció que el proceso de Evaluación, Seguimiento y Control, realizo actividades de

X



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
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:	8
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

sensibilización, cumpliendo con los requisitos del SGC, numeral 7.3 literal d) de la norma ISO 9001:2015.

Igualmente, se evidenció que el proceso viene implementando herramientas y controles adicionales a las estrategias de sensibilización, tales como el mapa de aseguramiento, el cual permite realizar seguimiento a puntos críticos de cada proceso, fortaleciendo la primera y segunda línea de defensa.

Se recomienda en el marco del fomento de cultura de autocontrol según función N° 6 establecida en el decreto 507 del 06 de noviembre de 2013, continuar con el proceso de fortalecimiento de la primera línea de defensa, realizando seguimiento e incentivando los procesos que desarrollan acciones de mejora, Acciones para Abordar Riesgos y Acciones Correctivas, desde la autoevaluación de este. Igualmente, implementar estrategias como los comités de autocontrol por proceso, los cuales fortalecen la cultura, promueven la estandarización y genera mecanismos para el desarrollo del mejoramiento continuo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
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: 8

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

7.5 Información Documentada
7.5.2 Creación y Actualización
7.5.3 Control de la Información Documentada

Al realizar la verificación documental del proceso Evaluación, Seguimiento y Control en el aplicativo ISOLUCION, se constata que el proceso cuenta con 24 documentos, de los cuales se observa que tres documentos SDS-ESC-FT-007, SDS-ESC-FT-021 y SDS-ESC-FT-010, requieren actualización, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento de Control Documental del Sistema de Gestión de Calidad, **lo que se determina la pertinencia de desarrollar una acción para abordar riesgos.**

X

Se toma muestra del pantallazo.

Numero de resultado(s): (24) Página 1 de 1

Proceso	Código	Título Documento	Plantilla	Versión	Fecha Creación	L.M.D. Revisa	L.M.D. Aprobada	Fecha Aprobación	Autor	L.O.V. Lugar Dependencia
Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión	SDS-ESC-FT-007	PLAN DE MEJORAMIENTO RESULTADO DE AUDITORIAS EJECUTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Formato	6	11jul/2018	Olga Lucia Vargas Cobos	Olga Lucia Vargas Cobos	11jul/2018	Zabala Diaz, Meiba Rocio	Oficina de Control Interno
Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión	SDS-ESC-FT-021	PLAN ANUAL DE AUDITORIA	Formato	1	26/feb/2020	Olga Lucia Vargas Cobos	Olga Lucia Vargas Cobos	27/feb/2020	Monica Marcela Ulloa Maz	Oficina de Control Interno
Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión	SDS-ESC-FT-010	INFORME DE SEGUIMIENTO A EJECUCION DEL PRESUPUESTO DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	Formato	3	13jul/2020	Olga Lucia Vargas Cobos	Olga Lucia Vargas Cobos	13jul/2020	Monica Marcela Ulloa Maz	Oficina Asesora de Control Interno

De otra parte al verificar la matriz de riesgos de corrupción adjunta a la caracterización del proceso (SDS-ESC-CAR-001), se evidencia que no se ha registrado la información de los campos de impacto de riesgo de corrupción, lo cual no permite realizar el análisis del riesgo inherente y por consiguiente la evaluación del riesgo residual, por lo cual se sugiere generar una acción para abordar riesgos.

Se toma muestra de pantallazo.

IMPACTO DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN												
Descripción												
A continuación marque con una X todas las preguntas según correspondan a Si o No. Si el riesgo de corrupción es materializable poner:												
PREGUNTA	No. de Respuestas del Riesgo de Corrupción											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ¿Afecta al grupo de funcionarios del proceso?												
2. ¿Afecta el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?												
3. ¿Afecta el cumplimiento de misión de la Entidad?												
4. ¿Afecta el cumplimiento de la misión de sector al que pertenece la Entidad?												
5. ¿Genera pérdida de confianza de la Entidad afectando su reputación?												
6. ¿Genera pérdida de recursos económicos?												
7. ¿Afecta la generación de los productos o la prestación de servicios?												
8. ¿Da lugar al deterioro de las áreas o parte de la comunidad por la pérdida del patrimonio de los recursos públicos?												
9. ¿Genera pérdida de información de la Entidad?												
10. ¿Genera deterioro de los sistemas de control de la Entidad, u otro ente?												
11. ¿Da lugar a procesos sancionatorios?												
12. ¿Da lugar a procesos disciplinarios?												
13. ¿Da lugar a procesos fiscales?												
14. ¿Da lugar a procesos penales?												
15. ¿Genera pérdida de credibilidad del sector?												
16. ¿Genera riesgos físicos o pérdida de vidas humanas?												
17. ¿Afecta la imagen regional?												
18. ¿Afecta la imagen nacional?												
19. ¿Genera daño ambiental?												
IMPACTO RIESGO DE CORRUPCIÓN												
Total Preguntas Afirmativas												
Total Preguntas Negativas												

