




 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: Provisión de Servicios de Salud
Líder del Proceso: Fernando Aníbal Peña Díaz
Auditor Líder: Francisco Javier Pinto González
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: 2 de Octubre 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: 1/09/2022 hasta 30/09/2023
Se evalúa caracterización: SDS-PSS-CAR-001 y Procedimientos: SDS-PSS- PR-016: Habilitación y Seguimiento de las RIPSS y SDS-PSS-PR-019 Certificación de discapacidad
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 requisitos evaluados.
METODOLOGIA UTILIZADA: Entrevista basada en preguntas conforme a los requisitos definidos de la lista de verificación. Se realizó consulta de casos aleatorio con el fin constatar su conformidad.
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: Al consultar el informe final resultado de la auditoria de calidad realizada en el año 2022, no se identificaron acciones para abordar riesgo y tampoco no-conformidades.



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 cuenta con la evidencia que permita comprobar que se han detectado en la organización todos los factores internos/externos que afectan al desempeño de la organización?</p> <p>Respecto al particular, se informa que se realizó una actualización de la matriz DOFA en el mes de febrero del 2023, al consultar la matriz, se identificó una primera debilidad que consiste en: Articulación con las dependencias de la secretaria que pueden conllevar a fallas y una Segunda debilidad consiste en: falta de mecanismos que garanticen la seguridad en la información en el procedimiento de Certificación de la Discapacidad. Adicionalmente se viene adelantando las gestiones pertinentes con La Dirección TIC, respecto a la mejora del trámite de Autorización de discapacidad para lo que respecta en el manejo de ajustes o subsanaciones. En lo que refiere, a las amenazas, se identifican:</p> <p>Insuficiencia de recursos de la SDS, la interrelación con el ministerio, ya que las IPS no pueden brindar sus servicios a los usuarios porque no les pagan y esto fue lo que se ajustó. En Fortalezas nuevas encontramos: Conformación de grupos funcionales que permite mejorar la gestión y cumplimiento de los objetivos, teletrabajo ha permitido el acceso a los grupos de interés y la gestión del talento humano idóneo y el fortalecimiento de la cultura de la calidad para los diferentes grupos de trabajo el cual es liderado por el director.</p> <p>En o que refiere a las amenazas, encontramos: falta de regulación, el bajo conocimiento sobre las necesidades de las poblaciones, la falta de información lo cual es el insumo para la toma de decisiones, mitos de la población sobre la donación, vacíos normativos que no facilitan la implementación.</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				



	<p>Al consultar el despliegue y alineación de estrategias, se viene gestionando los recursos financieros con el fin de aumentar el talento humano y adelantar los temas estratégicos de la Dirección. Se cuenta con el documento almacenado en DRIVE en la dependencia denominado: PSS_Informacion, General SGC, que define el ABCD de calidad y contiene toda la información de los seguimientos quincenales.</p> <p>Se consulta registro de correo electrónico remitido al referente de Planeación institucional y calidad para la correspondiente publicación y toma de decisiones. Es clave informar que la matriz DOFA, se actualiza con todos los líderes funcionales y como evidencia de ello, se cuenta con la grabación de la sesión del día 17 de febrero del 2023.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
<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>Mediante el formato de Matriz de partes interesadas, codificado y publicado SDS-PYC-FT-041, se consultan cada una de las salidas de los servicios que el proceso provee. Al consultar dicha matriz encontramos los servicios relacionados con los procedimientos del alcance.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</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>Se consulta registro de la actualizada de la matriz del día 25 de agosto del 2023, la cual fue remitida a la dirección de planeación institucional y calidad para la correspondiente publicación, al consultar la matriz, identificamos que consta de 12 salidas algunas de ellas, coinciden con los procedimientos seleccionados para revisión. Se informa que la revisión y actualización de la caracterización se hace de forma anual.</p> <p>Adicionalmente, se consulta el tablero de control de Provisión del primer trimestre para determinar el cumplimiento de la actividad de revisión y actualización de la matriz de partes interesadas.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</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 cuenta con la matriz en versión del mes de mayo denominada: MAPA DE RIESGOS V4, dicha matriz consta de 5 riesgos de gestión y en lo referente al servicio de habitación de prestadores, el riesgo Nro2 tiene relación con la discapacidad, adicionalmente se identifican 2 riesgos de Corrupción identificados con los IDs.: 1 y 2, se identifica la valoración realizada y se constata el riesgo inherente, adicionalmente, se observa el plan de tratamiento, el cual consta de 2 controles.</p> <p>Se constata la identificación, clasificación y valoración.</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>El consultar la matriz, se constata el plan de tratamiento definido, para lo cual el riesgo ID: 2 consta de 2 controles y al consultar la zona de riesgo residual, se constata que el riesgo pasa de nivel moderado a bajo. Se constata el plan de tratamiento mediante la matriz suministrada.</p> <p>Respecto al seguimiento del plan de tratamiento, este se realiza de forma trimestral, se cuenta con soporte del correo electrónico remitido a los referentes y se toma pantallazo de la consulta. Con respecto a la autoevaluación, está se realizó el día 27 de abril 2023 y al consultar el instrumento, se identifica que los controles son fuertes y por lo tanto no requiere elaborar plan de acción. Se constata el seguimiento al plan de tratamiento mediante la matriz suministrada.</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>Respecto al instrumento de autoevaluación, se logró consultar el resultado de la autoevaluación en donde se registra que los controles establecidos son fuertes y eficaces, se constata mediante los soportes y el instrumento de autoevaluación que los controles existentes son suficientes y eficaces.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</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 el día 7 de septiembre, en el espacio de miércoles de calidad, se llevó a cabo la socialización de la política de calidad y participaron los líderes de todos los grupos funcionales y multiplicadores. En la actualidad, el proceso está conformado de 140 personas de planta y contratistas para llevar a cabo las diferentes actividades. Se cuenta con piezas gráficas e infografías de los temas de conocimiento como son: definición de la política y objetivos de calidad, además de la misión y visión de la entidad. Al consultar la pieza gráfica, se comprueba que se elaboró el día 19 de julio del 2023. Se informa que la socialización masiva a grupos funcionales se hace 2 veces al año. En la lista de asistencia consultada, se identifican 110 personas y adicionalmente se consulta el video que contiene como contenidos impartidos, los objetivos y la política de calidad. Se cuenta con soporte del mensaje de whatsapp de convocatoria a las reuniones de calidad. Se cuenta con repositorio de contenidos impartidos. Se informa además, que antes de iniciar y posterior a la reunión de: miércoles de calidad, se evalúa el conocimiento. Al consultar los resultados del TEST encontramos: % de adherencia obtenido: 9,28% pretest y un postes de 9,55% Se consultan las 5 capsulas de calidad lo cual es el escenario para que todos los usuarios internos de la dirección, apropien la política. Se consulta el documento de la agenda de lo miércoles de calidad.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<p>Procedimiento: SDS-PSS- PR-016: HABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - RIPSS- DE LAS EPS DEL DISTRITO CAPITAL</p>			
<p>Numeral 7.1.1</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico para el establecimiento, implementación, mantenimiento del procedimiento y asegurar su disponibilidad?</p> <p>Respecto al proyecto 7904, se hace de manera anual la planificación del Talento humano que apoya la operación del RIPSS y el equipo cuenta con 7 personas, una de ellas es de planta y 6 son contratistas, dichos recursos están contemplados en el proyecto 7904. Se informa que la función es relativamente nueva ya que la resolución 1491, estableció una competencia delegada por la superintendencia nacional de salud y se empezó a estructurar el proceso y disponer del equipo de trabajo para atender esta necesidad, dicho equipo tendrá contrato hasta el mes de enero 2024 ya que se trabaja con vigencias futuras para poder prologan en meses y con ello se asegura que las actividades proyectadas para el proceso se cumplan ya que son temas muy específicos y complejos. En lo que respecta a la meta 1, actividad 1.3, realizar seguimiento a la redes integrales de servicios de salud de las EPS habilitadas y la red integrada de servicios de salud en el marco de normatividad vigente, El presupuesto inicial definitivo fue por valor de \$556 millones y ejecutado a la fecha es del 100%. Se utilizan recursos tecnológicos (equipo de cómputo, internet y paquetes básico) y el aplicativo REPS.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<p>Numeral 7.2 literal b)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria para realizar el trabajo que afecta al desempeño y la eficacia del procedimiento?</p> <p>Se informa que respecto al procedimiento, se cuenta con auditores, para la verificación y dicho perfil requiere disciplina y conocimiento. Dicha actividad es realizada por personal contratista en base a sus obligaciones contractuales. Al consultar el informe mensual del contratista, encontramos: Apoyar la elaboración de análisis de oferta y suficiencia de servicios de las RIPSS. 2. Apoyar la revisión, validación y documentación de las novedades de los</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				



	<p>prestadores de servicios de salud, 3. Documentar y elaborar análisis periódicos de oferta y suficiencia de las RIPSS y 4. Asistir a reuniones relacionadas con los temas asignados. Se consulta un profesional del equipo, el cual dentro de sus perfil requiere: ser profesional en áreas de la salud, con especialización en áreas de la salud y experiencia relacionada de 12 a 24 meses, se compara con la hoja de vida del SIDEAP y se constata que es profesional en odontología de la universidad San Martin, TP: 52768075 y especialización en gerencia de la salud, cuenta con experiencia de 12 años y 6 meses en el sector público y privado, dicho profesional está a cargo de una EPS y realiza el seguimiento. Se hace seguimiento y acompañamiento bimensual, se garantiza la suficiencia de la red.</p> <p>Se consulta un segundo profesional, la cual cuenta con especialización en auditoria en salud y su profesión de base es odontología, cuenta con de 10 años de experiencia en el sector publico/privado y al consultar las obligaciones encontramos: Revisar, validez y documentar periódicamente las novedades de RIPSS en las EPS asignadas. EN la actualidad se cuenta con 8 EPS Habilitadas y se generan informes trimestrales y anuales.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.2 Creación y actualización	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia el manual de procesos y procedimientos, instructivos, guías, formatos actualizados?</p> <p>Se consulta la matriz que contiene el inventario documental denominada: PSS_INV_DOCUMENTAL 2023.xlsx, dicho documento fue actualizado en el mes diciembre del año 2022 y al consultar la base de datos de conocimiento en isolucion, se cuenta con 73 documentos de antigüedad año 2021, los cuales serán objeto de revisión y actualización en el año 2024. En lo que respecta el año 2023, se han actualizado 42 documentos y en el año 2022, se han actualizado 88.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.2 Creación y actualización	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia aprobación de los documentos para a su divulgación y publicación?, ¿Se evidencia elaboración o actualización de documentación?</p> <p>Se consulta formato de valoración de autorización de equipo multidisciplinario denominado: SDS_PSS_FT-592 versión 3, el cual fue actualizado y aprobado el día 3 de octubre del 2023.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.3.2 literal C Control de Cambios	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos?</p> <p>Al consultar el formato de valoración de autorización de equipo multidisciplinario. SDS_PSS_FT-592 versión 3, se visualiza el control de cambios, revisión y aprobación del día 3 de octubre del 2023. Se consulta el documento firmado: SDS-PSS-GUI_037, el cual fue codificado y publicado en la base documental de isolucion. Se consultó la guía de orientación para la atención integral en salud, el cual fue un documento actualizado recientemente. Dicha actualización en la base documental, debe ser solicitada por el gestor de calidad a la dirección de planeación institucional y calidad. Para ellos se cuenta con el correo soporte.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numerales 7.5.2 y 7.5.3	<p>A la pregunta: ¿Existe evidencia que soporte la baja de documentos obsoletos, se actualiza el repositorio documental isolucion?</p> <p>Se consulta el documento dado de baja de fecha 4 de octubre del 2022 que corresponde al formato SDS-PSS-FT-085 v3 de pre y post test de evaluación programa de educación. El cual contaba con preguntas muy específicas y no se puede aplicar en todas las jornadas en la promoción. Hoy en día se aplica encuestas de forms.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</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				



<p>8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian solicitudes de habilitación y renovación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud - RIPSS- de las EPS del distrito capital, en el módulo del REPS, será necesario constatar la asignación de referentes, elaboración de cronograma y documentos aportados por la EPS?</p> <p>El módulo de REPS funciona para habilitación y no para gestionar información, se informa que el aplicativo REPS no volvió a ser actualizado ya que no se volvió a contratar al ingeniero del ministerio. Las EPS habilitadas son 9 y se hace seguimiento mensual a las novedades. Es clave informar, que durante el mes de abril del 2023 como novedad se dio el retiro voluntario de la EPS (S.O.S - Servicio Occidental de Salud) y se dio mediante RESOLUCION NRO: 2023310010001867-6 DEL 21 DE MARZO 2023 autorizado por la superintendencia de salud. A partir del mes de abril del presente año 2023, contamos con 8 EPS.</p> <p>En lo que respecta a "habilitación" del presente año, contamos con solicitud de la EPS COOSALUD del 24 de agosto del 2023 y las renovaciones están programadas para el segundo semestre del 2024 y 2025. Es clave indicar, que las habilitaciones fueron en el año 2021 y 2022 y cuentan con una vigencia de 5 años de acuerdo a la resolución 1441, por parte de los profesionales, se realiza análisis anual, se orienta y asesora para garantizar que cumpla con los estándares.</p> <p>En lo que respecta a la solicitud de HABILITACION, fue recibida por la Superintendencia Nacional de Salud, quien a su vez el día 11 de septiembre del 2023 mediante radicado nro.: 2023EE117462, remitió el oficio a la SDS para gestión. Es clave indicar que la solicitud fue recibida por correo electrónico y no por el módulo de REPS de acuerdo al procedimiento establecido.</p> <p>Es importante aclarar que la SDS genera el concepto y recomienda la habilitación, sin embargo es la superintendencia la encargada de habilitar.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<p>8.2.1 literal C</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia tratamiento adecuado a las quejas o reclamos frente a los servicios ofrecidos?</p> <p>Se cuenta con matriz de monitoreo y seguimiento de PQRS al proceso, quejas provenientes de los canales: Bogotá te-escucha, contáctenos, secretaria y del despacho. Se cuenta con documento denominado: Monitoreo, análisis y seguimiento a las PQRS.pdf, el cual es un documento interno que se puso en operación en el mes de julio del 2023 y define el flujo de funcionamiento o manejo de las PQRS. Es importante precisar, que del mes de julio a la fecha, se han recibido y atendido 95 PQRS de las cuales Peticiones encontramos; 29, Quejas: 1, solicitudes de tramite: 1 y requerimientos de entes de control: 58. Se comparte tablero de medición.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<p>8.2 Requisitos para los productos y servicios</p>	<p>A la pregunta: ¿existen listas de chequeo, con la revisión y observaciones realizadas de los documentos aportados por la EPS en cumplimiento de los estándares establecidos?</p> <p>Se aplicó lista de chequeo a una las EPS y se tiene las actas de la gestión bimensual por medio de la cual se atendieron los temas pendientes. Al consulta la lista de chequeo, se utilizó el formato SDS-PSS-FT-625 para habilitación RIPSS en versión 1 y se consulta la lista de chequeo de aplicada a la EPS compensar el 27 de enero del año 2022 y la visitaron 10 profesionales.</p> <p>Se consulta el acta de reunión virtual del día 24 de febrero de la EPS compensar y se consulta el oficio de envío a aseguramiento, adicionalmente se consulta el informe consolidado del mes de marzo 2023 por medio del cual se observa la generalidad de las EPS, además se cuenta con informe individual.</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>			
	Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>				



<p>Numeral 8.2.3 Revisión de los Requisitos</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con las aprobaciones de las observaciones finales por parte del Director y el cargue en el Módulo RIPSS del REPS?</p> <p>Se informa que cuando ya se tiene todo el informe consolidado, se procede a verificar por el director y dicha revisión se hace una vez al año, se cuenta con el registro de la revisión y aprobación realizada, Se consulta el acta de fecha del 15 de febrero del 2023. Es importante aclarar que el modulo del REPS solo funciona para habilitación y se consulta acta de habilitación de RIPSS de día 29 de abril del 2019. Nota: A la fecha el módulo RIPS del REPS no permite la visualización de los archivos históricos y por tal motivo se allegaron como información física, las observaciones por el equipo técnico, el líder y la directora en su momento previo al cargue en el aplicativo.</p> <p>Se evidencia memorando del día 23 de febrero de 2023 mediante el Radicado: 2023E4409 del Informe consolidado de resultados a la Dirección de Aseguramiento y Garantía al derecho a la salud con el fin de tener en cuenta en su función de inspección, seguimiento y auditoria.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>	
<p>Numeral 8.2.3 Revisión de los Requisitos</p>	<p>A la pregunta: ¿Las EPS cumplieron con los estándares y criterios de habilitación o renovación de la habilitación, cuáles no?</p> <p>Se informa que de las 9 EPS habilitadas, la EPS famisanar es la única EPS certificada por parte de la Secretaria Distrital de Salud en junio del 2019 y por parte de la superintendencia de salud, habilito las EPS: Sanitas, Aliansalud, capital salud, compensar, nuevaeps, salud total, SOS, y SURA, para ello se cuenta con el soportes físicos como son: listas de verificación, actas de reunión y oficios de ajuste. En lo que respecta a renovación no han cumplido el periodo y se espera realizar en el año 2024 y 2025.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>	
<p>8.7 Control de Salidas no conformes 8.7.1</p>	<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>Por su parte, todas las salidas del proceso en mención aplican producto no conforme, por lo tanto, dicha matriz se revisa anualmente con todo el equipo y se definen los criterios y atributos de calidad que permiten evaluar que las 12 salidas cumple con los criterios y en caso de identificar producto no conforme, se establece el plan tratamiento. Se consulta el documento: MATRIZ BASE NO CONFORMES 4 SEP.xlsx. Al consultar los resultados del tercer trimestre, encontramos 2 situaciones: 1. Autorización por valoración de equipo multidisciplinario con unas salidas no conformes y no se configura plan de mejoramiento y 2. Correspondiente a informes de auditoría. En el mes de julio se presentaron 3 salidas no conformes ya que se entregó a destiempo, sin embargo, no amerito generar plan de mejoramiento, al consultar isolucion en el componente de mejora, se evidencia el registro id: 114, relacionada con las actas e informes de auditoría que se deben corregir. Dichas correcciones o subsanaciones están proyectadas realizar para el día 18 de noviembre del 2023 y a la fecha se han ejecutado 5 actividades al 100%.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>	
<p>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.1 Generalidades literal C</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la periodicidad en la medición de los indicadores?</p> <p>Se cuenta con 2 herramientas de medición institucional que son el SEGPLAN, el POGD y aparte se tiene un matriz de seguimiento a indicadores para el Modelo Territorial de Salud. En lo que refiere a discapacidad, se mide la oportunidad de la respuesta la cual fue objeto de revisión en la sesión. En lo que tiene que ver con el proyecto de inversión 7904, el cual es un proyecto compartido y aporta a 2 metas al proceso: meta1, que tiene que ver con el seguimiento el Modelo de atención en salud y la meta2 que tiene ver con la orientación de la implementación de las rutas.</p> <p>Adicionalmente, se consulta el plan de acción por medio del cual, se monitorea la operación de la Dirección, se consulta el resultado acumulado por meta y por actividad.</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>Para el monitoreo de la gestión se cuenta con una matriz de Excel por medio de la cual se revisa el avance mensual de cada meta, actividad y por último, se cuenta con el resultado acumulado de enero a septiembre 2023.</p> <p>Es importante aclarar, que la meta 1 consta de 7 actividades y la meta 2 consta de 3 actividades. Al consultar la ejecución mediante el documento denominado: TYF 7904-2023.xlsx, que contiene el seguimiento SEGPLAN, observamos: Planificado en metas: 16,64% y la ejecución a la fecha es del 100% y en la meta 2, Planificado: 18,75% y ejecutado es un 100%. Al consultar el instrumento por cada una de las actividades, identificamos que la programación física de la actividad 1.3: Realizar seguimiento a las red de prestadores habilitados, en lo programado se estableció un 75% y se ha ejecutado a la fecha un 100% y lo que tiene que ver con discapacidad inmerso en la actividad: 2.1, el planificado a septiembre fue del 18,75% y a la fecha se ha ejecutado un 100%</p> <p>La periodicidad de medición se realiza de forma mensual y cuenta con tres filtros: 1. por parte del líder de los grupos funcionales, 2. mediante reuniones mensuales con el referente administrativo de cada grupo se concertar los resultados y se aprueban y 3. Se pasa al director. Para ello se cuenta con las actas de reunión de la dirección.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.3. Análisis y evaluación	<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>El informe de análisis, es presentando con el informe de gestión, además, se cuenta con un tablero de control con indicadores y del análisis realizado, se elabora el acta de reunión con las impresiones y conclusiones. El análisis que se realiza con periodicidad mensual mediante los resultados de los indicadores de SEGPLAN y POGD, adicionalmente, existen las batería de indicadores, relacionadas con el modelo territorial de salud en la línea de prestación de servicios. dicho instrumento conlleva análisis trimestrales del comportamiento de los indicadores que dan cuenta de la implementación de las línea operativa de aseguramiento del MTS</p> <p>Se cuenta con actas de reunión de la revisión por la dirección donde participan los referentes de cada grupo funcional y se sustentan los resultados generados. El referente de calidad de la dirección de provisión, entrega la información a la dirección de planeación y gestión sectorial, con el fin de presentar los avances de seguimiento del proyecto, los cuales a su vez son presentados al secretario. Se cuenta con registro de correos remitidos a las instancias pertinentes.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
9.1.2 Satisfacción del cliente	<p>A la pregunta ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido en la HABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO de las redes integrales de prestadores de servicios de salud - RIPSS- de las EPS del distrito capital?</p> <p>Se informa que se ha venido trabajando en varios frentes lo que refiere a la percepción de cliente y se trabajó con una propuesta del grupo de calidad mediante la metodología de Focus Group, se cuenta con el documento de propuesta que consta de 4 preguntas. De acuerdo con la revisión del grupo de calidad, se espera aplicar diferentes encuestas que den cubrimiento a cada una de las salidas del proceso. Se consulta documento borrador, el cual está sujeto a aprobación en la reunión del día 20 de octubre. La encuesta fue diseñada mediante metodológica de Likert y también cuenta con escala de resultados. Dicha encuesta se tiene programada aplicar en el mes de noviembre 2023.</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>9.3 Revisión por la dirección</p>	<p>A la pregunta: ¿se realiza revisiones por la dirección respecto a la habilitación y seguimiento de las redes integrales de prestadores de servicios de salud - RIPSS- de las EPS del distrito capital?</p> <p>Se informa que se realiza comité de líderes convocados de manera mensual por parte de la dirección y en donde se hace seguimiento a todo el proceso y cada líder da cuenta de sus resultados y se hace con todos los equipos. Se informa que en el pasado comité se presentó el proceso de asistencia técnica con diferentes herramientas, se hizo el acercamiento y se hizo la socialización con los CDIS. Se comparte el acta de la reunión del día 29 de septiembre del 2023.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>	
<p>10 Mejora 10.1 Generalidades</p>	<p>A la pregunta: ¿se evidencia la elaboración de los planes de mejoramiento resultado de los hallazgos encontrados en las Auditorías Internas?</p> <p>Al consultar la base de conocimiento Isolucion en el módulo de Acciones o Hallazgos del proceso en cuestión, podemos informar que no existen registros en curso o en ejecución, ya que las 2 no-conformidades y 3 acciones para abordar riesgos del año 2022 se encuentran cerradas.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>	
<p>Numeral 10.1</p>	<p>A la pregunta: ¿Existen oportunidades de mejora detectadas e implementadas?</p> <p>Se informe que no se han tenido, se hace revisión permanente, sin embargo, se elaboró la encuesta de percepción para detectar posibles aspectos a mejorar frente a los servicios ofrecidos. Se cuenta con soportes de la orientación realizada a las EPS y componente primario y complementario en la presentación del consejo.</p> <p>Otro plus es el diagnóstico y se consulta la presentación de análisis de oferta de la RIPSS acorte 2022.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>	
<p>SDS-PSS-PR-019 - AUTORIZACIÓN PARA LA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD</p>			
<p>Numeral 7.1.1</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico), para el establecimiento, implementación, mantenimiento de dicho procedimiento y asegurar su disponibilidad?</p> <p>Se informa que el procedimiento es relativamente nuevo ya que el Ministerio de Salud venía realizando la tarea y mediante la resolución Nro.1239 del 2022 se formalizo para que la SDS implementara el proceso. Lo importante a tener en cuenta es que el proceso es de libre voluntad y nadie nos puede obligar a certificar. Es un proceso de auto reconocimiento, voluntario y la certificación, es el proceso de valoración que realizan los 3 profesionales en la actualidad. Se reciben todas las solicitudes, se analiza toda documentación y una vez cumple con los requisitos, la entidad genera la autorización para que el hospital realice el examen médico y determine si se certifica la discapacidad.</p> <p>El equipo cuenta con 16 personas que son la líder del proceso que es persona de planta, se cuenta con la psicóloga, y 5 profesionales de contrato entre ellos una enfermera, una fisioterapeuta, una trabajadora social, un financiero, una secretaria de planta y técnicos que apoyan el proceso. Todo el grupo se encuentra centralizado y lo que tiene ver con la recepción de documentos en sitio, se cuenta 3 personas que apoyan el ingreso de la solicitud en el área de servicio a la ciudadanía.</p> <p>Con base al proyecto 7904 de la meta 2 y actividad 2.1 que consiste en Orientar la implementación de RIIAS con énfasis en las priorizadas y EAPBs autorizadas. Igualmente, se desarrolla la gestión administrativa y técnica para la orientación en la implementación de las RIAS en el contexto del modelo de salud. Valor Planificado de la actividad: \$830 millones y el ejecución a la fecha es del 77,7%</p> <p>Adicionalmente, se cuenta con recursos destinados para financiar el proceso y el ministerio de Salud establecido una tarifa para cada valoración, los recursos de financiación FFDS son por valor de \$ 2419 millones de los cuales a la fecha se ha ejecutado el 99,5% es decir \$</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>2407 millones. En lo que respecta al ministerio, se recibió una partida de \$2267 millones y a la fecha se ha ejecutado el 29,5%, es decir \$669 millones. Es importante mencionar que los recursos del ministerio, se autorizaron el día 17 de agosto del 2023. Se informa que a la fecha se están tramitando entre 2000 a 2500 valoraciones al mes.</p> <p>Se informa que producto del ataque de ciberseguridad a la Plataforma WEBSISPRO, no se suspendieron las solicitudes y como contingencia se utilizó la plataforma agilinea para la recepción de solicitudes, hacia el ciudadano se generó una alerta informativa dada la eventualidad. Así mismo, se informó al ciudadano mediante el correo electrónico y se publicó en la página web.</p> <p>Se consulta respuesta al ciudadano que solicita el trámite de fecha: 17 de octubre del 2023 y se cuenta con el correo de la cuenta: solicitud certificado dediscapacidad@saludcapital.gov.co</p> <p>Es importante mencionar que si no se logra ejecutar los recursos que provee el ministerio para apoyar la actividad, estos se devuelven de acuerdo a lo establecido en la Resolución 403 de 21 marzo 2023. Presupuesto de gastos para el proceso de certificación de discapacidad nacional fue por un rubro de \$ 2267 millones que la fecha solo se ha ejecutado el 25%</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>			
numeral literal b)	7.2	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria para realizar el trabajo que afecta al desempeño y la eficacia?</p> <p>Respecto al particular, se consulta el perfil y competencias de 2 de los profesionales especializados que apoyan el procedimiento, el primero caso es la cedula Nro.1073696833, obligaciones a partir de los estudios previos: 1. Participación en la implementación y seguimiento de las acciones para fortalecer el proceso, 2. Participar en la gestión integral de información procesamiento y consolidación de datos y otros, al consultar los estudios previos encontramos: Título profesional en áreas de salud, especialización en áreas administrativas de la salud o su equivalencia por 2 años y experiencia de 12 a 24 meses. Al comparar con la hoja de vida encontramos que la funcionaria es trabajadora social de universidad UNIMINUTO, especialista en educación y orientación familiar de la unimonserate y experiencia: 5 años y 6 meses. Se consulta un segundo profesional con Cedula Nro. 52953650, obligaciones de acuerdo a los estudios previos: 1. participar, implementar y realizar seguimiento de las acciones para fortalecer el proceso. 2. Participar en los espacios intersectoriales para sensibilizar a los diferentes actores del procedimiento de discapacidad, y 3, definición y seguimiento de indicadores del procedimiento. A partir de los estudios previos se exige: título profesional en áreas de la salud, especialización en áreas administrativas de la salud y experiencia de 12 a 24 meses relacionada, Al comparar con la hoja de vida encontramos: Profesional en enfermería de la universidad javeriana, especialización en auditoria en salud de la universidad del rosario y experiencia total de 3 años y 12 meses.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 8.3.5		<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar las solicitudes radicadas en sitio y cuál fue el resultado de la validación realizada además de los soportes respectivos en Carpeta Compartida?</p> <p>Se informa que las solicitudes recibidas en ventanilla para el año 2023 fueron de 5051, la oportunidad fue 88% y el 12% restante de las inoportunidades fue causas por motivos o ajenos a la secretaría de salud. Para todas las solicitudes de valoración por primera vez, se exigen los mismos requisitos y el trámite en agilinea se implementó recientemente y todos los trámites registrados deben pasar por el rol logístico que posteriormente son asignados a los validadores.</p> <p>A modo de validación, se consulta el trámite en agilinea radicado nro. 9080 del 21 de abril del 2022 y sus documentos requeridos en formato PDF, se toma pantallazo de la validación de los documentos por parte del rol validador y es clave mencionar que el código de autorización para valoración de certificación de discapacidad es generado mediante el aplicativo WEBSISPRO, que es administrado por el ministerio de Salud.</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

	Acorde a lo anterior, se valida el requisito.		
8.1 Planificación y Control operacional	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar solicitudes incompletas por falta de documentación, cual fue el procedimiento que se realizó y que soporte tenemos para ello?</p> <p>Al descargar la base de agilinea y al identificar los casos en estado: "Solicitar más información", es decir, lo casos que fueron devueltos porque tuvieron inconsistencias y no pudimos continuar con el trámite, encontramos 946 registros. Es clave mencionar que se cuenta con la trazabilidad de cada caso y para ello se toman los respectivos pantallazos.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
8.1 Planificación y Control operacional	<p>A la pregunta: ¿se cuenta con evidencia que permita consultar los códigos de autorización generados para valoración multidisciplinaria en las IPS autorizadas?</p> <p>Se constata el certificado generado en la plataforma WEBSISPRO y el nuero de autorización generado. Con el fin de realizar la valoración, la secretaría debe contar con los recursos con el fin de realizar el pago de la atención a las IPS. En caso que la plataforma WEBSISDPRO sufra una falla, el procedimiento actual que realiza la secretaria quedaría detenido. Se procede a tomar pantallazos de las consultas realizadas en la plataforma para la obtención de los códigos de autorización para valoración.</p> <p>Se consulta el caso en agilinea nro. 32900 de fecha 1 de septiembre del 2023 y numero de autorización 1087042 del 5 de septiembre. La SDS autoriza la valoración.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación	<p>A la pregunta: ¿existe algún control que permita gestionar las solicitudes recibidas de los diferentes canales para la certificación de discapacidad de los diferentes tipos: primera valoración, segunda opinión, actualización, modificación de la condición de salud, por cambio de tipo de documento de identidad o por cambio de lugar de residencia o de datos de auto reconocimiento?</p> <p>Se cuenta con dos canales de recepción que son: AGILINEA y radicación física o en ventanilla, se cuenta además con bases de datos en Excel que contiene el control de la información ya que el trámite en línea no cuenta con la funcionalidad para el manejo de: segunda opinión, actualización, modificación de la condición de salud, entre otros y por tanto se debe registrar mediante archivo Excel. En cuanto a la medición del indicador de oportunidad, se implementó para la gestión de la valoración de las IPS en la emisión de la orden, es por esto que procedió a consultar la base de gestión de las solicitudes recibidas y atendidas denominada: NUEVO CONSOLIDADO DISCAPACIDAD 01-01.2023.xlsx, dicha base contiene las solicitudes radicadas por los ciudadanos en ventanilla. Es clave indicar que la recepción de la información se encuentra sistematizada y en la consulta se identifican 3421 casos del periodo comprendido entre el último cuatrimestre del 2022 y al consultar el estado de los tramites encontramos: casos Finalizados: 3421.</p> <p>Al consultar la segunda base de información y gestión denominada: nuevo consolidado de discapacidad.xlsx, tenemos casos registrados: 5051 y el estado de los mismos fue el siguiente: Casos finalizados: 5031 y en trámite tenemos: 20 casos, al consultar el indicador obtenemos: oportunidad de agilinea 93% y manual o en ventanilla 88%. Al consultar los casos en estado "de TRAMITE", que cuentan con un cierre parcial generada por la SDS y que se encuentran a espera de respuesta del ministerio, mediante consulta algunos casos, identificamos que la respuesta del ministerio se obtuvo, sin embargo, el campo de fecha de respuesta y estado del trámite no ha sido actualizada en la base de Excel por lo tanto, existe una debilidad respecto a la eficiencia del control, ya que la información no es del todo exacta. Para ello, se sugiere como medida temporal, mientras se implementa la funcionalidad definitiva en AGILINEA, incluir en el campo "ESTADO DEL TRAMITE", las opciones: FINALIZADO DEFINITIVO y FINALIZADO PARCIAL, de tal forma que permita distinguir los trámites que aún no tienen respuesta del ministerio. En la actualidad, no existe esta diferenciación y por tanto genera desinformación. Dicho lo anterior, se deriva una OPORTUNIDAD DE MEJORA.</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				

9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación	<p>A la pregunta: ¿Se realiza SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION del procedimiento en cuestión?</p> <p>Se cuenta con 2 indicadores de oportunidad, los cuales se miden mensualmente, uno de los indicadores mide la SDS y el otro indicador mide las IPS certificadoras. Respecto al indicador del proceso con corte de enero a septiembre del 2023 encontramos: Total de casos gestionados a través de los 2 canales fueron: 22693 casos, de los cuales: 20303 tuvieron respuesta oportuna y 2390 casos tuvieron respuesta inoportuna, se consulta el seguimiento o tabla de oportunidad neta. Al consultar el instrumento de medición obtenemos: oportunidad de agillinea fue del 93% y la oportunidad en ventanilla o manual fue del 88%.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 9.1.2	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de medición de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>Se informa que se cuenta con 2 fuentes de información para la gestión y tratamiento de las PQRS, Se consulta informe de comportamiento a peticiones de enero a septiembre 2023 e identificamos que las peticiones recibidas a través de la plataforma Bogotá te-escucha, se identificaron 361 casos en el año 2022 y 161 casos en el año 2023. Quejas encontramos un 5%, peticiones encontramos una 77% y reclamos un 9%. Encontramos que se tipificaron las PQRS y se generó la respuesta requerida. Se constata que se aplicó encuesta de satisfacción en el año 2022 y 2023 obteniendo 127 respuestas. Se informa que la encuesta se modificó y tiene 5 preguntas con esquema de linked.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 9.3.3, literal c) y e)	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a dicho procedimiento?</p> <p>Se informa que el grupo se reúne una vez al mes y se hace retroalimentación en el comité de líderes, en este escenario, se presentan todos los avances y novedades que han tenido, para ello se cuenta con registros de actas de reunión y presentación de contenidos.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
numeral 10.1	<p>A la pregunta: ¿Se evidencian oportunidades de mejora detectadas e implementadas respecto al procedimiento?</p> <p>Al particular, se informa que se encuentran implementando un indicador de oportunidad ajustada que permita determinar y contabilizar aquellas solicitudes que no se obtuvieron respuesta oportuna, sin embargo, fueron inherentes a la secretaria, como son los casos en donde se cayó la plataforma WEBSISPRO. A la fecha, lo que tiene que ver con ajustes en agillinea, la funcionalidad se encuentra en desarrollo y la espera de la programación de la fase de pruebas. Se cuenta con registros de acta de reunión de avance del desarrollo.</p> <p>En lo que refiere a los casos que son gestionados en ventanilla y que son registrados mediante las bases de Excel, se cuenta con 2 técnicos y un profesional que reciben al ciudadano y se les da una atención prioritaria, de tal manera que se les hace el filtro en la fila mediante preguntas básicas que se les hace y se les da el aval para que pase a la ventanilla y eso se evita las devoluciones, subsanaciones y ahorra tiempo al usuario. Encontramos que el promedio de solicitudes diarias recibidas fue de 55 y ahora mediante la ESTRATEGIA DE FILTROS EN FILA Implementado, ha permitido una mejora sustancial ya que en promedio se reciben 12 solicitudes.</p> <p>En cuanto a los casos considerados inoportunos, se cuenta con correos donde se escalan y reiteran al ministerio, ya que no se ha obtenido respuesta. Se informa que el pasado 29 de septiembre, se realizó una mesa de trabajo con los referentes del ministerio a fin de presentar los errores y fallas en la atención de los casos. Se consulta como evidencia, el correo de fecha de 3 de octubre del 2022.</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				

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.

Si bien es cierto, existen 2 bases de datos en Excel que contiene la totalidad de los requerimientos gestionados de acuerdo a las valoraciones realizadas para la obtención de la certificación de discapacidad, evidenciamos que algunos de los requerimientos registrados cuentan con un "cierre parcial", ya que la respuesta es generada por el ministerio de salud y a la fecha algunos de los registros consultados ya cuentan con dicha respuesta, sin embargo, esta no ha sido cargada en dicha base, los campos o columnas en la base denominados: "ESTADO DE TRAMITE" y FECHA DE RESPUESTA", figuran sin información o se encuentran desactualizados, en consecuencia, se deriva un potencial riesgo, toda vez que existe desinformación y el control no es del todo eficiente y por consiguiente existe una debilidad respecto al requisito numeral 9.1 de la norma ISO9001:2015, por tal motivo, se hace necesario como medida temporal o contingencia, mientras se implementa la funcionalidad definitiva en AGILINEA, incluir en el campo ESTADO DEL TRAMITE", las opciones: FINALIZADO DEFINITIVO y FINALIZADO PARCIAL, de tal forma que permita distinguir los trámites que aún no tienen respuesta del ministerio ya que en la actualidad no existe esta diferenciación y por tanto genera desinformación.

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 auditoría, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control, los colaboradores de la dirección identifican, entienden y gestionan el proceso y los procedimientos evaluados, contribuyendo con el cumplimiento de los objetivos estratégicos.



La auditoría se desarrolló mediante el plan establecido y en cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Cabe señalar que resultado del ejercicio, se identificó una (1) debilidad que derivan en una acción para abordar riesgo y que es formulada en el presente documento.

El proceso de Provisión de Servicios de Salud, implementa los lineamientos institucionales realizando el monitoreo y seguimiento a los controles a través de diferentes mecanismos como son la autoevaluación de los riesgos y sus controles en los periodos establecidos institucionalmente, no obstante el proceso hace seguimientos a los controles continuamente mediante estrategias de verificación por los líderes y gestores de calidad con el fin de prevenir la materialización de los mismos, sin embargo y en aras de fortalecer la gestión de riesgos en su fase de medición, seguimiento y bajo la metodología del DAFP, se sugiere presentar de manera ilustrativa o gráfica, el mapa de riesgos o mapa de calor, por medio del cual se representaría el nivel exposición, severidad y se convierte este instrumento estratégico, para la toma de decisiones por parte de la alta dirección, dicho aspecto deberá ser desarrollado en conjunto con la dirección de planeación institucional y calidad

Se cuenta con dos canales de recepción que son: AGILINEA y radicación física o en ventanilla, y se cuenta con bases de datos en Excel, que contiene el control de la información desagregada por canal, ya que el trámite en línea no cuenta con la funcionalidad para el manejo de: segunda opinión, actualización, modificación de la condición de salud, entre otros y por tanto se debe registrar mediante archivo Excel., aspecto que ya se encuentra en desarrollo por parte de la dirección TIC y que debe ser atendido con prontitud.

El módulo RIPSS para habilitación y seguimiento de redes integrales de prestadores de servicios de salud de las EPS del distrito capital en el aplicativo REPS, actualmente no se encuentra en funcionamiento lo que dificulta la radicación y visibilización de nuevas solicitudes de habilitación de las EPS, por medio de este aplicativo, que conllevan a que las EPS las realicen mediante oficio o correo certificado, opción que no está incluida en el procedimiento SDS-PSS-PR-016, por lo anterior se sugiere hacer los justes respectivos en el procedimiento en mención.

Respecto al procedimiento de certificación de discapacidad código SDS-PSS-PR-019 - AUTORIZACIÓN PARA LA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, existen casos identificados como inoportunos basado en el indicador definido, ya que los requerimientos sobrepasan los tiempos establecidos, dicha situación se atribuye al Ministerio de Salud y protección Social, ya que las respuestas y subsanaciones no son atendidas en los tiempos esperados y los casos han sido escalados y reiterados mediante solicitud, pero a la fecha no se ha obtenido respuesta satisfactoria afectando dicho indicador.

 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				

Revisado gestor de calidad OCI: _____	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER: FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:  Firmado digitalmente por Francisco Javier Pinto
NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR: N/A	FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR: N/A
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE (e) OFICINA DE CONTROL INTERNO: MARTHA YESSENIA GARCIA MEJIA	FIRMA JEFE (e) OFICINA DE CONTROL INTERNO: