

 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					

Proceso: Gestión TIC Líder del Proceso: EDGAR ALEXANDER PRIETO MUÑOZ Auditor Líder: Francisco Javier Pinto González Equipo Auditor: N/A Fecha de Ejecución Auditoría: mayo del 2024
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Determinar la conformidad de los requisitos de la norma ISO9001:2015 frente al proceso realizado y en consecuencia medir la eficacia del mismo. Se verificará y evaluarán algunos de los procedimientos.
ALCANCE: Desde: El contexto estratégico, liderazgo, planeación, operación, medición y riesgos Hasta: la evaluación del desempeño y su mejoramiento continuo Periodo a evaluar: Desde: 1/04/2023, Hasta: 31/04/2024 Se evaluará la caracterización del proceso denominada: SDS-TIC-CAR-001 y los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Soluciones de Software – SDS-TIC-PR-001 y, • Gestión de información Geográfica – SDS-TIC-PR-007
CRITERIOS: Para el desarrollo de la presente auditoría, se tuvo en cuenta el marco normativo de la ISO9001:2015 e ISO19011:2018, roles, responsabilidades, procedimientos, políticas, controles orientados al cumplimiento del proceso, riesgo, objetivos y metas. El ejercicio fue basado metodológicamente con lista de chequeo elaborada para este propósito.
LIMITACIONES: <ul style="list-style-type: none"> - Disposición de los referentes asignados para atender la auditoría - Disponer de todas las evidencias solicitadas como parte de la comprobación del cumplimiento de los requisitos evaluados.
METODOLOGÍA UTILIZADA: Entrevista basada en preguntas conforme a los requisitos definidos de la lista de verificación y mediante consulta de casos aleatorios y muestrales a fin constatar la conformidad.
RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS PREVIAS: Al consultar el informe final resultado de la auditoria de calidad realizada en julio del año 2023, se identificó la acción para abordar riesgo nro.2915 en la actividad 2 todavía sin cumplir y el proceso solicito ampliación en tiempo a fin dar eficacia a la misma.

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	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con la evidencia que permita comprobar que se han detectado en la organización todos los factores internos/externos que afectan al desempeño de la organización?</p>		
4.1. Compresión de la organización y su contexto	<p>Se informa que desde la dirección TIC a principios de cada vigencia, se refuerza el componente de contexto estratégico y para ello se cuenta con registro de reuniones de los diferentes líderes de los grupos de trabajo al interior del proceso, dicho actualización llevo a cabo en el mes de febrero 2024, dando cumplimiento al requisito de planeación institucional y calidad, la actualización contempla varios componentes de la matriz DOFA y estrategias, los cuales se encuentran publicados en el aplicativo ISOLUCION y al consultar el documento se constata la fecha de actualización del día 19 de febrero del 2024.</p> <p>De acuerdo a la directriz de planeación institucional y calidad, la actualización de la MATRIZ DOFA, está programada a principios de cada año, no obstante podrá ser actualizada bajo demanda o necesidad de la dependencia y al consultar la matriz encontramos como Fortalezas que no se contaban en años anteriores, por ejemplo, la adopción del protocolo IPV6, se incluyó la infraestructura mejorada mediante el datacenter conteiner y también mantener la interoperabilidad de la historia clínica con las subredes.</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		