2. ANALISIS DEL RIESGO INHERENTE									
I. Descripción del Riesgo	J. Tipo de Riesgo (Seleccíonar)	K. Clasificación del Riesgo (Seleccíonar)	L. Factor de Riesgo (Seleccíonar)	A. Frecuencia con la cual se realiza la actividad	B. Posibilidad Inherente	C. Nivel Posibilidad Inherente	D. Impacto Inherente (Reputación, Corrupción)	E. Nivel Impacto Inherente	F. Zona de Impacto Inherente
Possibilidad de recibir órdenes, intimidaciones, amenazas o presiones de particulares o de entes internos o externos, para manipulación de los informes de Auditoría o informes de ley en beneficio propio o de un tercero	Riesgo de corrupción	Fraude interno	Talento humano	51	Media	60%			



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
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: 8

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

	EVALUACION DEL RIESGO NIVEL DE RIESGO DEL RESIDUAL							
	A. Identificar Riesgo Fm	B. Valorar Riesgo Fm	C. Control Riesgo Fm	D. Monitoreo Riesgo Fm	E. Evitar Riesgo Fm	F. Evitar Riesgo		
	Excel	36.0%						
	Bueno	21.6%						
	Muy Bueno	13.0%					Evitar	
8.1 Planificación y Control Operacional	<p>Al revisar la caracterización del proceso de Evaluación, Seguimiento y Control, de los productos y servicios, se validaron las entradas, salidas y actividades que lo componen, cumpliendo con los criterios mínimos para el desempeño, sin embargo, al verificar las salidas, no se evidencia las estrategias para promover la cultura de autocontrol y autorregulación, dando alcance al objetivo del proceso y la función N° 6 establecida en el decreto 507 del 06 de noviembre de 2013, <u>lo que se determina desarrollar una oportunidad de mejora.</u></p> <p>En relación con la salida, <i>Informes de seguimiento a los Planes de mejoramiento</i>, no se evidencia el cierre de las acciones dentro del ciclo PHVA, se recomienda complementar el verificar la eficacia de las acciones realizadas (V), incluyendo el cierre de estas. Igualmente integrar dentro del verificar la participación del Comité Coordinador de Control Interno y la Revisión por la Dirección, <u>lo que se determina una recomendación al proceso para generar una actualización a la caracterización.</u></p> <p>Referente a la salida denominada “Programa anual de auditorías” a pesar de que se evidencia la definición de unas entradas, actividades según ciclo PHVA las cuales arrojan el programa, y el proceso sustenta que realiza dicha actividad mediante las orientaciones de la guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas v4, se hace necesario la formulación de un documento que estandarice metodológicamente la identificación de necesidades, priorización, tiempos, roles y demás tareas específicas de la SDS, necesarias para la formulación del Plan anual de auditoría, lo cual permitirá dar cumplimiento a la gestión por procesos, asegurando el producto mediante la estandarización, mejora continua y perdura en el tiempo. De acuerdo con lo anterior, <u>se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.</u></p> <p>El proceso de Evaluación, seguimiento y control cuenta con recursos asignados en el Plan de adquisiciones vigencia 2023, mediante el proyecto No. 7824 denominado Desarrollo Institucional y Dignificación del Talento Humano Bogotá, en cabeza de la Subsecretaria Corporativa, verificando las apropiaciones presupuestales en el Plan de Adquisiciones para esta vigencia, se evidencia que se presupuestó la suma de \$50.000.000, para la contratación de la prestación de servicios para desarrollar actividades que fortalezcan la Política de Autocontrol de la Secretaría Distrital de Salud, al constar con el proceso, se informa que estos recursos no fueron ejecutados, el proceso soporta modificación del Plan de Adquisiciones mediante memorando</p>						X	



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
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: 8

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

radicado No. 2023IE17504 del 18 de julio de 2023, aunque esta solicitud evidencia gestión, se recomienda al proceso tener en cuenta para la planificación de los recursos, identificar las necesidades reales, que no generen afectación al presupuesto, por la apropiación inadecuada que genera desgaste administrativo.

