

 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: Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión
Líder del Proceso: Olga Lucía Vargas Cobos
Auditor Líder: María del Pilar Rivera Sáenz
Equipo Auditor: Samir Andrés Salazar Casallas / Lewis Jhossimar Palacios Muñoz
Fecha de Ejecución Auditoría: Diecinueve (19) de noviembre al diez (10) de diciembre de 2024
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Objetivo del Trabajo (NIA 2210): Evaluar el cumplimiento de requisitos definidos en la Norma ISO 9001:2015, del proceso auditado, evaluando la adecuación y efectividad del sistema de control interno y calidad de la SDS.
ALCANCE: Desde: La definición del plan de auditoría por parte del proceso, pasando por el examen de la evaluación a la adecuación y efectividad del sistema de control interno y de calidad de la SDS. Hasta: El seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones del plan de mejora propuesto Periodo a evaluar: Primero (01) diciembre 2023 a treinta y uno (31) octubre 2024
CRITERIOS: De conformidad a los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 / Requisitos (6.1,7.1,7.2,7.3,7.5,8.1,9.1.2,9.1.3,9.2.2,10.3), así como la normatividad y documentos asociados (Internos y Externos)
LIMITACIONES: No aplica
METODOLOGÍA UTILIZADA: Visitas de campo y revisión documental
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: Recomendaciones auditoría de calidad vigencia 2023

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFORME	NO CONFORME																									
6.1 Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades	<p>Verificada la matriz de riesgos del proceso de Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión, según lo observado en la auditoria, se encontró que el proceso tiene identificado tres (3) riesgos de gestión y uno (1) de corrupción.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="background-color: #4F81BD; color: white;">1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</th> </tr> <tr> <th style="width: 5%;">A. Referencia</th> <th style="width: 15%;">B. Proceso (Solucionar)</th> <th style="width: 20%;">F. Causa Inmediata</th> <th style="width: 20%;">G. Causa Raíz</th> <th style="width: 40%;">I. Descripción del Riesgo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">31</td> <td>Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión</td> <td>Solicitudes de las unidades auditables para postergar las auditorías programadas</td> <td>Deficiencias en el ejercicio de planificación del PAA</td> <td>Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento en la realización de las Auditorías definidas en el Plan Anual de Auditoría (31)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">32</td> <td>Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión</td> <td>Aceptación de planes de mejoramiento formulados de manera deficiente.</td> <td>Deficiencias en la competencia y falta de experiencia de los auditores en el proceso auditor.</td> <td>Posibilidad de afectación reputacional por la ausencia de formulación, seguimiento, ejecución y evaluación de la efectividad, eficacia y oportunidad en los planes de mejoramiento internos y externos.(32)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">33</td> <td>Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión</td> <td>Incumplimiento en la entrega de información por parte de los procesos ó deficiente elaboración de los informes de Ley.</td> <td>Fallas en la planificación para la consecución de la información por parte de los procesos</td> <td>Posibilidad de afectación económica o reputacional en la generación de los informes de ley posterior a los términos de la Normatividad Legal vigente.(33)</td> </tr> </tbody> </table>	1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					A. Referencia	B. Proceso (Solucionar)	F. Causa Inmediata	G. Causa Raíz	I. Descripción del Riesgo	31	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	Solicitudes de las unidades auditables para postergar las auditorías programadas	Deficiencias en el ejercicio de planificación del PAA	Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento en la realización de las Auditorías definidas en el Plan Anual de Auditoría (31)	32	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	Aceptación de planes de mejoramiento formulados de manera deficiente.	Deficiencias en la competencia y falta de experiencia de los auditores en el proceso auditor.	Posibilidad de afectación reputacional por la ausencia de formulación, seguimiento, ejecución y evaluación de la efectividad, eficacia y oportunidad en los planes de mejoramiento internos y externos.(32)	33	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	Incumplimiento en la entrega de información por parte de los procesos ó deficiente elaboración de los informes de Ley.	Fallas en la planificación para la consecución de la información por parte de los procesos	Posibilidad de afectación económica o reputacional en la generación de los informes de ley posterior a los términos de la Normatividad Legal vigente.(33)	X	
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO																												
A. Referencia	B. Proceso (Solucionar)	F. Causa Inmediata	G. Causa Raíz	I. Descripción del Riesgo																								
31	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	Solicitudes de las unidades auditables para postergar las auditorías programadas	Deficiencias en el ejercicio de planificación del PAA	Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento en la realización de las Auditorías definidas en el Plan Anual de Auditoría (31)																								
32	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	Aceptación de planes de mejoramiento formulados de manera deficiente.	Deficiencias en la competencia y falta de experiencia de los auditores en el proceso auditor.	Posibilidad de afectación reputacional por la ausencia de formulación, seguimiento, ejecución y evaluación de la efectividad, eficacia y oportunidad en los planes de mejoramiento internos y externos.(32)																								
33	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	Incumplimiento en la entrega de información por parte de los procesos ó deficiente elaboración de los informes de Ley.	Fallas en la planificación para la consecución de la información por parte de los procesos	Posibilidad de afectación económica o reputacional en la generación de los informes de ley posterior a los términos de la Normatividad Legal vigente.(33)																								



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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

1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				
A. Referencia	B. Proceso (Seleccionar)	F. Causa Inmediata	G. Causa Raíz	I. Descripción del Riesgo
11	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	Recibir dódivas	Falta de integridad y Objetividad en la realización de los informes de auditoria	Posibilidad de recibir dódivas, intimidaciones, amenazas o beneficios particulares de fuentes internas o externas para manipulación de los Informes de Auditoria o informes de ley en beneficio propio o de un tercero

De otra parte, se identificó que en el control No. 2 del primer riesgo de gestión y en el control No.1 y No.3 del tercer riesgo de gestión, sus descripciones no relacionan actividades de control dado que en su propósito establecen acciones como informar, solicitar, realizar trámite. Tener presente que algunas de las acciones de control son la verificación, revisión, monitoreo, evaluación, entre otras, **por lo que se recomienda actualizar su descripción en el mapa de riesgos.**

A. No. Control	Descripción del Control					
	B. Nombre del control	C. Responsable ¿Quién?	D. Periodicidad ¿Cada cuanto?	E. Propósito ¿Qué?	F. Método ¿Cómo?	G. Reacción ¿Qué hacer en caso de?
2	Presentación sobre el avance del PAA semestral al Comité Coordinador de Control Interno	El Jefe Oficina de Control Interno y Profesionales Especializados	Semestralmente	Informar a la alta dirección el avance de ejecución del PAA.	Presentación de los avances, prorrogas y alertas, sobre el desarrollo del PAA.	Se reiterará la convocatoria de reunión del Comité Coordinador de Control Interno.

A. No. Control	Descripción del Control					
	B. Nombre del control	C. Responsable ¿Quién?	D. Periodicidad ¿Cada cuanto?	E. Propósito ¿Qué?	F. Método ¿Cómo?	G. Reacción ¿Qué hacer en caso de?
1	Gestión para la firma digital	El Jefe Oficina de Control Interno	cuando sea necesario	solicita a la Dirección TIC la provisión del token para la firma digital (certicámara)	para garantizar la disponibilidad del recurso tecnológico por la firma de documentos digitales de ley.	En caso de no cumplir solicitar a la dirección TIC la adquisición inmediata del TOKEN
2	Validación y Verificación del cumplimiento a los informes de ley dentro de los términos establecidos	El Jefe Oficina de Control Interno / Profesionales de la oficina	mensualmente	verificará la oportunidad en de presentación de los informes de Ley.	de acuerdo al Plan Anual de auditoria;	de no haberse realizado se notificará al directivo o al profesional encargado de dicha actividad su incumplimiento, a través de correo electrónico.
3	Verificación al cumplimiento en la publicación de los informes de ley	El profesional encargado de publicación	cuando sea necesario	Realizará el trámite para la publicación de los informes de ley	informando a la Dirección TIC y a la Oficina Asesora de Comunicaciones la necesidad de publicación	Si previo al vencimiento de publicación no se ha cumplido, el jefe de la OCI remitirá a quien corresponda correo con alertas de incumplimiento.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	8
---------	----------------	----------	---

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

6.1. Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades literal
6.1.1. literal c)

Realizando la verificación de la aplicación del control No.4 del segundo riesgo de gestión, se observa en ISOLUCION que no se encuentra el registro de la verificación de evidencias y soportes por parte de los auditores de los planes de mejoramiento 3283, 3284 y 3285 del proceso de Provisión de Servicios de Salud y del plan de mejoramiento 3237 del proceso de Política y Gerencia Estratégica, incumpliendo con lo establecido en el numeral 6.1 Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades.

X

Actividad	Seguimiento
<p>Responsable Edith Alejandra, Martin Pinto</p> <p>Fecha Compromiso 30/oct./2024</p> <p>Reportada por Fernando Anibal, Peña Diaz</p> <p>Actividad 1. Actualizar el Procedimiento SDS-PSS-PR_017 con, documentos asociados cuando aplique y elaborar instructivo para entrega de jornada por parte de profesional de la modulación de Gestión Operativa 24 Horas, que incluya la herramienta de registro utilizada para conservar la trazabilidad de la información y publicar en ISOLUCION (H)</p> <p>Auditor Monica Marcela, Ulloa Maz</p>	<p>Adicionar Seguimiento</p> <p>Fecha 31/oct./2024</p> <p>Resultado Formato de entrega de jornada de modulación de la Gestión Operativa de la Donación</p> <p>Usuario Edith Alejandra, Martin Pinto</p> <p>Registros(1)</p> <hr/> <p>Fecha 31/oct./2024</p> <p>Resultado Correo de solicitud de publicación del formato de entrega de jornada de la modulación de la Gestión Operativa de la Donación</p> <p>Usuario Edith Alejandra, Martin Pinto</p> <p>Registros(1)</p> <hr/> <p>Fecha 31/oct./2024</p> <p>Resultado Se realiza reunión para actualización documental</p> <p>Usuario Edith Alejandra, Martin Pinto</p> <p>Registros(1)</p> <hr/> <p>Fecha 25/nov./2024</p> <p>Resultado Se diseño un formato para entrega de jornada de modulación a la gestión operativa de la donación</p> <p>Usuario Edith Alejandra, Martin Pinto</p> <p>Registros(1)</p>

Plan de Mejoramiento

Actividad	Seguimiento
<p>Responsable Leonardo, Salas Zapata</p> <p>Fecha Compromiso 31/oct./2024</p> <p>Reportada por Leonardo, Salas Zapata</p> <p>Actividad Actualizar la herramienta de seguimiento y programación de actividades del OSB que incluye una medida cuantitativa del grado de avance de cumplimiento</p> <p>Auditor Francisco Javier, Pinto Gonzalez</p>	<p>Adicionar Seguimiento</p> <p>Fecha 08/oct./2024</p> <p>Resultado En el momento, no se evidencia avance de la actividad sugenda</p> <p>Usuario Francisco Javier, Pinto Gonzalez</p> <p>Registros(1)</p> <hr/> <p>Fecha 11/oct./2024</p> <p>Resultado Se actualizo herramienta de seguimiento y programación de actividades del OSB.</p> <p>Usuario Leonardo, Salas Zapata</p> <p>Registros(1)</p>

7.1 Recursos

Se verifica por parte del equipo auditor en lo referente a la contratación del recurso humano, que el personal es vinculado a través de contratos de prestación de

X



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8



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

7.1.2
Personas
7.1.5.
Recursos de
seguimiento y
medición

servicios, incluidos en el Plan Anual de Adquisiciones del proyecto de Inversión 8114 denominado "Modernización y desarrollo administrativo de la Secretaría Distrital de Salud", gerenciado por la Subsecretaria Corporativa.

Verificando la medición del objetivo y salidas del proceso durante la mesa de auditoría, el proceso informó que la medición se está realizando mediante la política de control interno, teniendo en cuenta la ficha técnica del indicador presentada en la mesa de auditoría, en donde el nivel de confianza con base en los aspectos clave de éxito reflejados en el mapa de aseguramiento tiene como línea base de medición un valor aproximado de 3,9.

Adicional, se evidenció que en la ficha técnica del indicador la periodicidad de medición es anual, y que la primera medición (línea base) se realizó en el mes de julio del 2023. Considerando el impacto que tiene este indicador para la medición del proceso y la política de control interno, **se recomienda establecer la metodología para la medición del objetivo del proceso para fortalecer el seguimiento y autocontrol de los procesos.**

5.1 OBJETIVO DEL INDICADOR:	Nivel de confianza de la función de aseguramiento de la segunda línea		
5.2 TENDENCIA DEL INDICADOR:	CRECIENTE	5.3 PERIODICIDAD DEL CÁLCULO:	ANUAL
5.4 RESPONSABLE DEL INDICADOR:	OCI		
5.5 RESPONSABLE DE RECOLECTAR DATOS DEL INDICADOR:	PROCESOS DE SEGUNDA LINEA IDENTIFICADOS EN EL MAPA	5.6 RESPONSABLE DEL ANALISIS DEL INDICADOR:	SEGUNDA IDENTIFICADOS EN EL MAPA Y TERCERA LINEA
5.7 ORIGEN O FUENTE DE LOS DATOS:	ESQUEMA DE LINEAS DE DEFENSA-MAPA DE ASEGURAMIENTO		
5.8 FORMULA:	A - B	Variable A	promedio funciones de aseguramiento
		Variable B	línea base
5.9 LINEA BASE	3.9	6. UNIDAD DE MEDICION:	NUMERO
7 FECHA DE CUMPLIMIENTO	ANUAL		
8. TOLERANCIA SUPERIOR	ALTO 0.4		0.5
8.1 TOLERANCIA INFERIOR	BAJO 0.0		0.39
9. ACCIÓN DE MEJORA BAJA EJECUCION	Formar plan de mejoramiento en los procesos que no alcanzaron el rango de tolerancia		10. ACCIÓN DE MEJORA SOBRE EJECUCION

PJ
Lewis Jhossimar, Pol...

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. - CIENTE
Secretaría de Salud
Mónica Marcela, Ulloa...

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. - CIENTE
Secretaría de Salud
Samir Andrés, Salazar...

BG
Jose Gregorio, Bueno...

RP
María Ditzel, Rizo...



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**

INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8



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

Entidad externa que hace seguimiento y verifica (Proveedora externa de aseguramiento)	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
Departamento Administrativo de la Función Pública Veredura Distrital Secretaría General - Alcaldía Mayor de Bogotá Ciudadanía.	Nivel de Confianza Medio. Para el seguimiento cualitativo que realiza la OCI, siempre debe remitirse a la primera línea, dado que la segunda línea no provee la información en estadios subsecuentes.	La OPIPC debe asumir su rol como defensa en este tema.
Ministerio TIC Ministerio de Asuntos Públicos Procuraduría General de la Nación (PLN) y los procesos Veredura Distrital Cooperación Transparencia por Colombia	En el seguimiento realizado por parte de la OCI se observa oportunidad y veracidad de la información por parte de la segunda línea de defensa.	De evidenciar que los servicios de este proveedor de 2ª línea de defensa, a confianza suficiente con base en los criterios de medición, por lo cual no será necesario de defensa adicional el proceso y el servicio en el plan anual de auditoría.
Archivo General de la Nación Archivo Distrital de Bogotá	Nivel de confianza medio	En los seguimientos realizados por la OCI se debe reforzar sus acciones de monitoreo de las acciones en la base de archivos.

PJ
Lewis Jhossimar, Pal...

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud
Monica Marcela, Ulloa...

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud
Samir Andrés, Salazar...

BG
Jose Gregorio, Bueno...

RP
Maria Del Pilar, Riv...

Entidad externa que hace seguimiento y verifica (Proveedora externa de aseguramiento)	Observaciones de Tercera Línea de Defensa	Conclusión Tercera Línea de Defensa
Procuraduría General de la Nación (PLN) Comisión de Seguimiento y Control	Se evidencia que los servicios de este proveedor de 2ª línea de defensa, a confianza suficiente con base en los criterios de medición, por lo cual no será necesario de defensa adicional el proceso y el servicio en el plan anual de auditoría.	Nivel de confianza alto. De haberse controlado oportunamente en el plan del 2022 (este año aplica el seguimiento programado).
Comisión de Seguimiento y Control	Nivel de Confianza Medio	Se seguirá incluyendo auditoría de la etapa precontractual correspondiente a la primera línea de defensa.
Comisión de Seguimiento y Control	Nivel de Confianza Medio	Se seguirá incluyendo auditoría de la etapa precontractual correspondiente a la primera línea de defensa.

7.2 Competencia

El equipo auditor verificó que el proceso cuenta con auditores que cumplen con el perfil y competencias para desarrollar las actividades de auditoría. Las actividades de auditoría son realizadas por personal de planta (6) y contrato de prestación de servicios (6), como se evidencia a continuación:

X



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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

LISTADO DE AUDITORES OFICINA DE CONTROL INTERNO 2024

No.	NOMBRE DEL AUDITOR	TIPO DE VINCULACIÓN	DE CONTRATO (SI APLI)	PROFESION	PERFIL	TIEMPO DE EXPERIENCIA COMO
1	Mónica Marcela Ulloa Maz	Contrato de prestación de Servicios	CONTRATO No. 6584180	Odontóloga	Especialista en sistemas de calidad y auditoria fomacion como auditor interno de calidad ISO 901: 2015	13 años
2	Lyda Rocío Manrique Garzon	Carrera Administrativa	N.A	Ingeniera Civil	Especialista en Gestion Ambienta Uibana	5, 5 años
3	Oscar Rojas Suarez	Contrato de prestación de Servicios	Contrato No. 6823509	Administrador	Empresas	5 años
4	Jose Gregorio Bueno Hernandez	Contrato de prestación de Servicios	Contrato No. 6823472	Ingeniero Ambiental	Especialista en Seguridad Social Integral interno en ISO 9001, 14001, 2015 y 45001 2018	7 años
5	Martha Yessenia Garcia Mejia	Carrera Administrativa	N.A	Economista	Especialista en administracion publica	8 años
6	Gilberto Poveda Villalba	Contrato de prestación de Servicios	Contrato No. 6582553	Abogado	Especialista, Derecho Mercantil, Financiero, Administrativo	4 años
7	Francisco Javier Pinto Gonzalez	Contrato de prestación de Servicios	Contrato No. 6823363	Ingeniero de Sistemas	Especialistay Gerente en Seguridad de la informacion - CISM, lider en Ciberseguridad, Lider Auditor en ISO27001, ScrumMaster y Director de proyectos	6 años
8	Doris Pilar Ojeda Perez	Carrera Administrativa	N.A	Administrador Industrial	Especialista en Gerencia de la Calidad	2 años
9	Lady Dahiana Tibaúiza Chaparro	Carrera Administrativa	N.A	Contadora Pública	Especialista en Ciencias Tributarias	5 años
10	Marisol García Villamarín	Carrera Administrativa	NA	Bacteriologa y laboratorista clinico	Especialista en Gerencia de laboratorios- Formacion como auditor interno NORMA ISO 17025/2005	1año
11	Luz Myriam Arias M	Contrato de prestación de Servicios	Contrato No. 6578396	Contadora Pública	Especialista en Gerencia Financiera - auditora internas normas ISO 9001/2015-	14 años
12	Gustavo Adolfo Guerrero Gomez	Carrera Administrativa	N.A	Contador Publico	Diplomado en Ley Tributaria	4 años

Se realiza una muestra aleatoria en SECOP II a los contratistas del proceso de Evaluación, seguimiento y Control; se evidencia que el recurso humano, cuenta con el perfil especializado requerido y certificación de auditores en calidad.

7.3 Toma de Conciencia

Durante las visitas realizadas por parte del equipo auditor, se evidenció que el proceso de Evaluación, Seguimiento y Control realizó actividades de sensibilización, cumpliendo con los requisitos del SGC, numeral 7.3 de la norma ISO 9001:2015.

Soportes remitidos en carpeta de One Drive:

Nombre ↑	Modificado	Modificado...
ASISTENCIA SOCIALIZACION RES_036.pdf	22 de noviembre	Jose Gregorio, Buei
ASISTENCIA_CAP_23_09_24_OCI_AM.pdf	26 de noviembre	Jose Gregorio, Buei
CAPACITACIONES.zip	26 de noviembre	Jose Gregorio, Buei
Estrategia promover cultura control febrero 14 2024.pdf	22 de noviembre	Monica Marcela, UI
SOCIALIZACION RES ABRIL_2024.pptx	22 de noviembre	Jose Gregorio, Buei

X



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	8
---------	----------------	----------	---

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

	<table border="1"> <tr> <td>Octubre</td> <td>Preparación Empelícúlate</td> <td>involucran, que permite mejorar</td> </tr> <tr> <td>Noviembre</td> <td>Concurso Segunda temporada Empelícúlate con el autocontrol</td> <td>Dado el cambio de administración la Oficina de Control Interno considera necesario realizar una actividad de para afianzar la cultura del autocontrol Segunda temporada del concurso</td> </tr> </table>	Octubre	Preparación Empelícúlate	involucran, que permite mejorar	Noviembre	Concurso Segunda temporada Empelícúlate con el autocontrol	Dado el cambio de administración la Oficina de Control Interno considera necesario realizar una actividad de para afianzar la cultura del autocontrol Segunda temporada del concurso	<p>Se debe tener en cuenta realizar las acciones pertinentes para poder contar con los recursos y apoyo requerido para darle continuidad a la implementación de la estrategia “empelícúlate con el autocontrol” en próximas vigencias, teniendo en cuenta que fue una estrategia que tuvo gran acogida en su primera versión, así como se programó en el documento denominado como “Estrategia de promoción cultura de autocontrol Secretaría Distrital de Salud”, en el Cronograma de Publicaciones entre los meses de octubre a diciembre, donde se tenía contemplado realizar el “Concurso Segunda temporada Empelícúlate con el autocontrol”, <u>se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.</u></p>		
Octubre	Preparación Empelícúlate	involucran, que permite mejorar								
Noviembre	Concurso Segunda temporada Empelícúlate con el autocontrol	Dado el cambio de administración la Oficina de Control Interno considera necesario realizar una actividad de para afianzar la cultura del autocontrol Segunda temporada del concurso								
<p>7.5 Información Documentada 7.5.2 Creación y Actualización 7.5.3 Control de la Información Documentada</p>	<p>Al realizar la verificación documental del proceso Evaluación, Seguimiento y Control en el aplicativo ISOLUCION, se constata que el proceso cuenta con 24 documentos, de los cuales se observa que tres documentos corresponden a procedimientos SDS-ESC-PR-003, SDS-ESC-PR-005 y SDS-ESC-PR-007, los cuales requieren ajustes en las unidades de tiempo en su próxima actualización, en la actividad 27 del SDS-ESC-PR-007, está “cada 6 meses”, en la actividad 5 del SDS-ESC-PR-005, dice “1 día” y en la actividad 9 del SDS-ESC-PR-003 mencionan “1/2 DÍA”, por lo que se debe tener en cuenta lo establecido en el Lineamiento SDS-PYC-LN-014 “Elaboración de procedimientos”, en el numeral 6.2.2 Elementos que componen los procedimientos, literal “g) Tiempo: Para el presente lineamiento representa la duración de la ejecución de las actividades”, <u>lo que se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.</u></p> <p>Se toma muestra en capturas de pantalla:</p>	<p>X</p>								



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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

isolucion			
26	Aplicar el procedimiento para el seguimiento a planes de mejora SDS ESC PR 005		PRO PROFESIONA
27	Comunicar al Comité Coordinador de Control Interno o en la revisión por la dirección, los resultados de las auditorías de calidad.	CADA 6 MESES	JEFE OFICINA D
28	FIN	No aplica	N

4	El PM cumple con los criterios establecidos SIS ND:2	N/A	
5	Comunicar al proceso que el plan de mejora se encuentra acorde con los criterios establecidos para que sea enviado desde el correo del líder	1 día	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

9	Revisar y Aprobar la lista de chequeo.	1/2 día	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO Oficina Control Interno
---	--	---------	--

	<p>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS</p>	
SECRETARÍA DE SALUD	Código: SDS-PYC-LN-014 Versión: 5	
Elaborado por: Cristian Javier Illera Lugo / Revisado por: Alvaro Augusto Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa		

PYC-LN-004 LINEAMIENTO NORMOGRAMA"

- e) **Diagrama de flujo:** Es la representación gráfica de un procedimiento que permite la observación sistemática de su ejecución. Muestra la dinámica y la lógica de la secuencia de trabajo y para su elaboración se deberá coordinar con el Referente SIG de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, asignado al proceso.
- f) **Actividades:** Es el conjunto de operaciones realizadas en un procedimiento, en ellas se describen las operaciones para generar el producto o servicio. Se deben formular iniciando en verbo infinitivo más el complemento de la actividad. Ejemplo: "Realizar análisis de percepción del cliente interno y externo mediante la aplicación de encuestas de satisfacción acorde con las características del servicio".

g) **Tiempo:** Para el presente lineamiento representa la duración de la ejecución de las actividades, las cuales se expresan en minutos, horas, días y meses. Se debetener en cuenta que la unidad de tiempo cambia cuando sobrepase el rango de los valores de cada unidad, a lo cual se aproxima a la unidad de medida siguiente, porejemplo, si la actividad está entre 1 minuto y 59 minutos, se deberá utilizar la unidad "Minutos", así mismo, si se encuentra entre 1 hora y 7 horas, se deberá utilizar la unidad de "Horas", en cambio, si es Mayor a 8 Horas, se deberá interpretar como "Días" y Mayor a 30 Días, en unidad de "Meses".

7.5
Información Documentada
7.5.2 Creación y Actualización
7.5.3 Control de la

De otra parte, durante las mesas de auditoría, al verificar la caracterización del proceso (SDS-ESC-CAR-001), se realizaron observaciones para ajuste en la descripción de las actividades relacionadas con el ciclo PHVA de la última salida documentada en la caracterización: "Informes de seguimiento a los Planes de mejoramiento", frente a esto **se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.**

X



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**

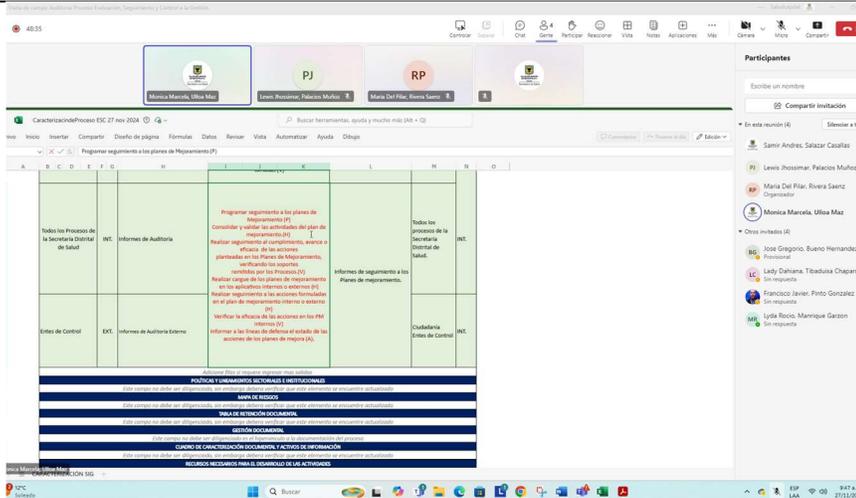
INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8



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

Información Documentada



Informes de Auditoría	<p>Programar seguimiento a los planes de Mejoramiento (P) Consolidar y validar las actividades del plan de mejoramiento.(H) Realizar seguimiento al cumplimiento o avance de las acciones planteadas en los Planes de Mejoramiento, verificando los soportes remitidos por los Procesos. Realizar cargue de los planes de mejoramiento en los aplicativos internos o externos (H)</p>	Informes de seguimiento a los Planes de mejoramiento.
Informes de Auditoría Externos	<p>Realizar seguimiento a las acciones formuladas en el plan de mejoramiento (H) Verificar la eficacia de las acciones realizadas (V) Informar a las líneas de defensa el estado de las acciones de los planes de mejora (A).</p>	

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

A su vez, en revisión del procedimiento SDS-ESC-PR-003 AUDITORIAS DE GESTION CON ENFASIS EN RIESGOS se evidenció que tienen relacionada la Resolución 1270 de 2021 “Por la cual se Deroga la Resolución 2412/2019 y 1498/2020 que crea/modifica la Política de Administración de Riesgos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C”, la cual se encuentra en el listado maestro del normograma, pero no está relacionada al proceso de Evaluación, Seguimiento y Control. Sin embargo, el resto de las normas del procedimiento sí se encontraban relacionadas al proceso dentro del normograma, **lo que se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.**

Se toma muestra en capturas de pantalla:

X



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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

3. DEFINICIONES Y MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de la República de Colombia
Artículo 209 – Principios de la función administrativa.
Artículo 269 – Control Interno.
- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.”
- Ley 489 de 1998 “Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones”, en los artículos que le apliquen al presente lineamiento, así como las normas que lo modifiquen y/o lo
- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad las normas que lo modifiquen y/o lo reglamenten.
- Decreto con fuerza de Ley 019 de 2012 “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y tramites innecesarios existentes normas que lo modifiquen y/o lo reglamenten.
- Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.” en los artículos que le apliquen al presente l reglamenten.
- Resolución No. 193 de 2016 (Contaduría General de la Nación) “Por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública presente lineamiento, así como las normas que lo modifiquen y/o lo reglamenten.
- **Resolución 1270 de 05 de agosto de 2021** “Por la cual se Deroga la Resolución 2412/2019 y 1498/2020 que crea/modifica la Política de Administración de Riesgos

Filtrar por palabra 🔍

Número de resultado(s): (1) Página 1 de 1

Nombre	Descripción	Proceso	Año	Fecha De Actualizacion	Fecha De Almacenamiento	Subsecretaría	L O V_ Direccion S D S	Proviene De
RESOLUCIÓN 1270 DE 2021 (AGOSTO 05)	"Por la cual se Deroga la Resolución 2412/2019 y 1498/2020 que crea/modifica la Política de Administración de Riesgos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C"	Planeación Institucional y Calidad	2021	05/ago./2021	11/ago./2021	Subsecretaría Corporativa	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

7.5
Información Documentada
7.5.1.
Generalidades
Literal b

Se observa que la matriz de riesgos del proceso no se encuentra completamente diligenciada en los campos de tratamiento y plan de acción, lo que no permite mitigar el nivel de riesgo residual, así como tampoco se determina una acción de contingencia ante una posible materialización del riesgo **incumpliendo lo establecido en el Lineamiento de Gestión del Riesgo SDS-PYC-LN-012 y el numeral 7.5.1 literal b) La información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de Gestión de Calidad.**

X



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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

		RIESGO RESIDUAL				5. PLAN DE ACCIÓN		
A. Referencia	B. Proceso (Seleccionar)	D. Valor Impacto Residual Final	E. Zona de Riesgo Final	F. Tratamiento (Seleccionar)	A. Plan de Acción	B. Fecha Implementación	C. Acción de Contingencia ante Posible Materialización del Riesgo	
31	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	60,0%	Moderado		NA	NA	NA	
		45,0%	Moderado					
		45,0%	Moderado					
32	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	40,0%	Moderado		NA	NA	NA	
		40,0%	Moderado					
		40,0%	Bajo					
		40,0%	Bajo					
33	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	80,0%	Alto	NA	NA	NA	NA	
		80,0%	Alto					
		80,0%	Alto					
		10 - NIVEL DEL RIESGO DEL RESIDUAL				5. PLAN DE ACCIÓN		
A. Referencia	B. Proceso (Seleccionar)	D. Valor Impacto Residual Final	E. Zona de Riesgo Final	F. Tratamiento (Seleccionar)	A. Plan de Acción	B. Fecha Implementación	C. Acción de Contingencia ante Posible Materialización del Riesgo	
11	Evaluación Seguimiento y Control a la Gestión	80,0%	Alto					
		80,0%	Alto					
		80,0%	Alto					
8.1 Planificación y Control Operacional	El equipo auditor, realizo validación al REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO correspondiente al II Trimestre del 2024, donde se evidencia que la actividad “Gestionar la Documentación del Sistema de Gestión de la SDS” no se cumplió, el proceso informa que las actividades de documentación se van a realizar en el IV trimestre por el Modelo Operativo por Procesos (MOP), ya que esto implica el cambio de la documentación del proceso.						X	



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL								
REPORTE PLAN OPERATIVO DE GESTION Y DESEMPEÑO								
Código:			SDS-PYC-FT-023			Versión:		
Elaborado por: Alvaro Amador / Revisado por: Rafael Acosta P101 / Aprobado por: Juan Carlos Jaramilla Cerna								
META	ACTIVIDADES	SUBACTIVIDADES	Programado 1er trimestre(%)	Ejecutado 1er trimestre(%)	Programado 2do trimestre	Reprogramado 2do trimestre(%) =no ejecutado + programado inicial	Ejecutado 2dotrimestre(%)	Programado 3er trimestre
	SUBTOTAL		16%	16%	3%	0%	3%	7%
	Implementar acciones que contribuyan a la política de mejora normativa.	Realizar la actualización de la normatividad.	1%	1%	1%		1%	1%
	SUBTOTAL		1%	1%	1%	0%	1%	1%
	Gestionar la Documentación del Sistema de Gestión de la SDS.	Actualizar la Gestión Documental del proceso.	3%	1,5%	3%	4,5%	4,5%	
	SUBTOTAL		3%	1,5%	3%	4,5%	4,50%	0%

**9.1.2
Satisfacción
del Cliente**

Al revisar el informe del resultado de percepción del cliente vigencia 2024, no se evidencia cumplimiento de manera total del Lineamiento SDS-PYC-LN-003 denominado Percepción del Cliente. Lo anterior, teniendo en cuenta que se evidencia que se utiliza el formato SDS-PYC-FT-046 REPORTE RESULTADOS DE PERCEPCIÓN, que es el vigente y exclusivo a utilizar para el procesamiento de resultados, puesto que también utilizaron el Modelo-086 MATRIZ DE RESULTADOS - PERCEPCIÓN DEL CLIENTE que está obsoleto.

X

Nombre ↑	Modificado	Modificado...
Modelo086CARGADO (3).xlsx	21 de noviembre	Monica Marcela, UI
SDS-PYC-FT-046V1 (2).xlsx	Hace 4 días	Monica Marcela, UI
SDS-PYC-FT-047V1-2 (2).doc	21 de noviembre	Monica Marcela, UI
Soporte del correo remitido con el informe...	21 de noviembre	Monica Marcela, UI

Igualmente, durante la auditoría se informó que se debe tener en cuenta en próxima encuesta la clasificación de las preguntas en los 5 aspectos, incluyendo el de Infraestructura, de conformidad con el lineamiento SDS-PYC-LN-003 PERCEPCIÓN DEL CLIENTE en su capítulo 5.1 METODOLOGÍAS PARA EL ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN. Además, no se evidenció que se tuvieron en cuenta los últimos seis (6) meses de la vigencia 2023 en el informe de percepción del cliente, considerando que el informe presentado tuvo en cuenta el periodo de enero a mayo de 2024, y el de la vigencia 2023 tuvo en cuenta el periodo del



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	8
---------	----------------	----------	---

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

	<p>segundo semestre 2022 y primer semestre 2023. Por lo anterior, <u>se determina la pertinencia de desarrollar una acción para abordar riesgos.</u></p> <p>Se relacionan capturas de pantalla sobre lo mencionado:</p> <p>Captura del informe vigencia 2023:</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Presentar los resultados de medición del segundo semestre 2022 y primer semestre 2023 con respecto a la percepción de los clientes frente al ejercicio de auditorías realizadas y con ello coordinar y armonizar acciones o actividades para el mejoramiento del proceso en el corto y mediano plazo.</p> <p>Captura del informe vigencia 2024:</p> <p>1. OBJETIVO</p> <p>Presentar los resultados de medición de enero a mayo 2024 respecto a la percepción de los clientes frente al ejercicio de auditorías realizadas, todo lo anterior, con el propósito de compartir y conocer sistemáticamente el estado y los avances del ejercicio realizado; pero con el especial interés de coordinar y armonizar acciones conjuntas para el mejoramiento del proceso en el corto y mediano plazo. La Oficina de Control Interno está totalmente comprometida con el mejoramiento continuo de su proceso para brindar un mejor servicio a sus usuarios.</p> <p>2. DESARROLLO</p> <p>En este informe se presentan los resultados del análisis de percepción del proceso Evaluación, seguimiento y control</p> <p>La información aquí presentada corresponde al periodo de enero a junio 2024</p> <p>A continuación, se describen las características y el proceso desarrollado para la evaluación e identificación de percepción del cliente:</p>		
9.1.3 Análisis y Evaluación	Conforme con las herramientas para los mecanismos de análisis y evaluación para la toma de decisiones, se pudo evidenciar que el proceso Evaluación, Seguimiento y Control tiene el POGD, con sus indicadores de gestión de acuerdo al formato SDS-PYC-FT-022 "hoja de vida de indicadores", los cuales permiten monitorear y tomar decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.	X	
9.2.2 Auditoría Interna 9.2.2 literal c Selección Auditores	<p>El equipo auditor realiza verificación del Plan anual de auditorías del 2024, para ello selecciona una muestra de la auditoria de calidad del proceso Gestión del Conocimiento y una basada en riesgos al proceso Gestión TIC.</p> <p>Se revisa el procedimiento SDS-ESC-PR-007 Auditorias de Calidad, específicamente la actividad No. 10 "Diseñar la lista de verificación de auditoria (numerales de la norma ISO 9001:2015)", el documento relacionado en esta actividad es la lista de chequeo, en los documentos suministrados por el proceso se encuentra lo siguiente:</p>	X	



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTIÓN
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACION TRABAJO DE AUDITORIA (INA 2230)

Código: SDS-ESC-FT-005 Versión: 8

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

NOMBRE DEL TRABAJO DE AUDITORIA: CALIDAD PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION

FECHA DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE AUDITORIA: AGOSTO - SEPTIEMBRE DE 2024

NOMBRE Y APELLIDOS DEL (OS) AUDITOR(ES): OSCAR ROJAS SUAREZ

No.	DOCUMENTO	FOLIOS
1	EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO Y/O SOPORTES DE LA AUDITORIA (PAPELES DE TRABAJO O CD)	8
2	CARTA DE REPRESENTACION	1
3	MEMORANDO DE ENVIO FIRMADO	1
4	PLAN DE AUDITORIA FIRMADO	1
5	ACTA DE REUNION Y LISTADO DE ASISTENCIA MESA DE APERTURA	3
6	LISTAS DE CHEQUEO TRABAJO DE AUDITORIA FIRMADAS	3
7	ACTAS DE REUNION Y/O VISITAS DE CAMPO	7
8	LISTADOS DE ASISTENCIA A REUNIONES Y/O VISITAS DE CAMPO	2
9	CORREO ELECTRÓNICO CON INFORME PRELIMINAR	1
10	ACTA DE REUNION Y/O LISTADO DE ASISTENCIA MESA DE CIERRE	3
11	MEMORANDO DE ENVIO Y SOLICITUD DE PLAN DE MEJORAMIENTO SI SE REQUIERE	1
12	MEMORANDO DE RECIBIDO CON PLAN DE MEJORAMIENTO Y ANÁLISIS CAUSAL	2
13	INFORME EJECUTIVO	N/A
14	INFORMACIÓN MAGNETICA (Informe Final PDF, papeles y documentos correos electrónicos, audios reuniones TEAMS, entre otros.)	1
TOTAL FOLIOS		33

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR QUE ENTREGA

NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE (GESTOR DE CALIDAD)

OSCAR ROJAS SUAREZ

MONICA ULLOA MAZ

FIRMA:

FIRMA:

FECHA DE ENTREGA: 24/10/2024

Se verifica en el aplicativo ISOLUCIÓN que el formato se encuentra vigente y diligenciado adecuadamente

Se revisa la actividad No.19 "Remitir mediante correo electrónico informe preliminar de auditoria al proceso auditado para su revisión"; el documento relacionado en esta actividad es: "Correo electrónico con informe preliminar adjunto y establecimiento de plazos para reclamación de hallazgos (3 días hábiles)", se evidencia correo donde se evidencia el cumplimiento de la actividad de este proceso



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8

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

refox <https://outlook.office.com/mail/id/AAQkAGE3NzUyZjg5LTI0LTY2>

Oscar Hernando, Rojas Suarez
Liliana Sofia, Cepeda Amaris; Salome, Valencia Aguirre; John Fredy, Ochoa Lugo; Karen Liceth, B;
Olga Lucia, Vargas Cobos

Cordial saludo Dra. Liliana,

Dando continuidad al desarrollo de las actividades de verificación establecidas por la Oficina de Control Interno en el marco de la auditoria calidad al proceso de Gestión de Gestión del Conocimiento e Innovacion, me permito **remitar el informe preliminar** para su revisión y observaciones, las cuales podrá allegar a través del correo electrónico, contemplando que en la mesa cierre no se recibirán objeciones ni evidencias al respecto.

Por lo anterior, se les convoca a mesa de cierre como se describe a continuación:

Reunión de Cierre: Lunes 23 de septiembre de 2023
Hora: 2:30 p.m.
Lugar: Vía Teams

Agradeciendo su amable atención.

Atentamente,



Oscar Rojas Suarez
Profesional Especializado
Oficina de Control Interno
Secretaría Distrital de Salud
Ext: 9526

Respecto a la verificación del procedimiento SDS-ESC-003 auditorías de gestión con énfasis en riesgos, del proceso de Gestión TIC, se evidencia en el expediente de la auditoria del proceso, cumpliendo por parte del proceso, en la adherencia a este procedimiento.

10.3 Mejora Continua

Se realiza validación del análisis de contexto (DOFA) realizado por el proceso en la vigencia 2024, logrando evidenciar que del análisis y evaluación de los factores se plantearon estrategias para atacar las amenazas y debilidades identificadas. Así mismo, se observa el seguimiento a la implementación de estas estrategias que han contribuido al fortalecimiento del proceso.

X

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD					
DESPLIEGUE Y ALINEACIÓN DE ESTRATEGIAS					
ITEM	ESTRATEGIA	MECANISMO DE DESPLIEGUE	RESPONSABLE(S)	FECHA IMPLEMENTACIÓN	OBJETIVO ESTRATEGICO
1	Capacitaciones con el equipo de trabajo (F1-01) (D1-01)	Reuniones Correo Electrónico	Audítores OCI	15 de enero a 15 de Diciembre 2024	Fortalecer la gestión y la transparencia Institucional
2	Desarrollar el plan estratégico de la política de control interno (F3 -01) (D2-04)	Documentos ,correos electrónicos	Audítores OCI	15 de enero 2024 a 15 de Diciembre 2024	Fortalecer la gestión y la transparencia Institucional
3	Desarrollar mesas para análisis de hallazgos y recurrencias de auditorías internas y de control (F4-F5-A3)	Reuniones	Grupo de mejoramiento Planeación y Calidad Control Interno.(rol asesor)	febrero 2024 junio 2024 noviembre 2024	Fortalecer la gestión y la transparencia Institucional
4	Desarrollar estrategias comunicativas de sensibilización sobre hallazgos recurrentes en auditorías internas y de entos de control (F6-A3) (D3-A3)	Intranet SDS comunicaciones	Audítores OCI	15 de febrero a 15 de diciembre 2024	Fortalecer la gestión y la transparencia Institucional



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	8
---------	----------------	----------	---

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

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.

Acciones para Abordar Riesgos

- 1- Al revisar el informe del resultado de percepción del cliente vigencia 2024, no se evidencia cumplimiento de manera total del Lineamiento SDS-PYC-LN-003 denominado Percepción del Cliente. Lo anterior, teniendo en cuenta que se evidencia que se utiliza el formato SDS-PYC-FT-046 REPORTE RESULTADOS DE PERCEPCIÓN, que es el vigente y exclusivo a utilizar para el procesamiento de resultados, puesto que también utilizaron el Modelo-086 MATRIZ DE RESULTADOS - PERCEPCIÓN DEL CLIENTE que está obsoleto. Igualmente, durante la auditoría se informó que se debe tener en cuenta en próxima encuesta la clasificación de las preguntas en los 5 aspectos, incluyendo el de Infraestructura, de conformidad con el lineamiento SDS-PYC-LN-003 Percepción del Cliente en su capítulo 5.1 METODOLOGÍAS PARA EL ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN. Además, no se evidenció que se tuvieron en cuenta los últimos seis (6) meses de la vigencia 2023 en el informe de percepción del cliente, considerando que el informe presentado tuvo en cuenta el periodo de enero a mayo de 2024, y el de la vigencia 2023 tuvo en cuenta el periodo del segundo semestre 2022 y primer semestre 2023. Por lo anterior, **se determina la pertinencia de desarrollar una acción para abordar riesgos.**

Oportunidades de Mejora

- 1- Se debe tener en cuenta realizar las acciones pertinentes para poder contar con los recursos y apoyo requerido para darle continuidad a la implementación de la estrategia “empelicúlate con el autocontrol” en próximas vigencias, teniendo en cuenta que fue una estrategia que tuvo gran acogida en su primera versión, así como se programó en el documento denominado como “Estrategia de promoción cultura de autocontrol Secretaría Distrital de Salud”, en el Cronograma de Publicaciones entre los meses de octubre a diciembre, donde se tenía contemplado realizar el “Concurso Segunda temporada Empelicúlate con el autocontrol”, se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.
- 2- Al realizar la verificación documental del proceso Evaluación, Seguimiento y Control en el aplicativo ISOLUCION, se constata que el proceso cuenta con 24 documentos, de los cuales se observa que tres documentos corresponden a procedimientos SDS-ESC-PR-003, SDS-ESC-PR-005 y SDS-ESC-PR-007, los cuales requieren ajustes en las unidades de tiempo en su próxima actualización, en la actividad 27 del SDS-ESC-PR-007, está “cada 6 meses”, en la actividad 5 del SDS-ESC-PR-005, dice “1 dá” y en la actividad 9 del SDS-ESC-PR-003 mencionan “1/2 DÍA”, por lo que se debe tener en cuenta lo establecido en el Lineamiento SDS-PYC-LN-014 “Elaboración de procedimientos”, en el numeral 6.2.2 Elementos que componen los procedimientos, literal “g) Tiempo: Para el presente lineamiento representa la duración de la ejecución de las actividades”, lo que se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.
- 3- De otra parte, durante las mesas de auditoría, al verificar la caracterización del proceso (SDS-ESC-CAR-001), se realizaron observaciones para ajuste en la descripción de las actividades relacionadas con el ciclo PHVA de la última salida documentada en la caracterización: “Informes de seguimiento a los Planes de mejoramiento”, frente a esto se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	8
---------	----------------	----------	---

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

4- A su vez, en revisión del procedimiento SDS-ESC-PR-003 AUDITORIAS DE GESTION CON ENFASIS EN RIESGOS se evidenció que tienen relacionada la Resolución 1270 de 2021 "Por la cual se Deroga la Resolución 2412/2019 y 1498/2020 que crea/modifica la Política de Administración de Riesgos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C", la cual se encuentra en el listado maestro del normograma, pero no está relacionada al proceso de Evaluación, Seguimiento y Control. Sin embargo, el resto de las normas del procedimiento sí se encontraban relacionadas al proceso dentro del normograma, lo que se determina la pertinencia de desarrollar una oportunidad de mejora.

CONCLUSIONES

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

- El personal del proceso que atendió la auditoría y suministro la información solicitada tuvo buena disposición durante el desarrollo de la auditoría.
- En cumplimiento a la auditoría de Calidad, el proceso entrego la información, de acuerdo con la solicitud del equipo auditor.
- Durante la auditoria se da cumplimiento al cronograma establecido en el plan de auditoría, sin embargo, se presentó novedades al iniciar la mesa de apertura, dado que el proceso auditado solicito ajustes a las fechas del plan de auditoría.
- Durante el desarrollo de la auditoria, el equipo auditor emite recomendaciones y/o sugerencias para que el proceso las tenga en cuenta, con el propósito de buscar la mejora continua.
- Es importante tener en cuenta que en el mes de diciembre se presenta cierre de vigencia, por lo cual los procesos se encuentran entregando informes, para lo cual, se sugiere que las auditorias programadas para este mes, sean proyectadas entre los meses octubre y hasta noviembre.
- Es importante que dentro del procedimiento de auditorías de calidad y con énfasis en riesgos, se establezca la participación de la alta dirección (lideres de proceso), en la reunión de apertura.
- Se recomienda que a los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad, se continúen con los controles, con el propósito de disminuir errores e inconsistencias en el diligenciamiento de la información, la cual es publicada de manera interna y externa.

Revisado gestor de calidad DPIYC: _____

 Firmado digitalmente
por Alvaro Augusto
Amado Camacho

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:

María del Pilar Rivera Sáenz

FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:

NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR:

Samir Andrés Salazar Casallas
Lewis Jhossimar Palacios Muñoz

FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR:

**NOMBRES Y APELLIDOS DIRECCIÓN DE
PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD:**

LUZ ÁNGELA MANQUILLO ERAZO

**FIRMA DIRECTOR DE PLANEACION INSTITUCIONAL Y
CALIDAD:**