<p>En cuanto a debilidades encontramos, No contar con un centro de cómputo alterno de respaldo, limitación de certificados SSL para servidores seguros. Como estrategia definida, se cuenta con la adquisición de créditos para PAAS y SAAS con nube AZURE de Microsoft y adquisición de soporte técnico.</p> <p>En cuanto amenazas tenemos: Cambios de tecnología, políticas del estado y distrito, cambios de normatividad del sector salud, obsolescencia tecnológica, amenazas de Ciberseguridad, deficiencia por parte de los proveedores en cuanto a la gestión de proyectos.</p> <p>Sin embargo, un aspecto crítico que no ha sido tenido en cuenta como debilidad es que existe un único canal o enlace hacia internet y en caso de una eventual caída de este, afectaría la conectividad total de la entidad hacia internet, dicho aspecto no ha sido considerado en la matriz.</p> <p>Desde la óptica del auditor, el DOFA debe contener situaciones actuales, ya que el tema de gestión de soluciones de software y el no contar con personal contratista afectará normal operación y debe ser considerado como una debilidad, lo mismo sucede con el canal hacia internet, ya que no contamos con redundancia y deberían estar como debilidades, estos por mencionar algunos ejemplos.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</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?, ¿Se evidencia que se realiza el seguimiento y la revisión de la información relacionada con las partes interesadas y sus requisitos pertinentes?</p> <p>El referente informa que hizo la revisión y actualización en el mes de noviembre del año pasado y quedó publicado en el sistema de gestión de calidad a partir del mes de febrero 2024 y al consultar por parte del auditor la matriz, se observan 5 servicios, sin embargo, existen servicios que dependen de un tercero o proveedor y en consecuencia la parte interesada, no ha sido tenida en cuenta en dicha matriz, por lo que es indispensable su actualización.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</p>	<p>X</p>
<p>Numeral: 4.4.1, literal f)</p> <p>Numeral 6.1.2 literales a) y b)</p>	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia registros de riesgos identificados, clasificados y valorados?</p> <p>Se informa que se cuenta con matrices de riesgo de gestión, corrupción y seguridad de la información, dicha matrices fueron actualizadas a principio del año 2024. es importante mencionar que la matriz de riesgos de gestión, se va actualizar debido a que 2 de los riesgos de gestión definidos se han venido materializando. Con respecto a los riesgos de gestión, existen 4 riesgos identificados, puntualmente el riesgo con id 2: indisponibilidad de los servicios de TI y el id: 3: posibilidad de afectación reputacional por la pérdida de información del proceso almacenada en los servidores de la entidad.</p> <p>En lo que respecta al riesgo #2, cuenta con 3 controles. Sin embargo, de acuerdo al análisis, los controles definidos son insuficientes para dar respuesta a la exposición que existe. Evidenciamos frente a este tema, que la dirección TIC debe hacer una reformulación y reevaluación de los riesgos y sus controles que den respuesta y mitiguen las múltiples fallas reiterativas presentadas por cortes de energía o fluido eléctrico en la entidad.</p> <p>Al consultar el instrumento de autoevaluación, se constata la materialización de riesgos y por consiguiente, se deberá trabajar en ese tema.</p> <p>En cuanto a los riesgos de corrupción, existen 3 riesgos identificados.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</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		

Numeral: 4.4.1, literal f) Numeral 6.1.2 literales a) y b)	<p>A las preguntas: ¿Se evidencian planes de tratamiento de los riesgos identificados?, ¿Se evidencia seguimiento a los planes de tratamiento? y ¿Las acciones implementadas han sido eficaces?</p> <p>El plan de tratamiento está contenido en la matriz 2023 y la matriz 2024 actualizada. Se informa que el seguimiento se realiza mensualmente y se cuenta con registro de correo electrónico de los diferentes especialistas o responsables para que realicen el reporte de seguimiento o evidencia que respalda el cumplimiento de los controles.</p> <p>Las acciones implementadas no han sido eficaces, debido a que el riesgo se ha materializado en repetidas ocasiones, ya que los controles definidos no han sido suficientes. Es válido mencionar que el proceso realizo el análisis de la materialización para identificar las causas raíces que llevaron a los diferentes incidentes presentados y de los cuales se lleva trazabilidad, adicionalmente, se cuenta con registro de reunión del pasado día 5 de abril y por medio del cual se generó plan de mejora TIC para atender la materialización de los riesgos.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</p>		
5.2.2 COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD 6.2.1 literales a) a la f)	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia conocimiento y apropiación de la política y objetivos de calidad?</p> <p>De acuerdo a lo informado, desde la dirección TIC se hicieron 3 mesas de trabajo en el mes de noviembre año 2023, en donde se dio a conocer la política y los objetivos de calidad a todos los profesionales de la dirección TIC. Así mismo, se generó un espacio para contextualizar al nuevo director TIC y darle a conocer el sistema de gestión de calidad en todos sus aspectos, dicha actividad se tiene prevista realizarla cada semestre, como evidencia se suministra la presentación realizada, registro del correo de invitación y listado de asistencia.</p> <p>Al consultar al contratistas que se encontraba en la oficina en ese momento, las respuesta sobre la política y los objetivos de calidad, no fue del todo satisfactoria, ya que la respuesta fue muy enfocada a las actividades que realiza el funcionario desde su actividad por lo que es indispensable reforzar dicho aspecto, realizando contextualización a todas las partes interesadas con cierta periodicidad y aplicando evaluación de conocimientos.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</p>		
Procedimientos			
Numeral 7.1.1	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar la programación de los recursos necesarios (físicos, financieros, talento humano, tecnológico) para el establecimiento, implementación, mantenimiento del procedimiento y asegurar su disponibilidad?</p> <p>Se informa que la programación de recursos físicos, financieros, de talento humano, entre otros, para el desarrollo de cada una de las metas, actividades y subactividades se encuentra ligado al instrumento POGD, dicho instrumento es medido de forma trimestral, de otra parte, se cuenta con el instrumento SEGPLAN, por medio de cual se presenta cada iniciativa o proyecto de inversión y se proyectan los recursos para su adjudicación, teniendo en cuenta que las necesidades de los recursos, están descritas y detalladas en los estudios previos.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		
Numeral literal b) 7.2	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita comprobar las competencias de las personas basándose en su educación, formación y experiencia necesaria para realizar el trabajo que afecta al desempeño y la eficacia del procedimiento?</p> <p>Mediante los estudios previos, se describen y detallan las necesidades del recurso humano, además del perfil y las competencias para desempeñar el cargo, sin embargo, dicho procedimiento en la actualidad es realizado por una sola persona mediante contrato de prestación de servicios. Así mismo, se viene realizando capacitaciones a distintos funcionarios, con el fin de que las actividades de georreferenciación y proyectos nuevos de mapas, sean realizadas directamente por las personas de los procesos misionales.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>		

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

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 cuenta con un inventario documental, actualizado en la segunda semana de mayo del 2024, dicho documento se encuentra bajo custodia del gestor de calidad, adicionalmente identificamos que la revisión se hizo en el mes de diciembre 2023 con los líderes de los grupos de trabajo, dicha actividad permitió determinar que documentos se debía actualizar en diciembre 2023, se envía el inventario documental a planeación institucional y se están haciendo varias mesas de trabajo para realizar los ajustes pertinentes. Adicionalmente, se informa que existe una única caracterización, la cual fue actualizada el día 9 de febrero del 2024.</p> <p>Al consultar la base documental encontramos: 5 procedimientos de los cuales 3 se encuentran "por actualización", 8 Instructivos de los cuales, 2 requieren actualización, 3 están en revisión y 3 ya se encuentran actualizados, existen 2 guías, 4 modelos y se cuenta con 34 formatos de los cuales por actualizar existen 8, en revisión: 6 y 20 se encuentran actualizados. Por último, existen 13 lineamientos de los cuales 3 están por actualizar, 2 se encuentran en revisión y 8 ya fueron actualizados.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
7. APOYO 7.5.Información documentada 7.5.2 Creación y actualización	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia aprobación de los documentos para su divulgación y publicación?, ¿Se evidencia elaboración o actualización de documentación?</p> <p>Cada documento después de ser validado por el especialista, pasa a revisión por parte del gestor de calidad y es aprobado por el director TIC, posteriormente se hace solicitud por medio del aplicativo isolucion, se carga el documento firmado y el referente de calidad hace la respectiva revisión. Para efectos de comprobación, se consulta el documento denominado: concepto técnico TIC de fecha 2 de mayo, dicho documento fue actualizado y se constata el control de cambios con la justificación del caso, adicionalmente, se consultan las firmas de quien lo elaboro, reviso y aprobó.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.3.2 literal C Control de Cambios	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la identificación de los cambios y el estado de revisión de los documentos?</p> <p>Cada documento después de ser validado por el especialista, pasa a revisión por parte del gestor de calidad y es aprobado por el director TIC, posteriormente se hace solicitud por medio del aplicativo isolucion, se carga el documento firmado y el referente de calidad hace la respectiva revisión. Para efectos de comprobación, se consulta el documento denominado: concepto técnico TIC de fecha 2 de mayo, dicho documento fue actualizado y se constata el control de cambios con la justificación del caso, adicionalmente, se consultan las firmas de quien lo elaboro, reviso y aprobó.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
Numerales 7.5.2 y 7.5.3	<p>A la pregunta: ¿Existe evidencia que soporte la baja de documentos obsoletos, se actualiza el repositorio documental isolucion?</p> <p>Una vez consultado el inventario documental de fecha jueves 9 de mayo del 2024, se identifican mediante filtro 23 documentos etiquetados o marcados por obsolescencia, los más recientes son: GUI006, GUI007 y GUI10. Se consulta el documento firmado SDS-PYC-FT-013 del 22 de abril del 2024, que relaciona los documentos para dar de baja por parte del jefe de la dependencia, dichos documentos se encuentran firmados. Adicionalmente, se consulta el soporte de la baja del documento.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:

SDS-ESC-FT-012

Versión:

8



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

8.2.1 literal C	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia tratamiento adecuado a las PQRS o SDQS frente a los servicios ofrecidos?</p> <p>De primera mano, se comparte el informe de percepción del cliente frente al servicio de la mesa de ayuda, informe que reúne los resultados consolidados del mes de enero a mayo del año 2023, población analizada 11290 personas y la muestra analizada corresponde al 14% equivalente a 1631 casos, como resultado final del informe, se obtiene un 98,45% de satisfacción y se comparte el informe resultado del ejercicio, de otra parte, se tiene contemplado la realización del ejercicio de percepción con corte de junio a mayo 2024 e incluirá un nuevo componente para la percepción en la satisfacción de cliente en la medición de la entrega de soluciones de software.</p> <p>De otra parte, se consultan la gestión de los requerimientos e incidentes atendidos por nivel 1, 2 y 3 de la mesa de ayuda. Al consultar la base suministrada del año 2023, identificamos un total de 2627 incidentes y 16836 requerimientos atendidos y para la gestión del año 2024 en el intervalo de enero a mayo, tenemos un total de 609 incidentes y 6046 requerimientos atendidos hasta la fecha, de los cuales incidentes en estado CERRADA tenemos 376, sin dato por efectos del periodo de la caída: 171 registros, en curso: 21 y suspendidos: 10. De acuerdo a la evaluación de los SLA, evidenciamos que 418 registros es decir el 95,6% de los casos cumplió con el SLA establecido, mientras que el 4,3% es decir 19 casos no cumplieron con establecido. En cuanto a los incidentes del año 2023, encontramos 2627 casos cerrado y se cumplió el SLA en 2598, es decir un 98,89%.</p> <p>Nota: el tiempo de atención o SLA establecido para incidentes es de 4 horas en promedio y requerimientos es de 6 horas.</p> <p>Respecto al incidente del PIVOT o servidor de Hiperconvergencia, la restauración fue paulatina hasta el restablecimiento normal de la operación dado que tenían implementadas contingencias, la trazabilidad del caso reposa en informe individual de acuerdo a lo informado, un incidente fue atípico, manejado como un problema y coordinado por el especialista de TIC. Al consultar otros incidentes de alto impacto como fue el caso de la indisponibilidad de troncales, se tiene creado un incidente padre y atados incidentes hijos, lo cual es adecuado, se consulta un segundo caso del incidente padre de la falla en la red id:2837 y el hijo 2857. En lo que respecta a la caída de los servicios TIC como un tercer caso consultado producto de las fallas de energía o fluido eléctrico al interior de la entidad del día 15 de mayo del 2024 en la madrugada y luego a las 10am, no se cuenta con registro del caso o incidente registrado en ARANDA, no existe un incidente padre y con ello los incidentes hijos relacionados, lo cual no permite tener la trazabilidad y seguimiento al respecto y por lo tanto se desconoce las causas que originaron dicho incidente, el impacto producido y el tiempo de afectación, dicho lo anterior, es necesario fortalecer la gestión integral y en consecuencia se deriva una oportunidad de mejora.</p> <p>De las caídas masivas de los días 14, 15 y 17 que afectaron los servicios, no se tiene registro en ARANDA.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</p>	X
Numeral 8.5.1	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita validar los mecanismos de registros de recepción de necesidades de geo-codificación de direcciones o Georreferenciación?</p> <p>Se informa que mediante el aplicativo Planner, se lleva el control de la gestión de requerimientos para georreferenciación, adicionalmente en el repositorio de SharePoint, se cuenta con las evidencias y respuestas obtenidas. Así mismo, existe una actividad programada cotidiana para la georreferenciación del tema de COVID y ocupación de camas que genera flujos en ARCGIS, para ello se cuenta con la trazabilidad de cada requerimiento en planner y de acuerdo al procedimiento, se dispone de 3 o 4 días máximo para dar respuesta a los diferentes requerimientos.</p> <p>Es clave indicar que algunas áreas han contratado geógrafos e ingenieros catastrales, que han permitido disminuir el número de requerimientos que venía atendiendo la dirección TIC. El canal de recepción es el correo electrónico y al consultar el repositorio de planner, encontramos 146 tareas gestionadas, de las cuales identificamos 142 tareas finalizadas, y 2 tareas no iniciadas y una tarea en curso.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito</p>	X

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA SGC	
Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión: 8
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos		

Numeral 8.6 Liberación de los productos y servicios	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con evidencia que permita constatar los resultados del proceso de la geo-codificación?</p> <p>En SharePoint, se cuenta toda la evidencia mes a mes de los mapas, es por eso que para el mes de diciembre 2023, se consulta el caso de georreferenciación de 77000 direcciones y para ello se utilizó la herramienta propia de la secretaría de salud denominada: GEOREFERENCIACION DE DIRECCIONES, dicha herramienta fue entregada a las dependencias para que utilicen de manera independiente la herramienta. Es importante mencionar, que existen 2 aplicativos de georreferenciación, uno que procesa o georreferencia direcciones una a una y otro versión 2 del aplicativo, que trabaja mediante una carga masiva de direcciones, dichos sistemas de información, utilizan motor de base de datos SQL Server y se encuentran alojados y respaldados en la entidad. Para efectos de comprobación, se consultó el caso denominado: Defunción de salud pública análisis demográfico estadísticas vitales y finalmente se obtiene el archivo resultado de la depuración de la información realizada, archivo denominado: GEODEFUNCION.csv.</p> <p>Se consulta un segundo caso denominado: GEOREFENCIACION UCI TOTAL BOGOTA, que se actualiza semanalmente y toda la información resultado del proyecto, reposa en planner y en ARCGIS online, se consulta archivo Excel de georreferenciación, el cual cuenta con 66 puntos localizados por el georeferenciador, se solicita soporte del correo remitido del día 11 de enero del 2024. Así mismo, se solicita los "SHAPE" del proyecto, que de acuerdo al proceso genero 7 archivos, dichos archivos pueden ser leído o interpretados por el aplicativo ARCGIS. Se consulta el grafico o proyecto final en donde se comprueba la actualización semanal.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito</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 la dirección TIC no tiene manejo de: "producto no conforme", ya que solo aplica para los procesos misionales y el cual se encuentra establecido mediante lineamiento por la dirección de planeación institucional y calidad.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.1 Generalidades literal C	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la periodicidad en la medición de los indicadores?</p> <p>Se informa que el instrumento por medio del cual se realiza la gestión del proceso TIC, es el POGD, dichos indicadores fueron definidos en mesa de trabajo con el director y diferentes profesionales de la dirección TIC. En cuanto a los indicadores objeto de la presente evaluación, mediante el POGD se tiene definido el indicador de cumplimiento y es medido de acuerdo el lineamiento de planeación institucional y calidad, Para efectos de validación, se solicita el informe consolidado de medición del año 2023 y el informe de corte del primer trimestre del año 2024.</p> <p>De otra parte, existe el instrumento SEGPLAN, que es una herramienta que permite hacer el seguimiento de los proyectos de inversión que tiene a cargo el proceso. Para el caso la dirección TIC cuenta con los siguientes 2 proyectos: 7785 y 7788.</p> <p>En cuanto al POGD de la vigencia año 2023, se informa que este fue consolidado en el mes de enero y contiene toda programación y la ejecución del proceso, El POGD consta de 5 metas identificadas, las 2 primeras fueron propuestas por la dirección TIC, la tercera meta fue pensada para dar cubrimiento a la implementación del sistema de gestión de calidad, la cuarta meta corresponde a las políticas de gestión y desempeño para el caso es el cumplimiento de las políticas de gobierno y seguridad y por último, la quinta meta está asociada en desarrollar el componente de transparencia y acceso a la información.</p> <p>En lo que refiere a la subactividad de la meta #4, gestionar las soluciones de software de la SDS, se informa que se logró gestionar todos requerimientos de software y en consecuencia, el cumplimiento fue 100%. Desde la óptica del auditor, el indicador es muy subjetivo, dado que gestionar es equivalente a recibir los requerimientos y no implica que sean exitosos. Puede haber requerimientos recibidos del año 2021 que encuentran "en curso" en la actualidad y eso lo consideran gestionado, por lo que se considera que el indicador no refleja la realidad o verdad de la operación.</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		

<p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.3. Análisis y evaluación</p>	<p>Se consulta el reporte del tercer trimestre 2024, se reportan 35 requerimientos que se han sido desarrollados. Se sugiere desagregar o definir nuevos indicadores de impacto, que permitan conocer la realidad de la operación, indicadores propuestos: 1. Oportunidad en la entrega de la solución, ya que varios requerimientos consultados han tomado más de 2 años, 2. volumen de requerimientos atendido y cumplidos, 3, Satisfacción de cliente frente al producto entregado. Por lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora.</p> <p>Primera actividad de la meta 1 del primer seguimiento 2024, tiene que ver con la gestión de incidentes y requerimientos, el reporte menciona que se atendieron 1020 requerimientos y 180 incidentes. El indicador informa que se gestionaron los requerimientos e incidentes, no obstante, la medición no está encaminada a determinar el tiempo de respuesta de los incidentes frente a los SLA por lo que evidenciamos que indicadores de impacto no se tienen definidos. Dicho lo anterior, se deriva en una oportunidad de mejora.</p> <p>Se informa que en las mesas de trabajo, los profesionales no han requerido incluir indicadores de impacto, no han visto la necesidad de incluirlos.</p> <p>Desde la óptica del auditor, deben definir indicadores por grupos de trabajo y estos deben ser priorizados por los profesionales y líder de la dependencia.</p> <p>Con respecto al SEGPLAN, se presentan los informes mensuales y se solicita el informe del mes de diciembre, el cual es un informe acumulativo para el proyecto 7785 y 7788. Mediante consulta obtenemos: Presupuesto definitivo año 2023 del proyecto 7788 fue por valor de; \$17.279.917.479 y el valor ejecutado al final del periodo fue de \$17.117.201.366, para un Porcentaje de ejecución del 99%. Se informa que todas iniciativas del proyecto 7788 se adjudicaron. En lo que respecta al proyecto 7785, 3 iniciativas se declararon desiertas: SWITCH CORE y soporte de extensión de garantías de equipo del datacenter. Presupuesto definitivo para proyecto 7785 del año 2023, fue por valor de: \$49.687 millones y valor ejecutado al final del periodo fue de \$44364 millones para un porcentaje de ejecución del 89% Al consultar el reporte, se observa la meta 1 con un porcentaje planeado de 32% y ejecutado 31%, meta 2.1 un planeado de 21% y el ejecutado fue del 21% y la meta 2.2, un planeado de 15% y ejecutado fue del 19.6%.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</p>	
<p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.3. Análisis y evaluación</p>	<p>A las preguntas: ¿Se realiza informe de análisis de los indicadores?, ¿Se evidencia la presentación del informe al comité u otras instancias? ¿Existen registros que soporten la actividad? ¿Se evidencian las acciones derivadas producto de los informes presentados al comité?</p> <p>Se informa que previo a remitir el reporte o informe a la dirección de planeación institucional, es revisado por el director TIC, a fin de que analicen los resultados que se van a presentar y mediante la cuenta de correo del director TIC, se remite el informe a la dirección de planeación institucional y calidad. En cuanto al análisis de indicadores, se informa que es realizado mediante el instrumento POGD trimestral y se cuenta con 2 informes consolidados semestrales.</p> <p>El reporte es entregado a planeación institucional y calidad, quienes son los encargados de publicar esta información. Para efectos de comprobación, se solicita copia del correo electrónico remitido, dicho requerimiento se realiza trimestralmente de acuerdo a las fechas establecidas, se solicita presentación y registros de acta de la reunión con la alta dirección y el secretario.</p> <p>Otras instancias, es la mesa técnica de gobierno digital y seguridad digital para ello se solicitan 2 soportes de las últimas mesas (Acta o grabaciones) y con respecto al comité institucional de gestión y desempeño, dicha mesa se realiza trimestralmente y es aquí donde la Dirección TIC, va como invitado de ser requerido. Vale la pena resaltar, que en la última mesa convocada, el tema fue plan de transformación digital y la política de Ciberseguridad de la entidad, para ello se cuenta con acta de la sesión realizada.</p> <p>Resultado de la mesa técnica de gobierno digital y seguridad Digital realizada el pasado día 20 de mayo, surgieron varios compromisos, uno de ellos, fue buscar un espacio con la dirección de planeación institucional y calidad, con el fin de presentar el plan de transformación digital y otro compromiso fue enviar el plan para la implementación de la política de gobierno digital a todos los frentes. Se cuenta registro de la grabación realizada.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito.</p>	<p>X</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA SGC Código: SDS-ESC-FT-012 Versión: 8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos		

9.1.2 Satisfacción del cliente	<p>A la pregunta: ¿Se cuenta con seguimiento y resultados de la percepción de los clientes frente al servicio ofrecido?</p> <p>Se informa que se utiliza la misma encuesta de calidad y el usuario debe seleccionar el servicio para el caso georeferenciación, sin embargo, se desconoce los resultados frente al servicio específico, se consulta como evidencia correo remitido al usuario para diligenciamiento de encuesta sin embargo, es importante mencionar que la encuesta es enviada a todos los participantes pero no en todos los casos se responde, por lo que se debe fortalecer dicho aspecto para medir el servicio.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 9.3.3, literal c y e - Revisión por la dirección	<p>A la pregunta: ¿Se ha realizado revisión por la dirección y se han tratado los temas pertinentes a este procedimiento?</p> <p>Se informa que mediante las reuniones programadas con la dirección, se tratan los temas pertinentes a los diferentes servicios y exponen los resultados, logros alcanzados y de ser necesario las dificultades o situación que ameriten ser escaladas. Como evidencia, se cuenta con registros de reunión y las grabaciones realizadas.</p> <p>Acorde a lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
Numeral 10.1	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la elaboración de los planes de mejoramiento resultado de los hallazgos encontrados en las Auditorías Internas del proceso basado en calidad?</p> <p>Si, existen planes de mejoramiento registrados resultado de la auditoría interna y del autocontrol propio de la dependencia, Se constata que existe un caso registrado, que busca mitigar o reducir los efectos de la materialización del riesgo en base a los incidentes que se han presentado.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
Numeral 10.2.1	<p>¿Se evidencia la implementación del procedimiento de acciones correctivas? revisar las no conformidades y acciones para abordar riesgo y el estado de las mismas.</p> <p>Se informa que desde control interno se realizan distintas evaluaciones cada año y en que respecta a la auditoría de ente certificador realiza en el mes de agosto del año 2023, no se evidencian no-conformidad y acciones para abordar riesgo.</p> <p>Al consultar la base de datos de conocimiento en isolucion respecto al proceso y al realizar el filtro de acciones correctivas, encontramos 10 registros de las cuales, se creó la acción correctiva id:3171, para dar respuesta a la materialización del riesgo, las otros 9 registros, corresponden a las acciones para abordar riesgos,</p> <p>Se genera un export de los registros encontrados en la base de conocimiento, respecto al Id: 3107 resultado de la auditoría de gestión OCI en el marco de política digital, la actividad 1 de dicho acción se encuentra vencida y es responsable del seguimiento la funcionaria Doris Pilar.</p> <p>De otra parte, se consulta la acción id: 2871 del 8 de junio 2023, y se identifica que la actividad nro1 presenta atraso en el cumplimiento de la misma ya que la fecha establecida fue para el 31 de diciembre del 2023, la actividad 2 también presenta el mismo incumplimiento. De acuerdo a lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora invitando a reforzar el cumplimiento de los tiempos establecidos.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, se valida el requisito y se deriva una oportunidad de mejora.</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					

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. Si bien es cierto, existe la matriz de partes interesadas asociado a la caracterización del proceso y la misma se encuentra actualizada al momento de la evaluación, evidenciamos que los servicios que tienen dependencia del proveedor o un tercero, no están siendo considerados como un actor clave o relevante dentro del proceso, en consecuencia, existe una debilidad en cuanto a la completitud del requisito numeral 4.2 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.

Responsable: Dirección TIC

2. Al consultar la matriz DOFA definida para el proceso TIC, la cual se encuentra publicada y actualizada al momento de la evaluación, evidenciamos que algunas DEBILIDADES reconocidas, no están siendo consideradas en dicho instrumento y hacen parte de la operación, para citar algunos ejemplos: 1. No contar con un canal o enlace redundante hacia internet y en caso de una eventual caída, afectaría la conectividad total de la entidad ya que es elemento crítico de la infraestructura y 2. No contar con personal contratista o de planta, afectara la operación en cada uno de los frentes o servicios del proceso TIC, 3. temas de corte de energía, entre otros, se viene materializando en repetidas ocasiones, en consecuencia, existe una debilidad en cuanto a la completitud del requisito numeral 4.1 de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto y con ello definir las estrategias que haya lugar.

Responsable: Dirección TIC

3. A pesar de que, existe evidencia o registros de charlas o espacios de sensibilización realizadas por el gestor de calidad a los diferentes profesionales de la dirección TIC respecto al sistema de gestión de calidad, política, objetivos y demás elementos, evidenciamos que la estrategia de sensibilización no está siendo del todo efectiva, ya que al entrevistar y preguntar al azar a ciertos funcionarios y contratistas sobre los conocimientos adquiridos, no responden de manera satisfactoria y no se cuenta con registros de evaluación del conocimientos resultado de las sensibilizaciones impartidas, en consecuencia, existe una debilidad en cuanto a los requisitos numerales 5.2.2 y 6.2.1 literales a) hasta la f) de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario fortalecer dicho aspecto.

Responsable: Dirección TIC y Dirección de Planeación institucional y Calidad

4. Si bien, el proceso de gestión TIC se mide mediante el instrumento POGD, evidenciamos que el resultado acumulado del año 2023 y primer trimestre 2024 reporta un 100% de cumplimiento en todas las metas, se argumenta que el resultado se limita al cumplimiento de las actividades trazadas, no obstante, indicadores de impacto no han sido definidos y se argumenta que no son necesarios, mediciones tales como: tiempos de respuesta de incidentes y requerimientos acorde a los SLA establecidos, grado de satisfacción del usuario final frente a la atención, numero de requerimientos e incidentes recibidos en comparación con los requerimientos finalizados no se tienen definidos, para los demás servicios TIC, se presenta el misma situación y en consecuencia, existe una debilidad en cuanto al requisito numeral 9.1 de la norma ISO9001:2015, por tal motivo, se hace necesario tomar las medidas que permitan para fortalecer dicho aspecto.

Responsable: Dirección TIC

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
INFORME DE AUDITORIA SGC					
Código:	SDS-ESC-FT-012	Versión:	8		
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

5. Si bien es cierto, la matriz de riesgos e instrumento de autoevaluación del proceso TIC se encuentran actualizados, evidenciamos que los riesgos de gestión definidos se han materializado, ya que se han presentado incidentes reiterativos respecto a los servicios e infraestructura, generando indisponibilidades por largos periodos de tiempo como se refleja en el informe del PIVOT y registros de incidentes en ARANDA, en tal sentido, se puede afirmar que los controles definidos, no han sido del todo eficaces y suficientes, en consecuencia, existe una debilidad en los requisitos numerales 4.4.1 literal f) y numeral 6.1.2 literales a) y b) de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario tomar las medidas y definir estrategias que haya lugar para mitigar y reducir los impactos.

Responsable: Dirección TIC

6. A pesar de que, existe un procedimiento definido para la gestión de incidentes y requerimientos apalancado mediante el sistema de información ARANDA Software, evidenciamos que no todos los incidentes reportados están siendo registrados en dicha herramienta, ya que algunos incidentes ocurridos que impactaron y afectaron la prestación de los servicios por un largo periodo de tiempo como fue el caso de PIVOT o caída del Servidor de HIPERCONVERGENCIA el día 29 de enero, degradación, lentitud de los servicios en el mes de febrero, marzo, cortes de energía reiterativos del día 15 de mayo en la madrugada y a las 10am y de los días 14 y 17, no se encuentran registrados, por su parte la Oficina de control interno reportó el incidente mediante correo electrónico a la línea 55 el mismo día, sin embargo al verificar en el aplicativo ARANDA, no existe trazabilidad del incidente o incidentes relacionados, se desconoce el tiempo de indisponibilidad producto de las fallas presentadas, tiempos de solución y restablecimiento, causas que originaron dichas fallas, tratamiento documentado de las quejas o reclamos frente a los servicios ofrecidos y el manejo de reincidencias como un factor de problema del servicio, no se evidencia en estos casos aleatorios, en consecuencia, existe una debilidad con base al requisito numeral 8.2.1 literal c) de la norma ISO9001:2015 por tal motivo, se hace necesario tomar las medidas que permitan para fortalecer dicho aspecto.

Responsable: Dirección TIC

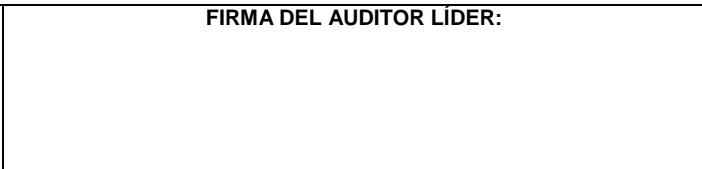
CONCLUSIONES

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

- **ASPECTO POSITIVO:** Se resaltar la cordialidad y la atención prestada por parte de los participantes de la auditoria, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control, los colaboradores de la dirección identifican, entienden y gestionan el proceso y los procedimientos evaluados, contribuyendo con el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos.
- La auditoría se desarrolló mediante plan definido y en cumplimiento de los requisitos seleccionados de la Norma ISO 9001:2015. Cabe señalar que resultado del ejercicio, se identificaron 6 oportunidades de mejora, las cuales fueron sustentadas y formuladas en el presente documento.
- Respecto a la gestión de riesgos en la fase de medición y seguimiento, evidenciamos que existe materialización de 2 de los riesgos de gestión, debido a las continuas fallas en el fluido eléctrico así como degradación y lentitud de los servicios TIC, que han impactado significativamente la disponibilidad de los servicios tanto internos como externo y en tal sentido, es necesaria una redefinición de los controles ya que estos no han sido eficaces o suficientes.
- La gestión de incidentes y requerimientos es realizada mediante el aplicativo ARANDA Software, sin embargo, es indispensable desde la buena práctica, llevar registro de todos los incidentes presentados, con el fin de hacer análisis posterior de los mismos, detectar posibles problemas y reincidencias desde la óptica de gestión de servicios de ITIL.
- Las charlas o espacios de sensibilización a los profesionales de la dirección TIC, respecto al sistema de gestión de calidad, política, objetivos y demás elementos, deben seguir realizándose con cierta periodicidad y acompañados de mecanismos para evaluación de conocimientos.
- Indicadores de impacto desde la formulación del PODG al inicio de cada vigencia, no han sido contemplados o no se ha visto la necesidad o importancia de los mismos y en tal sentido, medir la eficacia y eficiencia de los servicios que presta la dirección TIC mediante el POGD resulta ser subjetivo ya que reportan 100% de cumplimiento en cada una de las metas, sin embargo, han habido múltiples quejas y requerimientos de software sin cumplir.

 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		

Revisado gestor de calidad OCI: _____

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