El equipo auditor, realizo validación a la formulación, reporte e informe del POGD para la vigencia 2023, se evidencio que la formulación del POGD publicada en el enlace de la caracterización, no evidencia el 100% del programado en el año, evidenciando falta de control por parte del proceso, en la revisión del diligenciamiento de los reportes enviados. Se toma pantallazo.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMULACIÓN PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO Código: SDS-PYC-F-01V10				Elaborado por: Álvaro Augusto Amado Camacho Revisado por: Angélica Patricia Castellanos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos			
DEPENDENCIA	Oficina de Control Interno	PROCESO:	Evaluación, seguimiento y control a la				AÑO	2023	
OBJETIVO ESTRATEGICO	DESCRIPCIÓN DE LA META	Indicador [Incluir link a Hoja de Vida]	DIRECCIÓN/ OFICINA	Ponderación	Programado 1er Trimestre	Programado 2do Trimestre	Programado 3er Trimestre	Programado 4to Trimestre	Programado Año
Fortalecer la gestión y la transparencia institucional	1. Realizar las acciones necesarias para el mejoramiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de SGC		OFICINA DE CONTROL INTERNO	15%	30%	14%	33%	21%	98%
Fortalecer la gestión y la transparencia institucional	2. Realizar las acciones para la implementación de las Políticas de Gestión y Operación de SGC		OFICINA DE CONTROL INTERNO	70%	30%	21%	26%	22%	98%
Fortalecer la gestión y la transparencia institucional	3. Realizar las acciones para el mejoramiento de los componentes del presupuesto, acciones de la información y lucha contra la corrupción		OFICINA DE CONTROL INTERNO	15%	34%	22%	22%	22%	100%

Mediante correo electrónico de fecha 08 de febrero de 2023, el proceso realiza los ajustes requeridos a la formulación del POGD, se toma pantallazo.

RE: formulacion POGD vigencia 20223

Lady Dahiana, Tivaduisa Chaparro <LDTivaduisa@saludcapital.gov.co>
Mie 8/02/2023 2:51 PM

Para Yanire, Castellanos Molina <Y1Castellanos@saludcapital.gov.co>
CC: Olga Lucia, Vargas Cobos <OLVargas@saludcapital.gov.co>; Alvaro Augusto, Amado Camacho <aamado@saludcapital.gov.co>

1 archivos adjuntos (204 KB)
FORMULACION POGD 2023 DEFINITIVO.xls

Buenas tardes, en atención a las observaciones realizadas parte de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, me permito remitir la formulación del POGD correspondiente a la Oficina de Control Interno.

Cordialmente,



LADY DAHIANA TIBADUIZA CHAPARRO
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO
DISTRITAL DE SALUD

OFICINA DE CONTROL INTERNO
Tel: 3649090 Ext. 9406

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMULACIÓN PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO Código: SDS-PYC-F-01V10				Elaborado por: Álvaro Augusto Amado Camacho Revisado por: Angélica Patricia Castellanos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos			
DEPENDENCIA	Oficina de Control Interno	PROCESO:	Evaluación, seguimiento y control a la				AÑO	2023	
OBJETIVO ESTRATEGICO	DESCRIPCIÓN DE LA META	Indicador [Incluir link a Hoja de Vida]	DIRECCIÓN/ OFICINA	Ponderación	Programado 1er Trimestre	Programado 2do Trimestre	Programado 3er Trimestre	Programado 4to Trimestre	Programado Año
Fortalecer la gestión y la transparencia institucional	1. Realizar las acciones necesarias para el mejoramiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de SGC		OFICINA DE CONTROL INTERNO	15%	37%	17%	29%	18%	100%
Fortalecer la gestión y la transparencia institucional	2. Realizar las acciones para la implementación de las Políticas de Gestión y Operación de SGC		OFICINA DE CONTROL INTERNO	70%	30%	19%	27%	24%	100%
Fortalecer la gestión y la transparencia institucional	3. Realizar las acciones para el mejoramiento de los componentes del presupuesto, acciones de la información y lucha contra la corrupción		OFICINA DE CONTROL INTERNO	15%	34%	22%	22%	22%	100%

Sin embargo, el equipo auditor recomienda al proceso el cumplimiento del LINEAMIENTO FORMULACIÓN Y REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO (POGD) Código: SDS-PYC-LN-013 V.10, en el numeral 6.1.2. Responsables de formular el plan operativo de gestión y desempeño, **El responsable de la formulación del POGD es el (la) Director (a) o Jefe de Oficina y el numeral 6.1.3. Plazos establecidos para la**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
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:	8
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

formulación del POGD. Los Directores o Jefes de Oficina enviarán POGD formulado para la vigencia en el formato denominado "FORMULACIÓN PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL" Código SDS-PYC-FT-019 a la Dirección de Planeación Institucional y de Calidad mediante correo electrónico en los plazos definidos por la misma, mediante el Tablero de Control.

En consecuencia, el equipo auditor recomienda, afianzar la adherencia de este lineamiento, dado que el líder del proceso es el responsable de la formulación del POGD, de otra parte, se evidencio que esta formulación fue entregada a la Dirección de Planeación Institucional de manera extemporánea, **mediante correos electrónicos de fechas 31 de enero y 08 de febrero de 2023** (se toma pantallazo), por fuera del plazo establecido en el tablero de control, el cual estaba definido para remitir la formulación del POGD 2023 a más tardar el día 26 de enero de 2023. (se toma pantallazo).

Pantallazo envío extemporáneo Formulación POGD

De: Olga Lucia, Vargas Cobos <OLVargas@saludcapital.gov.co>
Enviado: martes, 31 de enero de 2023 4:31 p. m.
Para: Yanire, Castellanos Molina <Y1Castellanos@saludcapital.gov.co>
Cc: Lady Dahiana, Tibaduisa Chaparro <LDTibaduisa@saludcapital.gov.co>
Asunto: RV: formulacion POGD vigencia 20223

Buenas tardes Dra. Yanire

Remito lo anunciado, quedo a la espera de sus observaciones.

Cordialmente,



OLGA LUCIA VARGAS COBOS

RE: formulacion POGD vigencia 20223
Lady Dahiana, Tibaduisa Chaparro <LDTibaduisa@saludcapital.gov.co>
Mie 8/02/2023 2:51 PM
Para: Yanire, Castellanos Molina <Y1Castellanos@saludcapital.gov.co>
Cc: Olga Lucia, Vargas Cobos <OLVargas@saludcapital.gov.co>; Alvaro Augusto, Amado Camacho <aaamado@saludcapital.gov.co>
1 archivos adjuntos (204 KB)
FORMULACION POGD 2023 DEFINITIVO.xls

Buenas tardes, en atención a las observaciones realizadas parte de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, me permito remitir la formulación del POGD correspondiente a la Oficina de Control Interno.

Cordialmente,



LADY DAHIANA TIBADUIZA CHAPARRO
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO
DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE CONTROL INTERNO
Tel: 3648090 Ext. 9409

Pantallazo Tablero de control I Trimestre 2023



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
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: 8

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

Realizar las acciones
Gestionar y monitorear el desempeño de los procesos.

- 1 - Elaborar y remitir el reporte del POGD del IV trimestre del 2022 a más tardar el día 17 de enero de 2023.
- 2- Remitir el informe de gestión del POGD consolidado de la vigencia 2022 a más tardar el día 19 de enero de 2023.
- 3 - Remitir la formulación del POGD vigencia 2023 a más tardar el día 26 de Enero de 2023.

En cuanto al reporte del POGD del II trimestre de 2023 del proceso de Evaluación, seguimiento y control, el equipo auditor solicito evidencia del seguimiento del POGD del trimestre mencionado, el proceso adjunto archivo de este reporte (se toma pantallazo), a pesar de contar con la información, al constatarla por el equipo auditor, se observa que se presentan inconsistencias en el diligenciamiento de la información, (se toma pantallazo): En la celda periodo de reporte no es coherente este periodo con la fecha del nombre del archivo y la información reportada, en las columnas Programado II trimestre y Ejecutado II Trimestre. Al realizar la sumatoria de los porcentajes programados según este reporte de las metas Nos. 1 y 2, estos datos superan el 100 %. (se toma pantallazo)

Pantallazo evidencia reportada por proceso



Pantallazo evidencia inconsistencias reporte POGD

EVALUACIÓN METODOLÓGICA Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN METODOLÓGICA Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL																
REPORTES PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO																
Código:		SDS-PI-GT-022				Versión:		8								
Elaborado por: Susi Arango /Revisado por: Refretha PFC /Aprobado por: Juan Carlos Arango Corrales																
DEPENDENCIA:	METAS	Indicador (Incluir link a Hoja de Vida)	OFICINA DE CONTROL INTERNO		PROCESO				EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION				PERIODO DE REPORTE:		TRIMESTRE	
			DIRECCIÓN/ OFICINA	Programado 1er trimestre(%)	Ejecutado 1er trimestre(%)	Programado 2do trimestre	Reprogramado 2do trimestre(%) no ejecutado + programado inicial	Ejecutado 2do trimestre(%)	Programado 3er trimestre	Reprogramado 3er trimestre(%) no ejecutado + programado inicial	Ejecutado 3er trimestre(%)	Programado 4to trimestre	Reprogramado 4to trimestre(%) reprogramado + suma ejecutados	Ejecutado 4to trimestre(%)	Ejecutado Alto(%)	
	1. Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.		OFICINA DE CONTROL INTERNO	37%	37%	17%	0,00%	14,5%	30%	1%	0,00%	16%	0,00%	0%	91,50%	
	2. Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.		OFICINA DE CONTROL INTERNO	30%	30,0%	19%	0,00%	16%	28%	1%	0,00%	24%	0%	0%	48,00%	
	3. Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.		OFICINA DE CONTROL INTERNO	34%	34%	22%	0%	22%	22%	0%	0%	22%	0%	0%	66,00%	

Pantallazo evidencia reporte POGD sumatoria superior al 100%



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
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: 8

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

<small> PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO </small>															
<small> Estado por: Álvaro Arango /Revisado por: Fabiana PFD /Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa </small>															
DEPENDENCIA:		OFICINA DE CONTROL INTERNO			PROCESO					PERIODO DE REPORTE:					
METAS		Indicador <small>(Incluir link a Hoja de Vida)</small>	DIRECCIÓN/ OFICINA	Programado 1er trimestre(%)	Ejecutado 1er trimestre(%)	Programado 2do trimestre	Reprogramado 2do trimestre(%) no ejecutado + programado inicial	Ejecutado 2do trimestre(%)	Programado 3er trimestre	Reprogramado 3er trimestre(%) no ejecutado + programado inicial	Ejecutado 3er trimestre(%)	Programado 4to trimestre	Reprogramado 4to trimestre(%) programado año- suma ejecutado	Ejecutado 4to Trimestre(%)	
1. Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.			OFICINA DE CONTROL INTERNO	37%	37%	17%	0.00%	14.5%	30%	1%	0.00%	18%	0.00%	0%	91.50%
2. Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.			OFICINA DE CONTROL INTERNO	30%	30.0%	19%	0.00%	18%	28%	1%	0.00%	24%	0%	0%	48.00%
3. Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.			OFICINA DE CONTROL INTERNO	34%	34%	22%	0%	22%	22%	0%	0%	22%	0%	0%	98.00%

102
101

Se recomienda al proceso de evaluación, seguimiento y control, realizar mayores controles a los reportes de la información, ya que son publicados en la página web de la entidad en la sección de transparencia y acceso a la información pública, así mismo, es pertinente tomar los controles a que haya lugar, con el fin de verificar y validar que se encuentre publicado y correcta la información, de ahí la importancia de mantener y conservar la información documentada, en la extensión necesaria para tener la confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado.

Se realiza la verificación del cumplimiento del plan anual de auditorías institucional, seleccionando como muestra tres procesos:

Auditorias de calidad: gestión financiera y gestión social en salud.

Auditorias basadas en riesgo: Servicio social obligatorio

Referente a la auditoria del proceso gestión financiera, la cual se encontraba programada para su realización durante el mes de octubre, se evidencia la solicitud de publicación del informe de auditoría, la cual fue realizada al proceso de comunicaciones el día 06-12-23.

En cuanto la auditoria de gestión social en salud, programada para el mes de noviembre, el proceso argumenta y evidencia que esta se encuentra en curso. Sin embargo, a la fecha no se evidencia publicación del informe final en página web.

Referente a la auditoria basada en riesgos del servicio social obligatorio proceso IVC-PSS, la cual se encontraba programada para los meses de agosto y septiembre, por el auditor Jesucristo pacheco Velandia, se evidencia que esta no se realizó dentro de los tiempos establecidos por causa de derecho preferencial, en donde fue solicitado el plan de acción u contingencia,



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
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: 8

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

el cual se relaciona en el numeral 6.1 acciones para abordar riesgos del presente documento.

En cuanto a la validación de la carga de auditoria por parte de los actores, se realiza el análisis del plan, en donde se identifican procesos como el de gestión financiera, con siete meses continuos de auditoria como lo muestra la siguiente imagen:


ACTIVIDAD	PERIODO	RESPONSABLE	FECHA
AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN CON ÉNFASIS EN RIESGOS	MAYO-JUNIO	Verificar por muestreo aleatorio los controles para realizar las liquidaciones, impuestos y pagos de los contratos (persona natural) en el PFGS durante la vigencia 2022.	Julián Cuellar (L) Doris Pilar Ojeda Lilbeth Parrado
AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN CON ÉNFASIS EN RIESGOS	NOVIEMBRE-DICIEMBRE	Verificar la observancia de términos al interior de los procesos administrativos de cobro coactivo, con el fin de evitar la prescripción y caducidad de los términos.	Gilberto Poveda (L) Luc Myriam Arias Murcia Oscar Fernando Rojas Julián Cuellar
AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN CON ÉNFASIS EN RIESGOS	AGOSTO-SEPTIEMBRE	Evaluar el cumplimiento de la normatividad vigente y controles establecido en el proceso de constitución de reservas presupuestales y saldos fenecidos del PFGS y SCS.	Luc Myriam Arias Murcia (L) Gloria Riverante Lady Dahiana Tibaduita
AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	OCTUBRE	Determinar la conformidad del sistema de gestión de Calidad de la entidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.	Luc Myriam Arias

Adicionalmente, se analiza la carga por parte de las auditorías externas e informes de obligatorio cumplimiento, llegando a la conclusión que hay procesos que atienden durante todo el año auditorias, incurriendo en el riesgo de fatiga de auditor y de los procesos.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere establecer oportunidad de mejora, que integre las auditorias de calidad y las basadas en riesgo, establecer los ciclos de auditoria por cada proceso en lo posible no superiores a tres meses.

Por otro lado, se analiza las auditorias adelantadas por los auditores-Profesionales de la Salud, Mónica Ulloa Maz y Jesucristo Pacheco Velandia, dada la importancia del enfoque misional de la organización, lo cual ante contingencias como la presentada por el derecho preferencial del profesional Jesucristo Pacheco y demás que se pudiesen generar, se recomienda establecer controles y estrategias relacionadas con el fortalecimiento del equipo auditor profesional de la salud, lo cual permita garantizar la continuidad en la ejecución de las auditorias, ampliar el rango de auditoría y minimizar los niveles de fatiga de auditor.

9.1.2 Satisfacción del Cliente	Al revisar el informe del resultado de percepción del cliente vigencia 2023, se evidencia conformidad con lo establecido en el Lineamiento SDS-PYC-LN-003 denominado Percepción del Cliente, no obstante, se evidencia que la retroalimentación del resultado de este informe no fue realizada por el proceso, por tal razón, se sugiere realizar dicha actividad previo a la realización de la encuesta de percepción vigencia 2024.	X	
9.1.3 Análisis y Evaluación	Referente a los mecanismos de análisis y evaluación para la toma de decisiones, se evidencia que el proceso cuenta con el POGD, integrando los indicadores de gestión según formato SDS-PYC-FT-022, hoja de vida de indicadores, los cuales permiten generar el monitoreo y toma de decisiones basados en los resultados.	X	
9.2.2 Auditoría Interna	El equipo auditor, realizo verificación del Plan anual de auditorías vigencia 2023, para lo cual selecciono muestra de dos auditorias de calidad de los procesos Gestión del Talento Humano y Asegurar Salud y una basada en riesgos proceso de Gestión Financiera.	X	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME DE AUDITORIA SGC</p>			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

9.2.2 literal c
Selección
Auditores



1- Al validar el procedimiento SDS-ESC-PR-007 Auditorias de Calidad, se evidencia conformidad respecto al cumplimiento de las actividades descritas en el mismo,

Con respecto a la actividad No. 10 “Diseñar la lista de verificación de auditoria (numerales de la norma ISO 9001:2015)”, el documento asociado a este numeral corresponde a la lista de chequeo. Se constató tanto para el proceso de Gestión del Talento Humano y Asegurar Salud, que fue utilizado el formato lista de chequeo SDS-ESC-FT-011 V2 (adjunto pantallazo). Al verificar en el aplicativo ISOLUCION, se evidencia que la versión del documento aportada por el proceso se encuentra desactualizada y desde el 21 de junio de 2021 se encuentra en uso la versión 3, sin embargo, el proceso actualizo el formato con la versión correcta de manera extemporánea, **lo que se determina la pertinencia de desarrollar una acción para abordar riesgos.**

Pantallazo verificación equipo auditor procedimiento SDS-ESC-PR-007

N°	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLES	DEPENDENCIA	DOCUMENTOS	PROCESO TALENTO HUMANO	PROCESO ASEGURAR SALUD
						OBSERVACIONES	OBSERVACIONES
10	Diseñar la lista de verificación de auditoria (numerales de la norma ISO 9001:2015)	2 DIAS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Oficina de Control Interno	LISTA DE CHEQUEO SGC LISTA DE CHEQUEO SGC	NO CUMPLE VERSION FORMATO SDS-ESC-FT-011 DESACTUALIZADA V3 EN SOLUCION, (09/06/2021) Y FORMATO DILIGENCIADO VERSION 2 (H 37-38) Evidencia correo de solicitud de cambio a referente de calidad. Evidencia correo de fecha 28/11/2023, no esta dentro del periodo auditado	NO CUMPLE VERSION FORMATO SDS-ESC-FT-011 DESACTUALIZADA V3 EN SOLUCION, (09/06/2021) Y FORMATO DILIGENCIADO VERSION 2 (H 37-38) Evidencia correo de solicitud de cambio a referente de calidad. Evidencia correo de fecha 28/11/2023, no esta dentro del periodo auditado

Pantallazo Lista de chequeo Gestión del Talento Humano

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL LISTA DE CHEQUEO SIG Código: SDS-ESC-FT-011 V.2</p>	<p>Elaborado por: Rocío Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por : Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

DEPENDENCIA: DIRECCION DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DE LA AUDITORÍA: CALIDAD PROCESO DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

ASPECTOS A VERIFICAR	REQUISITO ISO 9001:2015	CUMPLE	
		SI	NO
¿Como el proceso DGTH establece las cuestiones internas como externas para lograr los resultados previstos?	4.1. Entendiendo la organización y su contexto: La organización debe establecer las cuestiones tanto externas como internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que pueden afectar a su capacidad para lograr los resultados previstos de su Sistema de Gestión de la Calidad.		X

Pantallazo Lista de chequeo Asegurar Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
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: 8



Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos



OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
LISTA DE CHEQUEO SIG
Código: SDS-ESC-FT-011 V.2

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



DEPENDENCIA: DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD
PROCESO: ASEGURAR SALUD
NOMBRE DE LA AUDITORÍA: AUDITORIA DE CALIDAD ASEGURAR SALUD

ASPECTOS A VERIFICAR	REQUISITO ISO 9001:2015	CUMPLE	
		SI	NO
Verificar funciones en el Decreto 507 de 2013. Verificar caracterización del proceso conforme a los objetivos establecidos en el Decreto 507 de 2013. Verificar si todos los productos de las actividades de la caracterización son objeto de seguimiento en el POGD. ¿Con que otras herramientas cuenta el proceso para medir su desempeño actualmente?	6. Planificación 6.2. Objetivos de la Calidad y Planificación para lograrlos	X	

Pantallazo verificación ISOLUCION

Proceso	Codigo	Titulo Documento	Plantilla	Version	Fecha Creación	LM D_ Revisa	LM D_ Aprueba	Fecha Aprobacion	Autor	L O V_ Lugar Dependencia
Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión	SDS-ESC-FT-011	LISTA DE CHEQUEO SGC	Formato 3		29/jun./2021	Olga Lucia, Vargas Cobos	Olga Lucia, Vargas Cobos	29/jun./2021	Monica Marcela Ulloa Maz	Oficina de Control Interno

2- El equipo auditor realizo verificación del procedimiento SDS-ESC-003 auditorías de gestión con énfasis en riesgos, del proceso de Gestión Financiera, se evidencia en el expediente de la auditoria del proceso, cumpliendo por parte del proceso, en la adherencia a este procedimiento.

10.3 Mejora Continua

Se realiza la validación de informe de auditoría de calidad vigencia 2022 y el informe de satisfacción del cliente, con el propósito de verificar el cierre de brechas según oportunidades de mejora establecidas, se observa el avance y cumplimiento de las misma, no obstante, de acuerdo con el lineamiento SDS-PYC-LN-005 ACCIONES CORRECTIVAS, PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA, no se evidencia el registro de las acciones generadas en el aplicativo ISOLUCION, por cuanto no muestra la trazabilidad en el tiempo, así como el análisis causal y demás componentes para la formulación y cierre de acciones de mejora, **lo que se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.**

X



ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

(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.

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

Acciones para Abordar Riesgos

- 1- Los controles establecidos para el Riesgo No. 1, no son de carácter preventivo, según lineamiento de gestión de calidad para la gestión del riesgo, por cuanto, al interior de la entidad se presenta rotación de personal de planta por novedades administrativas (derecho preferencial, renunciaciones, traslados, etc.) y demás situaciones extraordinarias.
- 2- Teniendo en cuenta el lineamiento SDS-PYC-LN-012 GESTIÓN DEL RIESGO EN LA SDS, referente al componente de autoevaluación del riesgo de corrupción, se observa que la calificación de la solidez del control realizada por el proceso arroja la generación de una acción para abordar riesgos, lo cual orienta a reformular y fortalecer el control definido, en donde se evidencia que el proceso no ha realizado la gestión pertinente.
- 3- Al realizar la verificación documental del proceso Evaluación, Seguimiento y Control en el aplicativo ISOLUCION, se constata que el proceso cuenta con 24 documentos, de los cuales se observa que tres documentos SDS-ESC-FT-007, SDS-ESC-FT-021 y SDS-ESC-FT-010, requieren actualización, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento de Control Documental del Sistema de Gestión de Calidad.
- 4- Con respecto a la actividad No. 10 “*Diseñar la lista de verificación de auditoría (numerales de la norma ISO 9001:2015)*”, el documento asociado a este numeral corresponde a la lista de chequeo. Se constató tanto para el proceso de Gestión del Talento Humano y Asegurar Salud, que fue utilizado el formato lista de chequeo SDS-ESC-FT-011 V2 (adjunto pantallazo). Al verificar en el aplicativo ISOLUCION, se evidencia que la versión del documento aportada por el proceso se encuentra desactualizada y desde el 21 de junio de 2021 se encuentra en uso la versión 3, el proceso informa que el formato fue actualizado a la versión 3.

Oportunidades de Mejora

- 1- Establecer oportunidad de mejora, que integre las auditorías de calidad y las basadas en riesgo, determinando los ciclos de auditoría por cada proceso en lo posible no superiores a tres meses.
- 2- La caracterización del proceso de Evaluación, Seguimiento y Control, en las salidas no se evidencia las estrategias para promover la cultura de autocontrol y autorregulación, dando alcance al objetivo del proceso y la función N° 6 establecida en el decreto 507 del 06 de noviembre de 2013.
- 3- Se hace necesario la formulación de un documento que estandarice metodológicamente la identificación de necesidades, priorización, tiempos, roles y demás tareas específicas de la SDS, necesarias para la formulación del Plan anual de auditoría, lo cual permitirá dar cumplimiento a la gestión por procesos, asegurando el producto mediante la estandarización, mejora continua y perdura en el tiempo.
- 4- Se realiza la validación de informe de auditoría de calidad vigencia 2022 y el informe de satisfacción del cliente, con el propósito de verificar el cierre de brechas según oportunidades de mejora establecidas, se observa el avance y cumplimiento de las mismas, no obstante, de acuerdo con el lineamiento SDS-PYC-LN-005 **ACCIONES CORRECTIVAS, PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA**, no se evidencia el registro de las acciones generadas en el aplicativo ISOLUCION, por cuanto no muestra la trazabilidad en el tiempo, así como el análisis causal y demás componentes para la formulación y cierre de acciones de mejora.

CONCLUSIONES

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

- Se resalta que la entidad cuenta con fortalezas para llevar a cabo el adecuado funcionamiento del sistema de control interno, logrando con los recursos disponibles, desarrollar las acciones del Programa de auditoría.
- En cumplimiento a la auditoría de Calidad, el proceso entregó la información, de acuerdo con la solicitud del equipo auditor.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
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:	8
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

- Durante la auditoria se da cumplimiento al cronograma establecido en el plan de auditoría, sin embargo, se presentó novedades al iniciar la segunda mesa de trabajo realizada el día 12 de diciembre, citada a las 8:30 a.m., por parte del proceso auditado la cual presento un retraso de media hora.
- Dentro de la programación del Plan de auditorías, si bien es cierto, se logró cumplir con la realización de estas durante la vigencia 2023, sin embargo, se sugiere ampliar la base de auditores internos que se encuentren certificados al interior de la entidad, con el fin de que se puedan turnar para ejecutar las auditorías internas, basadas en la norma ISO 9001:2015 y en cuanto a la auditoria con énfasis en riesgos ampliar auditores con perfiles de salud.
- Durante el desarrollo de la auditoria, el equipo auditor emite recomendaciones y/o sugerencias para que el proceso las tenga en cuenta, con el propósito de buscar la mejora continua.
- Es importante tener en cuenta que en el mes de diciembre se presenta cierre de vigencia, por lo cual los procesos se encuentran entregando informes, para lo cual, se sugiere que las auditorias programadas para este mes, sean proyectadas entre los meses octubre y noviembre.
- El equipo auditor recomienda que los soportes derivados de las auditorias sean organizados, clasificados cronológicamente y foliados, de acuerdo con la normatividad archivística y en cumplimiento con el procedimiento establecido para cada una de ellas.
- Es importante que dentro del procedimiento de auditorías de calidad y con énfasis en riesgos, se establezca la participación de la alta dirección (líderes de proceso), en la reunión de apertura y cierre.
- Se recomienda que a los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad, se les realice mayores controles, con el propósito de disminuir errores e inconsistencias en el diligenciamiento de la información, la cual es publicada de manera interna y externa.
- Se recomienda al proceso tener en cuenta para la planificación de los recursos, identificar las necesidades reales, que no generen afectación al presupuesto, por la apropiación inadecuada que genera desgaste administrativo.

Revisado gestor de calidad DPIYC: _

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER: Cristian Javier Illera Lugo	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER: 
NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR: Carmen Sofia Villamizar Villamizar Andrea Milena Castillo Espinosa	FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR: 
NOMBRES Y APELLIDOS DIRECCIÓN DE PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD: JUAN CARLOS JARAMILLO CORREA	FIRMA DIRECTOR DE PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD: