


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



Proceso: GESTION DE TIC
Líder del Proceso: LUIS CARLOS OCAMPO RAMOS
Auditor Líder: FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: 10 de Julio del 2023
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Determinar la conformidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 frente al proceso realizado y en consecuencia medir la eficacia del mismo. Se verificará y evaluarán los diferentes procedimientos
ALCANCE: Desde: El contexto estratégico, liderazgo, planeación, operación, medición y riesgos Hasta: la evaluación del desempeño y su mejoramiento continuo Periodo a evaluar: 1/07/2022 hasta 30/06/2023 Se evalúa caracterización: SDS-TIC-CAR-001 respecto al procedimiento de Gestión de soluciones de software, mejoras y actualizaciones requeridas código: SDS-TIC-PR-001
CRITERIOS: Para el desarrollo de la presente auditoría, se tuvo en cuenta el marco normativo de la ISO9001:2015 e ISO19011:2018, roles, responsabilidades, procedimientos, políticas, controles orientados al cumplimiento del proceso, riesgo, objetivos y metas. El ejercicio fue basado metodológicamente con lista de chequeo elaborada para este propósito.
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 requisitos definidos de la lista de chequeo. Se realizó consulta de casos aleatorio con el fin constatar cumplimiento.
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: Al consultar el informe final resultado de la auditoria de calidad realizada en el año 2022, se identificaron 8 acciones para abordar riesgo las cuales a la fecha encuentran cerradas y a satisfacción.

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFORME	NO CONFORME
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1. Comprensión de la organización y su contexto	<p>A la pregunta: ¿Se determinan las cuestiones externas e internas que afectan los resultados del proceso TIC?</p> <p>Al consultar la matriz DOFA, el cual es un documento asociado a la caracterización en solución, evidenciamos que dicha matriz fue actualizada en el año 2022 y se definieron las iniciativas y estrategias para el año 2023, contemplando la arquitectura del PETI, dicho documento se denomina: Análisis de factores internos y externo DOFA, código: sds-PYC-FT-040 en versión 3 de fecha: 28 de septiembre del año 2022. Sin embargo, el referente informa que el documento no han sido publicado por planeación institucional ya que la solicitud fue remitida mediante correo a la dependencia encargada como se evidencio, sin embargo, la actividad de publicación no se llevó a cabo, lo cual conlleva a una desactualización en la caracterización del proceso. De otra parte, se identifica que la implementación del datacenter contenedor finalizó con éxito, así mismo, la implementación de IPv6 y servicios en la nube, dichos servicios deberían estar considerados como fortalezas en la matriz DOFA pero por sorpresa no están considerados. De acuerdo a lo anterior, el instrumento DOFA debe ser actualizado, publicado y socializado a los colaboradores del área. Por lo tanto, el requisito se cumple, sin embargo, se debe mantener actualizado y publicado el instrumento, lo que obedece una oportunidad de mejora compartida con la dirección de planeación institucional y calidad.</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:	

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

<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que se han detectado todas las necesidades y expectativas de las partes interesadas que puedan afectar al desempeño del proceso?</p> <p>Otro de los documento asociado a la caracterización del proceso, es la matriz de partes interesadas, denominada: matriz partesinteresadasTIC2021.final, sin embargo, se informa que no se ha actualizado ya que no se visto la necesidad, al consultar el catálogo de servicio, en conjunto con la caracterización del proceso, se definen los servicios que presta el proceso, sin embargo, evidenciamos que la matriz cuenta con 3 de los 5 servicios, como es el caso de gestión de soluciones de software y georreferenciación que no se encuentran contemplados, lo cual deriva en una oportunidad de mejora respecto a la actualización de la matriz.</p>	X	
<p>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia que se realiza el seguimiento y la revisión de la información relacionada con las partes interesadas y sus requisitos pertinentes?</p> <p>Al consultar la matriz suministrada, evidenciamos que se encuentra en versión del año 2021, por lo que es evidente la desactualización, Acorde a lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora que permita realizar la actualización de dicha matriz. Documento consultado: matriz partesinteresadasTIC2021.final.xlsx.</p>	X	
<p>Numeral: 4.4.1, literal f)</p> <p>Numeral 6.1.2 literales a) y b)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia registros de riesgos identificados, clasificados y valorados?</p> <p>Se informa que a principios de año 2023, se realizó la actualización de la matriz, se llevaron a cabo las mesas de trabajo con los referentes para determinar que riesgos identificados eran pertinentes, posteriormente, se remitió dicha matriz a la dirección de planeación institucional y calidad para la correspondiente publicación. Al consultar la matrices suministradas, encontramos 2 versiones, la última contiene 4 riesgos identificados y fue remitida al gestor de calidad el día 9 de marzo del 2023, sin embargo, dicha matriz no ha sido publicada. Al consultar la matriz, se determina que el registro de riesgo nro4, corresponde a la afectación por el desarrollo de software que no cumpla con las especificaciones que hace parte del alcance de la actual auditoria. Es clave mencionar que la dirección de planeación y institucional y calidad no se llevó acabo la tarea de publicación de la matriz definitiva, por lo tanto se encuentra desactualizada en el portal WEB de la SDS.</p> <p>La identificación y valoración de riesgos, se realiza una vez al año de acuerdo a la directriz de planeación institucional, sin embargo, la OCI recomienda como buena práctica, realiza la actividad de forma trimestral al interior del área, independiente de que planeación institucional la solicite una vez al año.</p> <p>Acorde a lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora que permita fortalecer o afianzar dicho requisito.</p>	X	
<p>Numeral: 4.4.1, literal f)</p> <p>Numeral 6.1.2 literales a) y b)</p>	<p>A las preguntas: ¿Se evidencian planes de tratamiento de los riesgos identificados?, ¿Se evidencia seguimiento a los planes de tratamiento? y ¿Las acciones implementadas han sido eficaces?</p> <p>Mediante la matriz denominada: MP_riesgo_Gest_2023, xlsx, se llevó a cabo la definición de los planes de tratamiento para 4 de los riesgos del proceso, así mismo, mediante la matriz de auto-diagnostico, se realiza el seguimiento a cada uno de los controles establecidos. En la matriz de auto-evaluación, se realiza el monitoreo y seguimiento de los riesgos y se determina si el riesgo se materializa o se mitiga. Matriz consultada: Gest_2022_Ilsem.xlsx en lo que respecta al año 2023, se encuentra programada realizar la autoevaluación en el cuarto trimestre del 2023 de acuerdo a lo establecido por la dirección de planeación institucional. Al consultar el riesgo 4, se obtienen algunas de las evidencias del seguimiento a los requerimientos y los controles definidos.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	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>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-012</p>	<p>Versión:</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>				

<p>5.2.2 COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD</p> <p>6.2.1 literales a) a la f)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia conocimiento y apropiación de la política y objetivos de calidad?</p> <p>Se informa que con ocasión de la auditoria de calidad realizada en el mes de octubre del año 2022, se invitaron a todas las personas o colaboradores del área o dependencia, así como las cabezas o líderes de los procedimientos, a fin de sensibilizar sobre el sistema de calidad. Se consulta el registro el registro invitación mediante el aplicativo TEAM del día 20 de octubre del 2022. Es evidente que a la fecha y después de 9 meses no se han generado otros espacios para dar a conocer la política y los objetivos de seguridad. Se solicita como evidencia adicional, correo informativos a todos los colaboradores sobre la política y los objetivos ya que los gestores de calidad, no están realizando esta tarea por lo que es necesaria la intervención de la dirección de planeación y calidad institucional como líder del sistema, para que lleve a cabo el despliegue del plan de sensibilización institucional y con ello impulsar a que los gestores de calidad, realicen de manera independiente o proactivamente este ejercicio,</p> <p>Al consultar al gestor de calidad TIC sobre la localización de la política, procede a realiza la búsqueda del documento en la herramienta isolucion y filtra por proceso de gestión institucional y calidad, y selecciona el documento en versión 3 del 6 de junio del 2023, formato codificado: SDS-PYC-POL-001.</p> <p>Acorde a lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora que permita fortalecer o afianzar la apropiación de la política</p>	<p>X</p>	
<p>7. APOYO</p> <p>7.5. Información documentada</p> <p>7.5.2 Creación y actualización</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia el manual de procesos y procedimientos, instructivos, guías, formatos actualizados?</p> <p>Al consultar el proceso o caracterización, se evidencia que el servicio basado en el procedimiento SDS-TIC-PR-007 conocido como: gestión de información geográfica, no se encuentra incorporado en la caracterización, la última versión del control de cambio de la caracterización fue del día 7 de septiembre del año 2021, en versión 12 y a la fecha presenta desactualización. Como segundo aspecto evaluado, contemplo la revisión de los procedimientos codificados, los cuales son 4 en su orden: SDS-TIC-PR-001, 003,005 y 007, en lo que respecta al procedimiento de gestión de proyectos, este fue actualizado el día 29 de septiembre del 2017 y a la fecha no ha sufrido ninguna actualización. lo cual genera preocupación, toda vez que en la actualidad ya se cuenta con la PMO conformada y el seguimiento a los diferentes proyectos, dichos aspectos no están contemplados en el procedimiento, Es calve indicar que se cuenta con el documento de diagnóstico documental que permite la identificación de la necesidad para la actualización, dicho documento fue remitido a la dirección de planeación institucional el día 16 de diciembre del año 2022, Documento denominado: Diagnostico Documental DTIC 16-12-2022.xlsx, al consultar en la herramienta isolucion se constata que a la fecha se han eliminado 14 documentos y se han actualizado 13 documentos de 21 totales.</p> <p>Se corrobora dicha información en la base documental.</p> <p>En lo que respecta a la caracterización del proceso es indispensable su actualización lo que deriva en una acción de mejora.</p>	<p>X</p>	
<p>7. APOYO</p> <p>7.5. Información documentada</p> <p>7.5.2 Creación y actualización</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia aprobación de los documentos para a su divulgación y publicación?, ¿Se evidencia elaboración o actualización de documentación producto de la nueva solución o mejoras establecidas sobre le software?</p> <p>Se informa que la elaboración de los documentos es realizada por los profesionales que tiene la necesidad y se lleva a cabo la revisión por parte del gestor de calidad, quien es el encargado de validar y generar observaciones que haya lugar, por último, se realiza la aprobación por parte del director a cargo. Para efectos de comprobación, se obtienen 2 casos: Lineamiento para la gestión de vulnerabilidades SDS-TIC-LN-006 de fecha 18 de noviembre del 2022, y aprobación del mismo el día 21 de noviembre del 2022. Un segundo caso corresponde al lineamiento y formato para borrado seguro, código: SDS-TIC-LN-008 y SDS-TIC-FT-054. Los cuales fueron aprobados y publicados el día 24 de mayo del 2023.</p> <p>El caso identificado como: CIP - 2022IE31346 - ajuste aplicativo 4.0.1, cuenta con los formatos de solicitud, plan de pruebas y el concepto técnico. Adicionalmente, se consulta el</p>	<p>X</p>	



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos



	<p>repositorio de AZURE DEVOPS, por medio del cual se almacena el código fuente, ejecutables y documentación asociada como es el caso del modelo entidad relación, diccionario de datos y diagrama de datos ER. Para los casos donde se implementan cambios en el menú, se entrega el manual técnico y en el servidor de aplicaciones se conservan copias de los códigos fuentes de los desarrollos y las reléase previos en caso de algún tipo de falla. Para el caso de componente de requerimientos ERP, existen algunos documentos generados pero se informa que no en todos los casos se realiza documentación, lo cual se considera una debilidad existente y deriva en una oportunidad de mejora.</p>		
<p>7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.3.2 literal C Control de Cambios</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos?</p> <p>Al consultar la base documental de isolucion, se identifican los controles de cambios y con ello la justificación requerida. Documentos consultados con su respectivo control de cambios tenemos: SDS-TIC-FT-001 en versión 3 del día 3 de julio del 2023 y SDS-TIC-POL-001 en versión 11 de fecha 9 de marzo del 2023. Se toma pantallazo.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<p>7.5.2 y 7.5.3</p>	<p>A la pregunta: ¿Existe evidencia que soporte la baja de documentos obsoletos, se actualiza el repositorio documental isolucion?</p> <p>Mediante el documento de diagnóstico documental, se realiza la identificación de la necesidad con el fin de solicitar la actualización en la herramienta ISOLUCION, dicho documento, fue remitido a la dirección de planeación institucional y calidad, el día 16 de diciembre del año 2022 y contempla la eliminación de 14 documentos por obsolescencia y se corrobora dicha información en la base documental de ISOLUCION.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<p>8.1 Planificación y control operacional 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos</p>	<p>A la pregunta: ¿se realizar validación de la recepción de solicitudes de software para el desarrollo interno, externo o adquisición de aplicaciones? ¿Se cuenta con inventarió de requerimientos gestionados mediante PATs u otros mecanismos?</p> <p>De acuerdo a procedimiento establecido, la recepción de requerimientos se realiza mediante el formato 023, y se cuenta con el aplicativo planner, para llevar el control de todas las solicitudes que llegan, cada requerimiento con formato por memorando o por correo, llega al director TIC y es el encargado de asignar los requerimientos a cada profesional. A consultar el tablero control de planner en el rango de Julio 2022 a junio 2023, los casos o requerimientos de software han sido recibidos son 340 requerimientos y al consultar el campo "ETIQUETAS" con el fin de determinar los tipos, encontramos: 8 casos corresponden a nuevos requerimientos de aplicaciones, 4 casos corresponden a requerimientos de APOYO para el software, casos de "mantenimientos" se obtiene 131 casos y "pruebas", se obtienen: 178. Dicha información fue consultada del archivo denominado: Seguimiento desarrollo V2.xlsx. Al consultar el mismo archivo y filtrar por el campo "estado", encontramos: requerimientos completados: 245, en curso: 21 y no iniciadas: 41. Nota: "no iniciadas" significa que no se han iniciado la mesa de trabajo. Cabe señalar que cuando llega la correspondencia, se realiza una distribución y en libro control de correspondencia se deja la anotación de la entrega al responsable. Al consultar el libro para el mes de julio 2022 encontramos 9 casos con radicado.</p> <p>Al consultar los requerimientos "no iniciados", encontramos 7 casos del año 2022, los cuales siguen sin iniciar y en planner se cuenta con la justificación y no se cambia el estado toda vez que el caso sigue vivo. Se considera necesario, darle formato a los campos y establecer valores fijos, a fin de realizar los filtros consistentes, ya que evidenciamos que el campo "etiqueta" les cuesta trabajo determinar que es nuevo, que es mantenimiento, apoyo y que es pruebas. Existen diferentes valores y no se encuentra estandarizado.</p> <p>Se solicita adicionalmente desagregar los valores del campo observación en diferentes campos ya que el mecanismo de entrega como es el caso de correo o radicado está contenido en detalle de la observación, lo cual para filtros no es de fácil obtención.</p>	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>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-012</p>	<p>Versión:</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>				



	<p>Al consulta la base de planner. Encontramos casos en estado "en curso" del año 2022, sin embargo no han sido actualizados. Al consultar con el referente el caso, encontramos que el caso ya fue cerrado, sin embargo, en la herramienta PLANNER en caso sigue en estado en curso. Caso consultado: licencia RX veterinarias.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora toda vez que le control no es del todo eficiente.</p>		
8.2.1 literal C	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia tratamiento adecuado a las quejas o reclamos frente a los servicios ofrecidos?</p> <p>Se informa que el manejo de quejas o reclamos se origina desde la respuestas que se emiten por memorandos u otros oficios, lo que llega por correo institucional o línea telefónica se cuenta con trazabilidad mediante el libro de control, Adicionalmente, se cuenta con una matriz de los casos de insatisfacción, la cual contiene el número de caso y se realiza el seguimiento mediante la herramienta Aranda, Para estos casos, se busca al usuario o quejoso y se le atiende, cuando se reitera la insatisfacción, se crea un nuevo caso con prioridad alta y se indica la situación. Así mismo, se cuenta con encuesta de satisfacción para el manejo de los requerimientos y para la entrega o puesta en producción y se evalúa la satisfacción del usuario final frente al producto entregado. El informe de evaluación cuenta con un total de 70 respuestas obtenidas, se consulta el informe de percepción de enero a mayo 2023 y encontramos lo siguiente: población analizada: 11290, muestra obtenida es del 14% es decir 1631 casos. En síntesis, el resultado obtenido fue de un 98,45% de satisfacción, dicho resultado, no obliga a la elaboración de un plan de mejoramiento.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
8.2 Requisitos para los productos y servicios	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con registros de reuniones de la evaluación de los diferentes requerimientos recibidos (alcance técnico)?</p> <p>Por procedimiento se tiene establecido, que cada uno de los profesionales del equipo de desarrollo, almacenan las actas de reunión técnica en los requerimientos donde aplique y se realiza la respectiva aclaración del alcance y requerimientos, sin embargo, al consultar la base documental de planner, evidenciamos que no todos los requerimientos registrados, cuentan con el acta de alcance técnico y no se cuenta con la trazabilidad o control de cuales requerimientos cuenta con acta de entendiendo, por lo cual el control no es del todo eficiente lo que conlleva a una oportunidad de mejora.</p>	X	
8.5.1 literal C	<p>A la pregunta: ¿Se lleva el control del desarrollo de las soluciones de software inhouse (nuevo, ajustes o actualizaciones) y se conoce su estado?</p> <p>Se informa que por tema de organización el control de todos los requerimientos de software no están centralizado y se encuentra repartido en 2 grupos, en el caso de los requerimientos que tiene que ver con el ERP, están bajo el liderazgo de un grupo y para el control utilizan la herramienta PLANNER, para efectos de comprobación, se consultaron 2 registros del libro control de requerimientos recibidos y asignados a los profesionales y se confronto con la herramienta planner ids radicados: 2022IE33503 y 2022IE33899 del mes de diciembre.</p> <p>Al descarga y consultar el archivo de planeer denominado: ERP_SI_CAPITAL.xlsx, se obtiene los siguientes resultados: Total requerimientos en el periodo del alcance: 2566, de los cuales "desarrollos" encontramos: 52, apoyo: 2457, no iniciado 8. Es clave mencionar que la mayoría de requerimientos son recibidos por Correo, un segundo criterio de consulta fue el campo "progreso", que al realizar el filtrado de los requisitos completados, se obtiene: 2486 casos y "en curso" se obtienen: 72 casos, sin embargo, al realizar el filtro por fecha, encontramos 17 casos del año 2022 que se encuentran en estado "en curso" , lo cual demuestra que dichos registro se encuentran desactualizados y por lo tanto el control actual no es del todo eficiente, lo que deriva en una oportunidad de mejora.</p> <p>Se consulta en planner el campo "etiqueta": DIC012_apoyo_CORDIS_SOLICITUD ELIMINACION COPIAS, dicho requerimiento se encuentra en estado "en curso", de fecha de solicitud 12 de diciembre 2022.</p>	X	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

8.6 liberación de los productos y servicios	<p>A la pregunta: ¿Se lleva el control y registros de ATPs o pruebas realizadas, garantizando la eficacia de las soluciones de software, mejoras y actualizaciones entregadas a la SDS, se cuenta con los "conceptos técnicos de pruebas emitidas"?</p> <p>Al consultar el tablero maestro requerimientos PAT, se obtienen 340 casos, de los cuales al realizar la consulta por el campo "etiqueta" y el pruebas QA, se obtienen 200 casos, casos completados encontramos: 188 y casos en Curso y no iniciados se encuentran 12 casos, sin embargo, encontramos 2 casos que tiene fecha de octubre y diciembre del 2022 que fueron objeto de revisión y evidenciamos la justificación adecuada.</p> <p>Al solicitar al referente los "Conceptos técnicos favorables" para el caso de los desarrollos realizados para el componente de ERP, se informa que dichos conceptos no se tienen, dado que se encuentran en esa transición. Acorde a lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora toda vez que el control que se aplica no es del todo eficaz.</p> <p>Conceptos técnicos favorables para el caso del grupo de camilo. se obtiene los siguientes registros: SILASP-QA- SILASP-1.46.0 - reportes de resultados para el evento de CHAGAS, se consulta el formato: SDS-TIC-FT-024 solicitud de calidad de software y se consulta el formato de plan de pruebas SDS-TIC-FT-015, numero de solicitud: QA_SILASP_1.46.0, dichos documentos contiene las firmas de las personas que participaron, Por último, se consulta el concepto técnico: mediante el formato: SDS-TIC-FT-005, dicho documento se formaliza el paso a producción de la solución. Se consulta el correo de envío y el concepto técnico favorable. Un segundo caso consultado fue: CIP - 2022IE31346 - ajuste aplicativo 4.0.1, se cuenta con formatos de solicitud, plan de pruebas y concepto técnico.</p> <p>Adicionalmente se consulta el repositorio de AZURE DEVOPS por medio del cual, se almacena los código fuente, ejecutables e documentación asociada. Encontramos: Modelo entidad relación, Diccionario de datos y diagrama de datos ER.</p> <p>Se informa que las pruebas funcionales y técnicas son realizadas por los mismos ingenieros en compañía del líder funcional. sin embargo, no se está generando el formato de pruebas en que lo que respecta a los caso atendidos por el grupo de ERP, se informa que durante este año, han venido madurando respecto al procedimiento ya que en algunos casos donde son desarrollos grandes se cuenta con la documentación correspondiente, sin embargo, evidenciamos que no existen registros de satisfacción por parte de los usuarios finales ya que es un paso establecido por procedimiento, acorde lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora ya que el control no es del todo eficiente.</p>	X	
8.6 liberación de los productos y servicios	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con (registros de aceptación) previo al paso a producción y la entrega a los líderes funcionales?</p> <p>Se informa que la encuesta de satisfacción al usuario funcional da respuesta a la percepción y aceptación del producto entregado y se obtienen los registro de aceptación de los casos consultados, en lo que respecta a los requerimientos del ERP, los registros de aceptación no se tienen, por lo que este paso del procedimiento se está saltando, en consecuencia se deriva una oportunidad de mejora que permitirá fortalecer este aspecto de manera integral.</p>	X	
8.7 Control de Salidas no conformes 8.7.1	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia implementación del procedimiento de producto no conforme?</p> <p>Se informa que de acuerdo a la directriz interna, solo los procesos misionales hacen uso del procedimiento de producto no conforme acorde al siguiente documento: LSP-GC-PR-10-Proc Producto no conforme V7.pdf</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</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:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

<p>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</p> <p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.1 Generalidades literal C</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la periodicidad en la medición de los indicadores?</p> <p>Desde la dirección TIC, se cuenta con el instrumento POGD, mediante el cual se realiza la medición de la implementación varias iniciativas como son la política de gobierno digital y seguridad digital, anualmente se formula el plan y se presenta el documento de la vigencia y se realizan reportes trimestrales y el informe final de ejecución que contempla el consolidado durante la vigencia y se identifican los logros. Al consultar el instrumento, evidenciamos que para la META1-interoperabilidad, no se logró y se reprogramo para el año 2023. Estado de la meta: 90% de avance, Meta2, se cumplió al 100% se resaltan algunos logros: hoja de ruta de casos de uso, arquitectura de la solución, modelo de gobierno de datos y proceso, métricas de gobierno, entre otros. Para la Meta4, en el marco de la política gobierno digital en el numeral 4.1.2, gestión de soluciones de software de la SDS, se atendieron 2391 solicitudes web y 191 solicitudes de la intranet, se realizaron desarrollos de nuevas funcionalidades como es el caso del CHATBOT, Cargador RIPS, 2 tramites en línea, entre otros. De acuerdo a lo reportado, se cumplió al 100%.</p> <p>Se consultó el instrumento denominado: informe FINAL POG 2022.xlsx y el documento POGD Dir. TIC 4o Trimestre 2022 de fecha 28 de enero del 2023.</p> <p>Con respecto al año 2023, se consulta la formulación y la ejecución del primer trimestre, documento denominado: POGD Dir. TIC 1er Trimestre 2023.xlsx. Con respecto a la meta 4 que contempla la subactividad 4.1.2 Gestionar las soluciones de software, se programó un 1,67% y se logró el 100%. Se realizaron desarrollos de nuevas funcionales como son: aplicación PAI, salud ambiental, salud data, SIBIGILA, SIRT, SILASP, trámites de discapacidad y SIDCRUE y estadísticos PAI. La medición se realiza de manera trimestral, acorde a lo establecido por planeación institucional para ello se cuenta con los tableros trimestrales.</p> <p>Otro instrumento de medición corresponde al SEGPLAN, el cual se reporta mensualmente en cada iniciativa la parte física y la parte financiera de los proyectos: 7785 y 7788. En el segplan, se visualizan los proyectos que se están ejecutando a la fecha. Para el proyecto 7785 se programado 40% año y se ha ejecutado a la fecha un 32%.</p> <p>En lo que respecta al proyecto 7788, se programó un 28% año y se ha ejecutado a la fecha un 11,2%, se consultaron los siguientes instrumentos: SEGPLAN 7788_JUNIO_11_07_2023_ok.xlsx, SEGPLAN 7785_JUNIO_11_07_2023_ok.xlsx.</p> <p>Al consultar el consolidado del año 2022, para el proyecto 7785, se programó un 45% y se logró el 100%, en lo que respecta al proyecto 7788, se programó un 32% y se cumplió el 100%. Evidencia consultada: 7788 DICIEMBRE 2022 ok .xlsx y 7785 DICIEMBRE 2022 ok .xlsx</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>	
<p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.3. Análisis y evaluación</p>	<p>A las preguntas: ¿Se realiza informe de análisis de los indicadores?, ¿Se evidencia la presentación del informe al comité u otras instancias? ¿Existen registros que soporten la actividad?</p> <p>Se informa que se realiza mediante el instrumento POGD, el cual se genera y presenta trimestralmente a la dirección de planeación institucional y calidad. Dicho instrumento especifica los logros para cada una de las actividades y mediante la mesa técnica de gobierno digital y seguridad digital, que es el escenario para la presentación de resultados y aprobación de iniciativas, se cuenta con registro del correo del día 30 de enero del 2023, por medio del cual se remite a la referente de calidad el consolidado POGD del año 2022. La revisión por la dirección se llevó a cabo el día 19 de septiembre del 2022.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</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:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

9.1.2 Satisfacción del cliente	<p>A la pregunta ¿Se cuenta con registros de satisfacción de los usuarios sobre la entrega de las soluciones de software desarrolladas y/o adquiridas, el uso y apropiación de las mismas?</p> <p>Al consultar el registro de correo del día 31 de enero del 2023 con el radicado Nro.: 2022IE31346, se solicita el diligenciamiento de la encuesta, adicionalmente se consulta un segundo caso de fecha de 10 de enero del 2023, correspondiente al aplicativo SILASP versión 1.46.0, para el cual se debe diligenciar la encuesta de percepción. Se consulta el reporte de encuestas denominado: Reporte Encuestas Jun_2022-Jul2023.</p> <p>Respecto a los requerimientos del componente ERP, se informa que no se cuenta con registros de satisfacción por parte de usuario final, dado que este tipo de requerimientos salta algunos pasos del procedimiento establecido, en consecuencia se deriva una oportunidad de mejora que permitirá fortalecer este aspecto de manera integral.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
9.3 Revisión por la dirección	<p>A la pregunta: ¿se realiza revisiones por la dirección respecto al tema?</p> <p>De acuerdo a lo indicado por el referente del grupo de módulo ERP, semanalmente se realizan seguimiento con todos los desarrolladores para determinar el estado actual de los desarrollos y realizar aclaraciones de los temas, para ello se guarda registro de grabación. Reunión con la dirección se realiza mensualmente y participa el equipo, se guarda registro de grabación de la sesión realizada. Se solicitó registro del mes de marzo y mayo respectivamente.</p> <p>Respecto al otro grupo de desarrollo, se realiza reunión individual con cada desarrollador permitiendo optimizar el tiempo de los demás participantes, adicionalmente en el aplicativo planner quedan las notas de los aspectos tratados, al consulta el aplicativo planner, se obtiene el registro de cada uno de los seguimientos realizados, En lo que respecta a los escalamiento al director TIC, se realiza en los caso donde es necesario obtener recursos y permisos. Se informa que estos espacios son reuniones informales y no se cuenta con registro de ello,</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
10 Mejora 10.1 Generalidades	<p>A la pregunta: ¿se evidencia la elaboración de los planes de mejoramiento resultado de los hallazgos encontrados en las Auditorías Internas?</p> <p>Resultado de las auditorias de calidad y gestión, se cuenta con planes de tratamiento o acciones registradas en isolucion, en la actualidad se cuenta con 13 registros de acciones de mejoramiento las cuales se encuentran en estado abierto.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	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.

1. Al consultar la MATRIZ DOFA definida para el proceso TIC, evidenciamos que dicha matriz fue remitida por la Dirección TIC en los tiempos establecidos mediante correo a la dirección de planeación institucional y calidad, sin embargo sigue desactualizada ya que existen varias versiones del documento, sin aprobación, publicación y lo que refiere a los diferentes proyectos implementados que son considerados fortalezas en la actualidad, no se encuentran definidas en dicha matriz, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad en cuanto al cumplimiento del requisito numeral 4.1 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.

Responsables: Dirección TIC y Dirección de planeación institucional y calidad.

 <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>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-012</p>	<p>Versión:</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>				

2. Si bien es cierto, existe la matriz de partes interesadas asociado a la caracterización del proceso, evidenciamos que se encuentra desactualizada argumentando el referente que no se ha visto la necesidad, sin embargo al consultar el catálogo de servicio, la matriz cuenta con 3 de los 5 servicios establecidos en la caracterización, como es el caso de gestión de soluciones de software y georreferenciación que no se encuentran contempladas en la matriz, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad en cuanto al cumplimiento del requisito numeral 4.2 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.
Responsables: Dirección TIC
3. Si bien es cierto, existe la matriz de riesgos del proceso, evidenciamos que dicha matriz fue remitida por la Dirección TIC en los tiempos establecidos mediante correo a la dirección de planeación institucional y calidad, sin embargo, sigue desactualizada ya que existen varias versiones del documento, sin aprobación y publicación, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad en cuanto al cumplimiento del requisito numeral 6.1.2 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.
Responsables: Dirección TIC y Dirección de planeación institucional y calidad.
4. Si bien es cierto, existen un registro de charla o sensibilización a fin de conocer la política y los objetivos de seguridad en interior del área, evidenciamos que hace más de 9 meses, no se han generado nuevos espacios para que los nuevos colaboradores de la dependencia conozcan y se concienticen sobre la política de calidad y los objetivos de la misma, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad en cuanto al cumplimiento de los requisitos numerales 5.2.2 y 6.2.1 literales a) hasta la f) de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.
Responsables: Dirección TIC
5. Mediante consulta a las bases de datos del aplicativo PLANNER, que contiene la totalidad de los requerimientos de software gestionados por los grupos de desarrollo a lo largo del año 2022 y lo cursado en el año 2023, se evidencia que la información por un lado no se encuentra unificada y estandarizada, los valores de algunos campos varía de una base a otra, existe información que puede ser desagregada ya que se encuentra contenida en el campo de "observaciones" y el "estado" de los requerimientos se encuentra desactualización, ya que encontramos algunos registros del año 2022 que todavía se encuentran en estado "En curso", en consecuencia, se deriva un potencial riesgo, toda vez que existe desinformación y por consiguiente una debilidad al cumplimiento del requisito numeral 8.1 y 8.2.3 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto, realizando la unificación de la información de los requerimientos recibidos indistintamente de que existan 2 grupos de especialistas que soportan el procedimiento y lograr estandarizar la lista de valores de los campos donde aplica.
Responsables: Dirección TIC.
6. Al consultar el proceso, se evidencia que el procedimiento de gestión de información geográfica código: SDS-TIC-PR-007 y que hace parte del catálogo de servicios, no se encuentra incorporado dentro de la caracterización, el último control de cambios de la caracterización fue realizado el día 7 de septiembre del año 2021, así mismo, el procedimiento de gestión de proyectos TIC código: SDS-TIC-PR-003, el último control de cambios fue realizado el día 29 de septiembre del 2017 y a la fecha se han implementado varias mejoras y han sido contemplados en el procedimiento, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe desactualización de la información, lo que conlleva una debilidad al cumplimiento del requisito numeral 7.5. de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.
Responsables: Dirección TIC
7. Si bien es cierto, existe registros de "actas de alcance técnico" que se encuentra establecidos procedimentalmente, evidenciamos que no en todos los casos se realiza, ya que al consultar los repositorios del aplicativo PLANEER, no se cuenta con varios de los soportes, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad al cumplimiento del requisito numeral 8.2 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.
Responsables: Dirección TIC
8. Al consultar los conceptos técnicos favorables de pruebas de software emitidas y que se encuentra establecidos procedimentalmente, evidenciamos que no en todos los casos se realiza, ya que al consultar el repositorio del aplicativo PLANEER, no se cuenta con dichos soportes, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad al cumplimiento del requisito numeral 8.6 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.
Responsables: Dirección TIC

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

9. Al consultar los (registros de aceptación de software) previo al paso a producción y que se encuentra establecidos procedimentalmente, evidenciamos que no en todos los casos se realiza, ya que al consultar los repositorios del aplicativo PLANEER, no se cuenta con dichos soportes, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad al cumplimiento del requisito numeral 8.6 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.

Responsables: Dirección TIC

10. Al consultar los registros de satisfacción de los usuarios sobre la entrega de soluciones de software y que se encuentra establecido procedimentalmente, evidenciamos que no en todos los casos se realiza, ya que al consultar los repositorios del aplicativo PLANEER, no se cuenta con dichos soportes, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo toda vez que existe una debilidad al cumplimiento del requisito numeral 9.1.2 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.

Responsables: Dirección TIC

CONCLUSIONES

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

ASPECTO POSITIVO: Se resaltar la cordialidad y la atención prestada por los participantes de la auditoria, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control, los colaboradores de la dirección, identifican, entienden y gestionan el procedimiento evaluado, contribuyendo con el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

La auditoría se desarrolló mediante lo establecido en el plan de definido y en cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Cabe señalar que resultado del ejercicio, se identificaron 10 debilidades que derivan en acciones para abordar riesgo y que fueron formuladas en el presente documento.

Respecto a la gestión de riesgos en la fase de medición y seguimiento, evidenciamos que existe una debilidad importante, toda vez que su ejecución se realiza una vez al año, la OCI desde su rol de asesor, recomienda desde la buena práctica, realizar el ejercicio por lo menos 3 veces al año ya que la severidad de los riesgos podría variar y la entidad de acuerdo a su dinámica puede definir nuevos procesos, nuevos servicios, nueva infraestructura y todo ello deriva en nuevos riesgos que no están siendo tratados y evaluados.

De acuerdo al alcance definido, se evaluó de manera integral el ciclo de vida PHVA del procedimiento de gestión de soluciones de software código: SDS-TIC-PR-001.

Existen 2 bases de datos mediante el aplicativo PLANNER, que contiene la totalidad de los requerimientos de software gestionados por los 2 grupos de desarrollo, dichos grupos funcionan como islas separadas por eso la información se encuentra desagregada y lo que se busca como oportunidad de mejora, es la unificación y estandarización de la información.

Revisado gestor de calidad OCI: _____

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