

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

Proceso: Gestión de Trámites a la Ciudadanía
Líder del Proceso: Subdirección de inspección; vigilancia y control SS Subdirección de vigilancia en salud pública Dirección de provisión de servicios de salud
Auditor Líder: Francisco Javier Pinto González
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: del 10 al 30 de abril del 2025
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Determinar la conformidad de los requisitos seleccionados de la norma ISO9001:2015 en función del proceso realizado y en consecuencia medir la eficacia y eficiencia. Contempla la verificación y evaluación de procedimientos de los trámites definidos.
ALCANCE: Desde: El contexto estratégico, liderazgo, planeación, operación, medición y riesgos Hasta: la evaluación del desempeño y su mejoramiento continuo Periodo a evaluar: Desde: 1/04/2024 Hasta: 31/03/2025 Se evaluó la caracterización del proceso: SDS-GTC-CAR-001 y los procedimientos que se listan a continuación: <ul style="list-style-type: none"> • SDS-GTC-PR-001 EXPEDICION DE RESOLUCION QUE ACREDITA COMO EXPENEDOR DE DROGAS (MEDICAMENTOS) • SDS-GTC-PR-007 EXPEDICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EXHUMACIÓN DE CADÁVERES • SDS-GTC-PR-008 EXPEDICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA INHUMACIÓN Y CREMACIÓN DE CADÁVERES.
CRITERIOS: Para el desarrollo del presente trabajo, se tuvo en cuenta: roles, responsabilidades, procedimientos, políticas, controles orientados al cumplimiento del proceso, riesgo, objetivos y metas. El ejercicio fue basado metodológicamente con listas de chequeo elaboradas para este propósito.
LIMITACIONES: No las hubo, ya que se resalta el compromiso y disposición por parte del equipo humano que hace parte del proceso, así como también del referente de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, al igual que el cargue oportuno de todas las evidencias solicitadas dentro del mismo.
METODOLOGÍA UTILIZADA: Entrevista basada en preguntas conforme a los requisitos definidos de la lista de verificación y se realizó consulta de casos aleatorio con el fin constatar su conformidad.
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: De acuerdo con el nuevo modelo operacional, se define y aprueba el nuevo proceso misional de Gestión de trámites a la Ciudadanía, por consiguiente, no se cuenta con resultados de acciones para abordar riesgo y no-conformidades identificadas frente al proceso.

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	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? Como resultado de la transformación, el proceso evaluado es nuevo y los factores internos/externos documentados a través de la matriz DOFA son nuevos. Se informa que, para el primer trimestre del año 2025, surtió efecto la transición del modelo operacional de acuerdo con la resolución 1570 del diciembre del 2024 y por medio de la cual, se establece la nueva plataforma de operación de la entidad y define el nuevo proceso de gestión de trámites a la ciudadanía, el cual es liderado por 3 dependencias: DCSS, PROVISION y	X	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	

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

	<p>Vigilancia en salud pública, los tramites al ciudadano son ejecutados por áreas misionales.</p> <p>De acuerdo con el formato institucional, SDS-DFO-FT-020, se realiza el ANÁLISIS DE FACTORES DE CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO, para el proceso en cuestión, se informa que, se realiza el monitoreo de la normatividad y legislación que le aplica y se actualiza el normograma, para mantener el normograma actualizado, cada gestor de área envía mensualmente el reporte y por parte planeación Institucional, se realiza la correspondiente publicación en ISOLUCION. A partir del DOFA, se definen 6 estrategias y los mecanismos de despliegue a través del POGD y mapa de riesgos, Por último, El DOFA fue aprobado el día 28 de marzo del 2025 y se comparten los correos que permiten constatar la aprobación.</p> <p>Acorde con 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>La matriz de partes interesadas se encuentra vinculada a la caracterización del proceso y cada trámite es una salida del procesamiento realizado. A la fecha dicho proceso cuenta con 23 salidas de tramites gestionados a la ciudadanía, no obstante, el consultar la matriz de partes interesadas definida, evidenciamos que, los hospitales y médicos no aparecen relacionados en dicha matriz, siendo parte fundamental dentro de los tramites de inhumación y cremación. Los Instituciones prestadoras de servicios de salud son una parte interesada fundamental del proceso y se encuentra vinculada al trámite de credencial de expendedor de medicamentos y no a los trámites de inhumación y cremación de cadáveres. De acuerdo con lo anterior, existe una debilidad, lo cual deriva en una oportunidad de mejora que va permitir fortalecer dicho aspecto.</p> <p>Acorde con 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 informa que, al ser un proceso nuevo, la matriz de partes interesadas se creó en el mes de marzo del año 2025, para ello se solicita la evidencia que permite constatar la aprobación de la matriz de partes interesadas, dicha matriz fue aprobada el día 28 de marzo del 2025 y se comparte el acta y los correos que permiten constatar la aprobación, por consiguiente, la revisión se llevó a cabo en el mes de marzo 2025</p> <p>Acorde con 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>Al particular, se informa que, debido al nuevo proceso establecido, se creó la matriz de riesgo, la cual se encuentra publicada en isolucion y atada a la caracterización del proceso, dicha matriz al consultar contiene los riesgos de gestión y de corrupción identificados, dicha matriz fue aprobada el 2 de enero 2025 y la gestión de riesgos de la entidad mantiene la metodología del DAFP, razón por la cual, se tendrá dentro del inventario: matriz de riesgos, informe de autoevaluación e informe general. El informe de autoevaluación se deberá presentar el día 24 de abril acorde al POGD. Al consultar el registro de riesgo, el objetivo consiste en: "emitir un trámite sin el cumplimiento de los requisitos", al consultar la matriz de riesgo, evidenciamos que cuenta con 2 controles, uno consiste en el monitoreo y seguimiento permanente de los tramites y el segundo control consiste en la verificación del que hacer de actividades y funciones. El primero control tiene definida una frecuencia de medición permanentemente en las fases de aprobación. Al consultar el riesgo, encontramos: probabilidad de riesgo inherente: muy alta y una vez aplicados los controles "riesgo residual", el riesgo se clasifica como un riesgo moderado. Se informa que el resultado de la efectividad de los controles, se mide el día 24 de abril del 2025, para lo cual se anexara el informe de autoevaluación y el informe ejecutivo de riesgos.</p> <p>Respecto al tema de medición, el proceso define un único indicador de oportunidad que en caso de que un trámite de los 23 existentes se incumpla, impactara el resultado del</p>	X	



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

**EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1
---------	----------------	----------	---

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

	<p>indicador, lo cual es una amenaza constate, dicha situación no está contemplada como un riesgo del proceso, por lo que la OCI sugiere, tomar las medidas necesarias para vincular este aspecto a los controles establecidos.</p> <p>Al consultar el registro de riesgo de tipo: corrupción, el objetivo consiste en: "realizar los trámites y recibir dadivas, coimas" para lo cual dicho riesgo cuenta con 2 controles operaciones, que buscan que cada tramite se cumpla y sea de estricto cumplimiento los requisitos. El primero control, apunta al cumplimiento de los requisitos y el segundo control, apunta a la socialización de temas de prevención, esta actividad se realiza con periodicidad semestral, para efectos de comprobación, se comparten los registros de charlas anticorrupción.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma y se emite la acción de mejora que tendrá en cuenta las preguntas numerales 14, 15 y 16.</p>		
<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>Si, mediante la matriz de riesgos de gestión y corrupción publicado, se evidencia el plan de tratamiento formulado, no obstante, a la fecha no se genero la medición de la efectividad de los controles, ya que dicha actividad se encuentra programada realizar el día 24 de abril para lo cual, se emitirá el informe de autoevaluación y el informe ejecutivo general.</p> <p>A la fecha no se generada medición de la efectividad de los controles, dicha actividad se encuentra programada realizar el día 24 de abril para lo cual, se emitirá el informe de autoevaluación y el informe ejecutivo general.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma y se emite la acción de mejora.</p>	X	
<p>5.2.2 COMUNICACIÓN DE LA POLITICA 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 consultan registros de actas de los ejercicios de socialización realizados de la política y los objetivos de calidad con los referentes de salud pública del día 11 de marzo en donde participaron 33 personas y se comparte acta del grupo de DCSS de fecha 27 de marzo, así mismo, se constata la socialización de todo el componente de salud pública mediante registro de acta del día 20 de diciembre en la cual participaron 450 personas, dichos ejercicios corresponden a la política y objetivos de calidad del año 2024, no obstante, actualmente se está llevando a cabo el ajuste de la política y los objetivos de calidad, conforme al nuevo modelo de operación por procesos, que contempla nuevos procesos y la fusión o unificación de otros, dicha política y objetivos actualizados, se encuentran bajo el documento borrador a la espera de revisión y aprobación por parte de la directora de planeación institucional y calidad y del comité institucional de gestión y desempeño. De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora, para la cual se debe convocar de manera extraordinaria al comité institucional de gestión y desempeño, con el fin de llevar a cabo la aprobación de la política y los objetivos de calidad y consecuentemente, realizar las campañas de socialización a todos los colaboradores de la entidad mediante diferentes estrategias, toda vez que para llevar a cabo el proceso de recertificación del sistema de calidad, es indispensable contar con el cumplimiento en su totalidad de este requisito.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
<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 conforme al numeral 7.1.1.</p> <p>Al particular, se informa que para el trámite de inhumación y cremación se cuenta con un equipo de 17 personas de planta y 8 contratistas adicionalmente, para el fin de semana se cuenta 3 personas disponibles. Se informa que la dirección de calidad de servicios de salud, mediante el proyecto de inversión nro. 8140, cuenta con los recursos para el manejo</p>	X	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	

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

	<p>de visitas de investigación y asistencias técnicas. Se comparte el instrumento SEGPLAN con la ejecución financiera acumulado del año 2024 y el archivo SEGPLAN resultado del primer trimestre del 2025 con corte al mes de marzo que contempla los recursos o rubros definitivos dispuestos para cubrir el recurso humano que apoyara las actividades en los distritos tramites. Internamente se cuenta con un repositorio documental en donde los profesionales realizan validación y registran las novedades que se tiene con las licencias y en caso de algunas inconsistencias de la petición se procede anular.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</p>		
Numeral 7.2 literal b)	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria para realizar el trabajo que afecta al desempeño y la eficacia del proceso?</p> <p>El personal dispuesto para los trámites, cuenta con formación técnica y perfil administrativo, se informa que mensualmente se hacen reuniones con el fin de fortalecer las competencias y llevar a cabo el seguimiento de casos. Para efectos de comprobación, se consultan los estudios previos y hojas de vida de algunos profesionales. El primer caso consultado, corresponde a la profesional Johana Romero Moreno, dicho perfil requiere ser técnico profesional en áreas administrativas de la salud o con 6 semestres de formación universitaria y no requiere especialización y con experiencia relacionada exigida es de 0 a 18 meses. Al consultar la hoja de vida de SIDEAP, se constata la evidencia y se confirma que: la referente cuenta con una formación en tecnología en gestión hotelera del SENA y experiencia laboral en el sector público y privado de los cuales 10 años se desempeñó en Compensar como Asesor Comercial y en la secretaria de Salud reúne 7 años de experiencia laboral.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</p>	X	
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 informa que la entidad cuenta con la base de conocimiento de los procesos en el aplicativo isolucion y además cada proceso cuenta con el inventario documental, dicho inventario fue solicitado en la mesa de trabajo realizada, con el fin de conocer los procedimientos definidos, instructivos, guías, manuales y demás formatos actualizados. Al consultar el inventario de la Dirección de Calidad de Servicio de Salud, este se encuentra actualizado y lo correspondiente al inventario de Salud Pública, la referente informa que los procedimientos se encuentran firmados y a la espera de ser cargados en isolucion. Al consultar el inventario documental, encontramos 51 documentos de los cuales, procedimientos tenemos un total de: 10 y en lo referente a los procedimientos de salud pública, estos se encuentran a la espera de firmas y publicación en isolucion. Adicionalmente se adjunta solicitud por correo que justifica la obsolescencia de documentos. Adicionalmente, se comparte correo que contiene la relación de los documentos dados de baja de fecha 5 de marzo del 2025, a continuación, se relacionan los documentos dados de baja: SDS-GTC-FT-011, instructivo SDS-GTC-INS-002 y modelos 42, 43 y 51. De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora, que permita llevar a cabo la publicación del inventario documental, procedimientos, formatos y demás instrumentos aprobados que fueron aprobados y consecuentemente, realizar campañas de socialización a los colaboradores de la entidad, ya que para llevar a cabo el proceso de recertificación del sistema de calidad, es indispensable contar con el cumplimiento en su totalidad de este requisito.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</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 consultan los documentos de tramites de autorización sanitaria; el cual tiene aprobación de fecha 26 de marzo del 2025 y a la espera de la publicación en la herramienta isolucion, mediante actas de fecha 21, 27 de marzo y 10 de abril se llevó a cabo la socialización de la gestión documental y con ello dar a conocer los nuevos documentos y la codificación generada y por parte de la gestora de calidad de GTC, hará llegar el paquete de</p>	X	



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

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1
---------	----------------	----------	---

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

	documentación asociado al proceso aprobado. Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.		
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.3.2 literal C Control de Cambios	A la pregunta: ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos? Se informa que resultado de la armonización en base al nuevo modelo operacional, se crearon los paquetes documentales y, en consecuencia, no existe control de cambios en los documentos por ser documentos nuevos, Al consultar en la plataforma isolucion, encontramos documentos publicados en versión 1. Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.	X	
Numerales 7.5.2 y 7.5.3	A la pregunta: ¿Existe evidencia que soporte la baja de documentos obsoletos, se actualiza el repositorio documental isolucion? Se comparte registro de correo electrónico, que contiene la relación de los documentos dados de baja a la fecha, para ello se consulta registro de correo de fecha 5 de marzo con la relación de los siguientes documentos dados de baja: formato SDS-GTC-FT011, SDS-GTC-INS-002 y modelos 42, 43 y 51. Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.	X	
8.1 Planificación y Control Operacional	A la pregunta: Si la recepción de solicitudes de licencia de inhumación y/o cremación de la ciudadanía y el seguimiento de las solicitudes recibidas se realiza mediante la ventanilla única - Agillinea ¿Como se realiza el reparto de casos y como se lleva a cabo la validación por parte de los diferentes responsables designados? ¿De acuerdo al reparto pueden existir solicitudes en sistema que a la fecha aún siguen si ser gestionadas? De acuerdo con lo informado, por ninguna caso existen solicitudes sin ser gestionadas, ya que la EXPEDICIÓN DE LA AUTORIZACIÓN del trámite de inhumación y cremación, se debe dar en un tiempo máximo de una hora, es por eso que los profesionales encargados, realizan el reparto o asignación de casos al grupo de validadores, para ello se maneja un horario específico de 7 am a 1pm y de 2pm a 5pm y los fines de semana y festivos de 8 a 11 am, para efectos de validación documental, en lo que se refiere al registro de casos, las funerarias pueden registrar las solicitudes en el aplicativo las 24 horas del día, los 365 días al año. Para efectos de validación, se comparte el tablero de reparto de trámites para validación, el cual es un instrumento de control definido que permite determinar que profesionales tienen a cargo las solicitudes, al consultar el tablero y realizar el filtro por estado del trámite, existen las siguientes categorías: solicitudes aprobadas, en trámite, cambio de licencia, actualización de documentos y actualización de datos. Al consultar la interfaz, se identifican 90 casos en curso y por medio del informe de desempeño trimestral aportado, se evidencia los siguientes resultados: Licencias de inhumación emitidas expedidas: 3799 y licencias de cremación emitidas: 6664. Así mismo, se genera reporte del mes de abril del cual se obtiene un total de 2568 casos de los cuales licencias de inhumación expedidas encontramos: 928 casos y de cremación 1640 casos. Por último, al consultar el reporte del día 20 de abril del 2025, se identifican 17 registros que fueron anulados como consecuencia de error en la digitación del número de cedula por parte del referente de la Funeraria. Acorde con lo anterior, se valida el control de operación existente	X	
8.1 Planificación y Control Operacional	A la pregunta: ¿En función del trámite de inhumación y cremación, que traza o soporte queda en el aplicativo como resultado de la validación de los diferentes requisitos y documentos almacenados? Para efectos de validación se consultarán algunos requisitos de casos como son: Validar certificado de defunción, Validar medico en el aplicativo ORACLE SDS, y/o en aplicativo RETHUS, Validar datos de la funeraria, Validar datos del cementerio, información del certificado debe coincidir con la cedula del fallecido, registró civil, documento identificación y edad sin tachones ni enmendaduras, el tiempo de fallecido debe ser entre 12 horas para inhumación y 24 horas para la cremación y se debe contar con copia del acta notarial del fiscal en casos que el certificado sea de medicina legal o copia de cedula de madre en caso de fetales y la orden original de cremación y copia		

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	

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

	<p>cedula de familiar directo que autoriza.</p> <p>Al particular, se informa que en el aplicativo queda registro y traza de la radicación, documentos, seguimiento de quienes intervinieron en la fase de validación, la cual es realizada por los profesionales encargados, se cuenta con la interfaz que se conecta directamente al motor de base de ORACLE propio de la secretaría que permite consultar el profesional médico que emite el acta defunción, se procede a consultar caso aleatorio que incorpora acta notarial del fiscal de medicina legal con el id en sistema: 115437 y consecutivo: 15101, se consulta caso de cremación de medica legal con id en sistema: 115381 y consecutivo: 15046.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se constatan los casos y las validaciones realizadas por los profesionales designados en cuanto a los requisitos documentales del trámite, se cuenta con: certificado de defunción, reconocimiento de medicina legal, autorización de cremación, autorización de los familiares, acta notarial y/o autorización del fiscal.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el control de operación existente.</p>	X	
8.2.1 literal C	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia tratamiento adecuado de quejas, reclamaciones y sugerencias frente a los servicios ofrecidos? ¿Para el caso los tramites objeto de revisión, cual ha sido el manejo?</p> <p>Se informa que el procedimiento de gestión de peticiones, está regulado por la norma 1755 y por consiguiente la secretaría está obligada a realizar el registro de las diferentes peticiones para lo cual se cuenta con varios canales de atención para la ciudadanía. Se cuenta con la plataforma "Bogotá te-escucha", que recoge las peticiones que presentan los ciudadanos. Frente a ello, se realiza una revisión y análisis preliminar con el fin de que sea asignada a los profesionales encargados. Al particular, se informa que se realiza seguimiento semanal preventivo los días martes, informando a los responsables, las peticiones que tiene a cargo y cuales peticiones se encuentran próximas a vencer.</p> <p>Se informa que dicha actividad se viene monitoreando constantemente, a fin de cumplir con los tiempos establecidos y que el usuario reciba una respuesta oportuna, con criterios de calidad. Se informa que, para cumplir con el tema, se cuenta con referentes en cada una de las áreas y se les notifica de manera semanalmente los compromisos.</p> <p>Se informa además que, se realiza seguimiento preventivo por correo electrónico en referencia a las PQRS que la plataforma Bogotá te-escucha gestiona y en caso de que la petición no se haya respondido, se escala. Así mismo, se informa que la alcaldía mayor, realiza un seguimiento mensual, la SDS recibe el informe y se procede a realizar la retroalimentación con las áreas para lo cual se deben emitir los planes de mejora que haya lugar. Respecto a la plataforma, se informa que se hacen capacitaciones para el manejo y uso del sistema a nuevos usuarios. Es importante mencionar que los requerimientos recepcionados mediante los canales presencial, correo y telefónico, son registrados en la plataforma "Bogotá te-escucha" como único punto centralizado de peticiones de la ciudadanía. Se informa además que, el canal presencial, busca orientar o guiar al usuario frente a las peticiones generadas. Por último, respecto a los trámites del alcance se informa que a la fecha no se han recibido peticiones.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</p>	X	
8.7 Control de Salidas no conformes 8.7.1	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia implementación del procedimiento de producto no conforme?</p> <p>Se informa que, de acuerdo con la directriz interna, solo los procesos misionales hacen uso del procedimiento de producto no conforme, de acuerdo con el siguiente documento: LSP-GC-PR-10- Proc Producto no conforme V7.pdf. De acuerdo con lo informado, la medición de producto no-conforme para todos los procesos misionales, está contemplada para el día 8 de mayo del 2025 y se han venido enlazando el DOFA, las estrategias y la matriz de riesgos de gestión y corrupción, con la estrategia de oportunidad de trámites. El tema de oportunidad de los tramites es de alto impacto, ya que los tiempos en los que se debe cumplir con el ciudadano están establecidos en base a la normatividad que emite cada tramite, no obstante, incumplir con la oportunidad de los tramites, deriva en 3 aspectos</p>	X	



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

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1
---------	----------------	----------	---

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

	<p>fundamentales: 1. Aumento de las PQRS y derechos de petición. 2. aumento de la insatisfacción de la ciudadanía y 3. Se materializa el riesgo de corrupción.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma y se emite la recomendación.</p>		
<p>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</p> <p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.1 Generalidades literal C</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia medición de los indicadores? ¿Con que periodicidad se realiza? ¿Se han logrado cumplir los objetivos trazados?</p> <p>De acuerdo con lo informado y constatado, el nuevo proceso solo cuenta con un único indicador mediante ficha, el cual fue aprobado el día 26 de marzo por el líder del proceso y a la espera de la publicación en resolución. La ficha de indicador se encuentra bajo el formato codificado SDS-PES-FT-014, al consultar la ficha de indicador definido, encontramos que es un indicador de Oportunidad que apunta a los trámites expedidos en los tiempos con frecuencia trimestral. Es clave mencionar que, a la fecha de la evaluación, no hay medición, ya que de acuerdo con lo informado dicha medición se llevara a cabo en el segundo trimestre del 2025. En lo que refiere a los instrumentos POGD, estos se manejan por dependencia y no por proceso, por consiguiente, cada proceso puede tener varios POGDs, para el proceso en cuestión, consta de 3 POGDs como consecuencia de las 3 dependencias que conforman el proceso. Para efectos de validación de medición del desempeño del proceso, se consultan los resultados del primer trimestre 2025, en lo correspondiente a la dirección de Epidemiología, que hacen parte del proceso de gestión de trámites a la ciudadanía, se toma como evidencia los resultados de estas 3 dependencias y se informa que en el mediano plazo se hará visibles los resultados en el tablero de control actual. Para efectos del ejercicio, se comparte la matriz de calificación del tablero de control del primer trimestre 2025 por medio del cual se evalúan 10 ítems y cada ítem cuenta con varias subactividades.</p> <p>Por último, se informa que, a partir del segundo trimestre del 2025, ya se tendrá medición del indicador definido para el proceso, toda vez que, en la actualidad, el indicador se encuentra formulado y a la espera de la publicación y divulgación. De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora, que permita llevar a cabo la publicación y divulgación ya que, para llevar a cabo el proceso de recertificación del sistema de calidad, es indispensable contar con el cumplimiento en su totalidad de este requisito.</p> <p>Alerta: El proceso define el indicador de oportunidad y en el caso de que un trámite de los 23 existentes se incumpla, afectara el resultado de medición de todos los trámites e impactara el indicador, lo cual es una amenaza constante.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</p>	X	
<p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.3. Análisis y evaluación</p>	<p>A las preguntas: ¿Se realiza informe de análisis de los indicadores?, ¿Se evidencia la presentación del informe al comité u otras instancias? ¿Existen registros que soporten la actividad?</p> <p>Se informa que, a partir del segundo trimestre del 2025, ya se tendrá medición del indicador definido para el proceso, toda vez que, en la actualidad, el indicador se encuentra formulado y a la espera de la publicación y divulgación, es de anotar que, a la fecha ningún proceso en la entidad ha realizado la medición de los indicadores del proceso.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma y se emite la recomendación.</p>	X	
<p>SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION conforme al numeral 9.1</p>	<p>Respecto a la pregunta: ¿SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION respecto a los trámites en cuestión se realizan?</p> <p>Se informa que el seguimiento y medición se consolida a través de los referentes de calidad del proceso con el fin de medir el desempeño de los trámites, es por esto que el representante de cada trámite, reporta de forma mensual el consolidado de las solicitudes recibidas vs las solicitudes aprobadas. Dicha actividad es realizada el día 26 de cada mes y mediante el instrumento POGD y de forma trimestral se reporta el consolidado de los trámites de inhumación, cremación, exhumación y demás trámites.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma</p>	X	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>INFORME DE AUDITORIA SGC</p>			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	

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

<p>9.1.2 Satisfacción del cliente</p>	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la satisfacción de clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>Se informa por parte del referente, que la medición de satisfacción de los tramites se viene haciendo hace varios años , en el caso de los tramites, cuando el usuario radica el trámite, el sistema le envía o notifica mediante mensaje de correo, con el fin de realizar el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción remitida, no obstante, los resultados de encuestas obtenidos ha tenido un baja participación, ya que los usuarios no realizan el diligenciamiento de la encuesta, otra de las dificultades presentadas es que la encuesta existente contiene varias preguntas que no apuntan a evaluar la satisfacción del cliente y son preguntas que recargan al usuario y en tal medida, se está trabajando con el fin de estandarizar la medición de la satisfacción de la SDS, no obstante, en conjunto con la Dirección TIC, se realizará el ajuste de las variables. En síntesis, la encuesta presenta indicadores muy bajos y se está llevando a cabo el ejercicio de mejoramiento, haciendo campañas de divulgación y diseño de la pieza grafica. Es clave mencionar que, el 26 de diciembre se hizo la entrega de los resultados de satisfacción del año 2024 y la base de resultados de encuesta que es administrada por la Dirección TIC. Por último, se informa que, a más tardar en el segundo semestre del año 2025, se tendrá implementada estrategia de medición de la satisfacción, no obstante, las piezas gráficas de comunicación se elaboran y la próxima semana la encuesta de preguntas será reformulada para obtener los primeros resultados, es de anotar que la medición no van ser comparable de un año a otro por efectos del cambio.</p> <p>La estrategia a desarrollar de cara al mejoramiento de la satisfacción consiste en tres frentes. 1: hacer uso de mensajes de texto para invitar al ciudadano a diligenciar la encuesta. 2. hacer envío de correos electrónicos y 3. Dentro de la estrategia de racionalización, se tiene establecido la participación en las ferias distritales y a partir de estos espacios, se busca ayudar u orientar al ciudadano a gestionar cada uno de los tramites y de paso permitirá medir la satisfacción de cliente.</p> <p>Para ello, se cuenta con un documento borrador que define la estrategia ligada a la medición de la encuesta de percepción la cual quedara implementada a más tardar en el mes de junio del año 2024. Evidencias solicitadas: Resultado de percepción e informe de análisis año 2024, Documento de estrategia definido año 2025 y resultado de percepción con corte a marzo 2025</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</p>	<p>X</p>	
<p>Numeral 9.3.3, literal c y e - Revisión por la dirección</p>	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes al proceso?</p> <p>De acuerdo con lo informado, en el año en curso como resultado de la implementación del nuevo modelo operacional por procesos, se espera se convoque de forma extraordinaria al comité institucional de gestión y desempeño, permitiendo evaluar y medir la gestión y el desempeño del nuevo proceso, dando respuesta al componente de revisión por la dirección de conformidad con la norma de calidad. En virtud de lo anterior, para el primer trimestre 2025 no fue posible evaluar el componente de revisión por la dirección, ya que no se ha realizado.</p>	<p>X</p>	
<p>10.Mejora 10.1 Generalidades</p>	<p>A la pregunta: ¿En el hipotético caso que la plataforma Ventanilla Única Digital este indisponible, que mecanismo o contingencia tenemos contemplado utilizar, para atender las diferentes solicitudes de inhumación y cremación u otros tramites sin que esto afecte la prestación de los servicios al ciudadano?</p> <p>Se informa que en caso de indisponibilidad de la plataforma Agilinea, las solicitudes se redireccionan por medio de correo electrónico, con la salvedad de que una vez se restaure el servicio las solicitudes se registraran en el aplicativo agilinea, la cuenta de correo utilizada como contingencia es: licenciasfunerarias@saludcapital.gov.co, en caso de presentarse indisponibilidad, se reciben la información mediante la cuenta de correo, se gestionan las solicitudes y al siguiente día se procede con el registro en el sistema.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</p>	<p>X</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	

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

10.2	No conformidad y Acción correctiva	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la implementación del procedimiento de acciones correctivas? Al revisar las no conformidades y acciones para abordar riesgo, estas deben estar cerradas. Se informa que, al ser un proceso nuevo, no se han emitido no-conformidades o acciones para abordar riesgos, se solicita el inventario de acciones para abordar riesgos en curso o cerradas propias de los tramites objeto de evaluación del año 2024, para lo cual los referentes del proceso informan que existe una sola acción de mejora en curso atribuible al trámite de certificado de discapacidad, el cual recientemente paso al ambiente de producción.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma</p>	X	
10.3	Mejora continua	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la elaboración de los planes de mejoramiento resultado de los hallazgos identificados en las Auditorías Internas de calidad?</p> <p>Se informa que, al ser un proceso nuevo, la auditoria de calidad actual, viene siendo el primer ejercicio realizado para el proceso, por consiguiente, no se han emitido no-conformidades o acciones para abordar riesgos. No obstante, el auditor procede a consulta la base de conocimiento en insolucion, a fin de determinar planes de mejoramiento de cara a los trámites y servicio a la ciudadanía de los cuales han sido objeto de evaluación en otros frentes.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito de norma.</p>	X	

ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

(Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:

- a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.

6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades) la manera de:

- 1) Integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.); 2) evaluar la eficacia de estas acciones.

1. Pese a que, se cuenta con una matriz de necesidades y expectativas de partes interesadas de cara al nuevo proceso y esta fue aprobada el pasado 28 de marzo del 2025, evidenciamos que, dicha matriz no vincula o relaciona las instituciones prestadoras de servicios de salud (hospitales y médicos) que son pieza fundamental del trámite de inhumación y cremación, de otra parte, evidenciamos que, el inventario documental del proceso en lo correspondiente al frente de Salud Pública, los procedimientos definidos fueron firmados pero aún no han sido publicados y las campañas de socialización frente a estos nuevos instrumentos no se han realizado debido a la armonización, en virtud de lo anterior, existe una debilidad de cara a la visita de mantenimiento del sistema de calidad, por lo que se hace necesario tomar las medidas pertinentes, que permitan mejorar y fortalecer estos aspectos.

2. Si bien es cierto, el nuevo proceso llevó a cabo la identificación y valoración del riesgo en concordancia la metodología del DAFP y resultado de ello se cuenta con la matriz de riesgos de gestión y de corrupción del proceso, evidenciamos que, 1. La fase de monitoreo y seguimiento para comprobar la efectividad de los controles, a la fecha no ha sido realizada (Matriz de autoevaluación e informe general) no han sido emitidos y 2. El proceso define un único indicador de oportunidad para medir los 23 trámite existentes, no obstante, el incumplimiento de un sólo trámite impactara el resultado del indicador general, lo cual es una amenaza latente, situación que no está contemplada como un riesgo del proceso, la inoportunidad de los trámites conllevaría al incumplimiento de la normativa, en consecuencia, existe una debilidad de cara a la visita de mantenimiento del sistema de calidad, por lo que se hace necesario tomar las medidas que permitan mejorar y fortalecer este aspecto.

3. Pese a que, al nuevo modelo de operación por procesos se encuentra implementando en la entidad y contempló la incorporación de nuevos procesos y fusión o unificación de otros, evidenciamos que, la política y los objetivos de calidad se encuentran en redefinición, dichos elementos claves no han sido aprobados, publicados y no existe despliegue o campañas de sensibilización hacia todos colaboradores para el año en curso, en virtud de lo anterior, existe una debilidad de cara a la visita de mantenimiento del sistema de calidad, por lo que se hace necesario tomar las medidas que permitan mejorar y fortalecer dicho aspecto.

4. Pese a que, la Dirección de Servicio a la Ciudadanía con sus referentes fueron convocados a la reunión de apertura de la auditoria de calidad e hicieron parte de la mesa de trabajo de cara a los temas de satisfacción de cliente y manejo de PQRS para los trámites a la ciudadanía, siendo temas que viene liderando dicha dependencia, se evidencia que, 1. En la caracterización del proceso, la Dirección de Servicio a la Ciudadanía no hace parte de los líderes del proceso, y 2. La directora y demás referentes de esta dependencia, han manifestado categóricamente su inconformidad con la definición del nuevo proceso, ya que no fueron convocados y no hicieron parte de las mesas de trabajo, siendo parte interesada fundamental y transversal dentro del proceso, en virtud de lo anterior, existe una debilidad de cara al componente de liderazgo y la definición de roles y responsabilidades del proceso, por lo cual se solicita a la Dirección de Planeación Institucional en el ejercicio de su rol como segunda línea de defensa y líderes del MOP, convocar a la Dirección de Servicio a la Ciudadanía a un ejercicio particular, que permita contextualizar sobre el alcance del proceso y conozcan las razones por las cuales no hacen parte de dicho proceso y de ser necesario redefinir el proceso.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	

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

CONCLUSIONES (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad).
<p>El presente informe sintetiza el ejercicio realizado y permite resaltar la revisión y evaluación de cada uno de los aspectos trazados en el cronograma establecido, mediante el cotejo de las diferentes evidencias y soportes suministrados.</p>
<p>ASPECTO POSITIVO:</p> <p>-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 y gestores de calidad identifican, entienden y gestionan el proceso y los procedimientos evaluados, contribuyendo con el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos.</p> <p>-Por último, se dispuso de todas las evidencias y soportes solicitados como parte de la comprobación y demostración del cumplimiento de los requisitos evaluados.</p>
<p>La auditoría se desarrolló en conformidad a lo establecido en el plan y en cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 seleccionados, cabe señalar que, en la evaluación realizada se identificaron requisitos de norma que se encuentran en etapa de mejora (Transición) como resultado de la implementación del nuevo Modelo Operativo, por tal medida dichos elementos serán presentados en el capítulo de acciones para abordar riesgo al no considerarse un incumplimiento de los requisitos desde la óptica del auditor.</p>
<p>Por parte de los colaboradores o profesionales auditados, identifican, entienden y gestionan los diferentes trámites a la ciudadanía evaluados contribuyendo con la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de los objetivos estratégicos.</p>
<p>La conformación del nuevo proceso y la adaptación del mismo, es una transición que incluye la actualización de formatos, instructivos, guías, modelos, definición de nuevos procedimientos y también contempla dar de baja otros documentos por obsolescencia. En tal medida, se espera que todo inventario documental del proceso, se encuentre aprobado y publicado en isolucion.</p>
<p>La Dirección de Servicio a la ciudadanía, cuenta con el canal presencial, que recibe y gestiona las solicitudes de los ciudadanos, da orientación y guía al usuario frente a los diferentes tramites y hace uso de la herramienta Agilinea.</p>
<p>Al verificar la oportunidad de los trámites del alcance, se logra demostrar el cumplimiento de los tiempos de respuesta estipulados con base a la normatividad de cada trámite.</p>
<p>Respecto a la gestión de riesgos año 2025, evidenciamos que los riesgos de gestión y de corrupción fueron identificados, valorados y cuentan con plan tratamiento, lo cual fue constatado mediante la matriz de riesgo del proceso, no obstante, la medición y seguimiento de los riesgos, mediante los instrumentos de autoevaluación e informe, aún no han sido generados en lo que concierne para este primer trimestre.</p>
<p>En base a la medición de producto "no-conforme" al momento de la evaluación, se informa que dicha evaluación no se ha realizado para la actual vigencia, ya que se dicha actividad está contemplada realizar según cronograma o plan de trabajo para el día 8 de mayo del 2025.</p>
<p>Se informa que, a partir del segundo trimestre del 2025, se tendrán los resultados de la medición del único indicador definido que a la fecha se encuentra a la espera de la publicación y divulgación, razón por la cual, la OCI sugiere garantizar el cumplimiento de dichos elementos de cara a la visita de mantenimiento del sistema de calidad y de conformidad con el requisito 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación.</p>
<p>Una vez implementado el nuevo modelo operacional por procesos, se espera que se convoque de forma extraordinaria al comité institucional de gestión y desempeño, permitiendo evaluar y medir la gestión y el desempeño del nuevo proceso, dando respuesta al componente de revisión por la dirección de conformidad con la norma de calidad.</p>
<p>El nuevo proceso misional de gestión de tramites a la ciudadanía, definido e implementado bajo el nuevo modelo de operación por procesos - MOP, busca atender y satisfacer las necesidades ciudadanas relacionadas con: 1. El portafolio de trámites a la ciudadanía, 2. Gestionar los procedimientos administrativos - OPAS, y 3. consultas de acceso a la información pública, dicho proceso inicia con la solicitud por parte de la ciudadanía y demás actores y va hasta la entrega del producto y/o resultado de cada uno de los trámites del portafolio. No obstante, el proceso definido, es el resultado de la consolidación de los procedimientos (trámites) que pasaron de otros procesos bajo el antiguo modelo, y no se observa el hilo conductor que articule todos los elementos enunciados, en virtud de lo anterior, la OCI sugiere generar las acciones de mejora, que permitan que el proceso tenga una propósito claro, que las tareas se realicen de forma sistemática, que todas las entradas y salidas sean identificadas, debe establecer recursos necesarios, limites bien definidos y se deben establecer los líderes de proceso y estos deben conocer sus roles y responsabilidades frente al proceso.</p>



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

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1
---------	----------------	----------	---

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

Observaciones del Informe preliminar por parte de la Dirección de Servicio a la Ciudadanía las cuales se anexan al presente informe y da respuesta o reporta la acción para abordar riesgo nro. 4

“En primer lugar, es necesario indicar que en el documento “Estudio Técnico Modelo de Operación por Procesos 2024” presentado el 11 de junio de 2024 por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad en el marco del Comité de Gestión y Desempeño Institucional, no se socializó el proceso “Gestión de trámites a la ciudadanía”, sin embargo, en el Comité extraordinario de Gestión y Desempeño adelantado el 15 de agosto de 2024, se aprueba la propuesta del modelo de operación por procesos con un nuevo proceso misional que no fue contemplado en la propuesta del documento técnico, desde la Dirección de Servicio a la Ciudadanía se ha requerido en diferentes escenarios y oportunidades el sustento técnico y evidencia de la justificación para la creación del proceso “Gestión de trámites a la ciudadanía”; sin embargo, esta tampoco se recibió para hacer un análisis de la pertinencia del proceso analizado, más si se tiene en cuenta que el objeto y el alcance del proceso corresponden al objeto puntual de la política pública de racionalización, estandarización y simplificación de trámites que lidera esta Dirección y que además hace parte del ejercicio de articulación que contribuye a la consolidación del modelo integral de relacionamiento con la ciudadanía.

Por otra parte, lo manifestado en el informe preliminar de auditoría en el cual se indica que el proceso de gestión de trámites a la ciudadanía “busca atender y satisfacer las necesidades ciudadanas relacionadas con: 1. El portafolio de trámites a la ciudadanía, 2. Gestionar los procedimientos administrativos - OPAS, y 3. consultas de acceso a la información pública, dicho proceso inicia con la solicitud por parte de la ciudadanía y demás actores y va hasta la entrega del producto y/o resultado de cada uno de los trámites del portafolio, no obstante, el proceso definido, es el resultado de la consolidación de los procedimientos (tramites) que pasaron de otros procesos bajo el antiguo modelo...” confirma que este proceso fracciona el funcionamiento de los procedimientos existentes en la entidad y la implementación de las políticas públicas que le son aplicables. En el marco de la reunión celebrada el 18 de octubre de 2024 entre el Subsecretario Corporativo y la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, se convinieron los límites y competencias, de cara a las actividades relacionadas con la política de racionalización de trámites, la Dirección de Planeación Institucional y Calidad indicó que el alcance de este proceso obedecía únicamente a la mejora interna del procedimiento de cada trámite. Al respecto, esta Dirección ha manifestado, tanto en este escenario como en las reuniones para definir el proceso estratégico de relacionamiento con la ciudadanía, la inconveniencia del mismo, por cuanto se fracciona la implementación de varias de las políticas de gestión y desempeño institucional.

Por otra parte, y soportando lo indicado en el informe preliminar socializado, es evidente que nunca se realizó una mesa de trabajo para la co-creación. Sin embargo, lo único que se requirió en diciembre fue un aval o complemento por parte de esta Dirección, porque lo planteado dista de la responsabilidad que nos asiste como líderes de la política en la Secretaría. Ahora bien, el objeto del procedimiento indica que pretende “Satisfacer las necesidades ciudadanas relacionadas con el acceso efectivo al portafolio de trámites, Otros Procedimientos Administrativos - OPAS y solicitudes de acceso a la información de la SDS, con criterios de racionalidad y eficiencia administrativa, para el fortalecimiento de la relación “ciudadano – estado”, lo anterior, es el propósito de la política de racionalización de trámites. Por lo que, ante el objetivo planteado, surgen algunas preguntas como ¿en qué se diferencia el alcance del proceso con el de la política pública? y ¿de qué manera se satisfacen las necesidades ciudadanas (que se identifican a partir de los espacios de participación para la definición de acciones de racionalización, entre otros) si no es a través de la definición de la estrategia de racionalización de trámites a partir de unos lineamientos concretos sobre el tema?; ambas actividades a cargo de la Dirección de Servicio a la Ciudadanía, por lo tanto, es un contrasentido crear un proceso adicional para cumplir con las funciones y competencias propias de esta Dirección, más aún cuando en el documento técnico de operación por procesos presentado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, se indica que se ha identificado la desarticulación y segmentación de acciones en otras dependencias y, con el proceso presentado, el resultado es exactamente el mismo que se pretende solucionar.

Ahora, sobre el alcance del proceso auditado, se tiene que: “Inicia con la identificación de la normatividad, políticas y lineamientos distritales /nacionales que definen el inventario institucional de trámites, OPAS y solicitudes de acceso a la información de competencia de la Secretaría Distrital de Salud pasando por la ejecución operativa definida en la documentación del proceso, hasta la entrega del producto y/o resultado de cada uno de los trámites del portafolio institucional SDS.” la identificación de la normativa aplicable para la definición del inventario de trámites, otros procedimientos administrativos y consultas de acceso a la información pública, hace parte del acompañamiento estratégico que debe adelantar el líder de la política de racionalización de trámites en la SDS, es decir, la Dirección de Servicio a la Ciudadanía.

Se evidencia entonces que lo que se pretende es quitarle la competencia a esta Dirección, convirtiéndola en un simple observador y operador de unos sistemas de información, tal y como hasta agosto de 2024 se estuvo manejando. Valdría la pena que se revisara el hallazgo, identificado por la Oficina de Control Interno en la más reciente auditoría sobre las políticas del modelo integrado de planeación y gestión, en el cual se resalta la segregación de funciones y se invita a respetar los roles que le asisten a la Dirección de Servicio a la Ciudadanía como líder de la política pública”.



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

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:

SDS-EIG-FT-010

Versión:

1

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:

NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR:

N/A

FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR:

NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:

OLGA LUCIA VARGAS COBOS

FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO: