


 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					

Proceso: Evaluación Independiente a la Gestión Institucional
Líder del Proceso: Olga Lucia Vargas Cobos
Auditor Líder: María del Pilar Rivera Sáenz
Equipo Auditor: Cristian Javier Illera Lugo Marco Antonio Puello Ayala
Fecha de Ejecución Auditoría: Del Cinco (5) de noviembre de 2025 hasta el Tres (3) de diciembre de 2025
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Evaluar la conformidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 al proceso Evaluación Independiente a la Gestión Institucional.
ALCANCE: La formulación del plan anual de auditoría hasta La verificación y mejora del proceso de auditoría de calidad.
CRITERIOS: De conformidad a los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 / Requisitos (6.1, 7.5.3, 9.2, 9.2.1 y 9.2.2), así como la normatividad y documentos asociados (Internos y Externos).
LIMITACIONES: No aplica
METODOLOGÍA UTILIZADA: Visitas de campo y revisión documental
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: Recomendaciones auditoría de calidad vigencia 2024

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFORME	NO CONFORME																																																																																																																										
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	<p>Durante la verificación documental realizada en los riesgos correspondientes a la salida “Programa anual de auditorías aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno” de la caracterización del proceso, se evidenció que el proceso EIG tiene identificado los riesgos y controles para dicha salida; no obstante, se genera un riesgo de incumplimiento al lineamiento “SDS-DFO-LN-011 GESTIÓN DEL RIESGO SDS” en el numeral 7 MONITOREO Y REVISIÓN, el cual fue socializado en su nueva versión, por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.</p> <p>No se diligenció la MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS SDS-DFO-FT-033 por parte de la segunda línea de defensa, donde se evidencia el no cargue de soportes relacionados con el control del riesgo en la carpeta dispuesta por la DPIYC y la no remisión de evidencias por parte de la OCI por medio de correo electrónico. Lo anterior, constituye un riesgo al no generar los mecanismos que permitan la realización del seguimiento y monitoreo de los riesgos según numeral 7 MONITOREO Y REVISIÓN del lineamiento SDS-DFO-LN-011.</p>	X																																																																																																																											
<table><tr><td colspan="12">MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS</td></tr><tr><td colspan="2">Código</td><td colspan="2">SE-SPCFT-033</td><td colspan="2">Fecha</td><td colspan="2">2025/02/25</td><td colspan="2">Versión</td><td colspan="2">N/A</td></tr><tr><td colspan="2">EJECUTIVO DE REPORTES DE PROBLEMAS DE CALIDAD</td><td colspan="2">VIGILANCIA</td><td colspan="2">Fase 2</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>PROCESO (Definición)</td><td>DEPENDENCIA (Definición)</td><td>N. RIESGO</td><td>DESCRIPCIÓN DEL RIESGO</td><td>CATEGORÍA DEL RIESGO (Definición)</td><td>N. CONTROL</td><td>DESCRIPCIÓN DEL CONTROL</td><td>EVIDENCIA DE RIESGO DE EJECUCIÓN DEL CONTROL</td><td>PLAN DE ACCIÓN</td><td>EVIDENCIA DE RIESGO DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN</td><td>EL RIESGO DE PROBLEMAS DE CALIDAD SIGUE SIENDO</td><td>EL ACCIÓN EN PROGRESO</td><td>MONITOREO 2da LÍNEA DE DEFENSA</td><td>MONITOREO 3ra LÍNEA DE DEFENSA</td></tr><tr><td rowspan="5">Evaluación Independiente a la Gestión Institucional</td><td rowspan="5">Oficina de Control Interno</td><td rowspan="5">1</td><td rowspan="5">Posibilidad de alteración representativa al funcionamiento en la evaluación de los Auditorios Admisión en el Programa Anual de Auditorías (PA)</td><td rowspan="5">Gestión</td><td>1</td><td>El Profesional de la Oficina de Planeación y Control Interno, en la ejecución del Programa Anual de Auditorías, dentro de los riesgos se identifica el riesgo de incumplimiento al programa de ejecución de auditorías de control en investigación.</td><td>POCO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>El Jefe Oficina de Control Interno y el Profesional Especializado en Investigación, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.</td><td>Caseso documentado</td><td>NA</td><td>Planificación de Gestión y el desarrollo de la ejecución de la auditoría de control en investigación.</td><td>NO</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Evaluación Independiente a la Gestión Institucional</td><td rowspan="2">Oficina de Control Interno</td><td rowspan="2">2</td><td rowspan="2">Posibilidad de alteración representativa al funcionamiento en la evaluación de los Auditorios Admisión en el Programa Anual de Auditorías (PA)</td><td rowspan="2">Gestión</td><td>1</td><td>La Oficina de Planeación y Control Interno, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.</td><td>Aplicados</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>El Técnico Administrativo en Investigación, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.</td><td>Caseso documentado</td><td>NA</td><td>Reporte del estado de las acciones en el sistema de gestión.</td><td>NO</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr></table>				MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS												Código		SE-SPCFT-033		Fecha		2025/02/25		Versión		N/A		EJECUTIVO DE REPORTES DE PROBLEMAS DE CALIDAD		VIGILANCIA		Fase 2								PROCESO (Definición)	DEPENDENCIA (Definición)	N. RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CATEGORÍA DEL RIESGO (Definición)	N. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA DE RIESGO DE EJECUCIÓN DEL CONTROL	PLAN DE ACCIÓN	EVIDENCIA DE RIESGO DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	EL RIESGO DE PROBLEMAS DE CALIDAD SIGUE SIENDO	EL ACCIÓN EN PROGRESO	MONITOREO 2da LÍNEA DE DEFENSA	MONITOREO 3ra LÍNEA DE DEFENSA	Evaluación Independiente a la Gestión Institucional	Oficina de Control Interno	1	Posibilidad de alteración representativa al funcionamiento en la evaluación de los Auditorios Admisión en el Programa Anual de Auditorías (PA)	Gestión	1	El Profesional de la Oficina de Planeación y Control Interno, en la ejecución del Programa Anual de Auditorías, dentro de los riesgos se identifica el riesgo de incumplimiento al programa de ejecución de auditorías de control en investigación.	POCO							2	El Jefe Oficina de Control Interno y el Profesional Especializado en Investigación, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.	Caseso documentado	NA	Planificación de Gestión y el desarrollo de la ejecución de la auditoría de control en investigación.	NO	NA			3									4									5									Evaluación Independiente a la Gestión Institucional	Oficina de Control Interno	2	Posibilidad de alteración representativa al funcionamiento en la evaluación de los Auditorios Admisión en el Programa Anual de Auditorías (PA)	Gestión	1	La Oficina de Planeación y Control Interno, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.	Aplicados						2	El Técnico Administrativo en Investigación, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.	Caseso documentado	NA	Reporte del estado de las acciones en el sistema de gestión.	NO	NA		
MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS																																																																																																																													
Código		SE-SPCFT-033		Fecha		2025/02/25		Versión		N/A																																																																																																																			
EJECUTIVO DE REPORTES DE PROBLEMAS DE CALIDAD		VIGILANCIA		Fase 2																																																																																																																									
PROCESO (Definición)	DEPENDENCIA (Definición)	N. RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CATEGORÍA DEL RIESGO (Definición)	N. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA DE RIESGO DE EJECUCIÓN DEL CONTROL	PLAN DE ACCIÓN	EVIDENCIA DE RIESGO DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	EL RIESGO DE PROBLEMAS DE CALIDAD SIGUE SIENDO	EL ACCIÓN EN PROGRESO	MONITOREO 2da LÍNEA DE DEFENSA	MONITOREO 3ra LÍNEA DE DEFENSA																																																																																																																
Evaluación Independiente a la Gestión Institucional	Oficina de Control Interno	1	Posibilidad de alteración representativa al funcionamiento en la evaluación de los Auditorios Admisión en el Programa Anual de Auditorías (PA)	Gestión	1	El Profesional de la Oficina de Planeación y Control Interno, en la ejecución del Programa Anual de Auditorías, dentro de los riesgos se identifica el riesgo de incumplimiento al programa de ejecución de auditorías de control en investigación.	POCO																																																																																																																						
					2	El Jefe Oficina de Control Interno y el Profesional Especializado en Investigación, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.	Caseso documentado	NA	Planificación de Gestión y el desarrollo de la ejecución de la auditoría de control en investigación.	NO	NA																																																																																																																		
					3																																																																																																																								
					4																																																																																																																								
					5																																																																																																																								
Evaluación Independiente a la Gestión Institucional	Oficina de Control Interno	2	Posibilidad de alteración representativa al funcionamiento en la evaluación de los Auditorios Admisión en el Programa Anual de Auditorías (PA)	Gestión	1	La Oficina de Planeación y Control Interno, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.	Aplicados																																																																																																																						
					2	El Técnico Administrativo en Investigación, en la ejecución de los riesgos, no se cargan los registros de auditorías, ni se cargan los registros de auditorías de control en investigación.	Caseso documentado	NA	Reporte del estado de las acciones en el sistema de gestión.	NO	NA																																																																																																																		

 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

7.5.3 Control de la información documentada

Durante la verificación documental, se toma como muestra el procedimiento “SDS-EIG-PR-005 AUDITORIAS DE CALIDAD”, donde se solicita al proceso los soportes de las auditorías de calidad realizadas a: Gestión de Trámites a la Ciudadanía, Gestión del Talento Humano y Aseguramiento en Salud. Se evidencia cumplimiento en la aplicación de los registros, según procedimiento, sin embargo, en el acta de mesa de cierre del proceso Gestión del Talento Humano, realizada el 28/08/2025 se evidencia inconsistencias en la descripción del tema, objetivo y lugar, puesto que se menciona el proceso de Control Disciplinario el cual no corresponde al auditado. Adicionalmente, en la información dispuesta en la carpeta compartida del proceso Aseguramiento en Salud, se revisa que el registro 5.4. Reg_asist_mesa_agost_14 no corresponde al personal auditado, lo que genera el riesgo de incumplimiento del numeral 7.5.3.1 literal a) de la norma ISO 9001:2015.

X

7 Acta mesa_re GTH.pdf



DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



ACTA DE REUNIÓN

Elaborado por: Álvaro Arango Carrión / Revisado por: Sandra Andrea Salazar / Aprobado por: Luis Angulo Manriquez (Ej)

Dependencia (Dirección / Oficina)

Oficina de Control Interno

Proceso

Evaluación Independiente a la Gestión Institucional

Objetivo

Fecha: 28 de agosto de 2025

Tipo de reunión

Asistencia Técnica

Asistencia ()

Observación ()

Otro ()

Modalidad

Presencial (x)

Virtual ()

Mixta ()

Realizar la mesa de cierre de la auditoría de calidad al proceso de control disciplinario.

Lugar

Oficina Control Disciplinario Interno

Hora Inicio

2:20 pm Hora Fin: 2:45pm

Notas por:

Ángela González

Proxima Reunión:

N/A

Quién Usa:

Doris Pilar Ojeda

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se inicia la reunión siendo las 2:20 pm, agradeciendo la asistencia y se realiza la presentación de los asistentes así:

Doris Pilar Ojeda Pérez y Ángela González Palacio, auditorías oficina de Control Interno

José Elías Guevara Fragoso – Director de Talento Humano, Astrid Lucía Quintero González – Profesional especializado, Dirección de Gestión del Talento Humano y David López Baena – Gestor de calidad del proceso

Se realizó la explicación de objetivo de la auditoría así: verificar la conformidad del proceso de gestión del talento humano con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, desde la planeación hasta la implementación y mejora continua del sistema de calidad.

Se procede a la revisión de las no conformidades y acciones para abordar riesgos identificados en el informe de auditoría, de acuerdo con la respuesta presentada por el proceso auditado ante el informe preliminar de auditoría, teniendo en cuenta que este fue tres días para presentar observaciones y aportar evidencias adicionales frente a los hallazgos identificados por el equipo auditor. En el informe se generaron cinco (05) No conformidades y una (01) acción para abordar el riesgo, así:

No conformidad:



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

Igualmente, se valida el registro “SDS-EIG-FT-004 LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACION TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2330)” el cual tiene como propósito validar la pertinencia de los documentos adjuntos a la carpeta de la auditoria, donde se evidencia que dicho registro fue diligenciado y aprobado por los auditores y personal de la OCI, sin embargo, no fue identificada la falla en el diligenciamiento del documento.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Se evidencia en el acta de mesa de cierre del proceso Gestión del Talento Humano, realizada el 28/08/2025 fallas en el diligenciamiento de la descripción del tema, objetivo y lugar, ya que se menciona el proceso de Control Disciplinario el cual no corresponde al auditado. Adicionalmente, en la información dispuesta en la carpeta compartida del proceso Aseguramiento en Salud, se identifica que el registro “5.4. Reg_asist_mesa_agost_14” no corresponde al personal auditado, lo que genera un posible incumplimiento del numeral 7.5.3.1 literal a) de la norma ISO 9001:2015, en lo referente a la afectación de la idoneidad en la información.

9.2 Auditoría
interna
9.2.1 La
organización debe
llevar a cabo
auditorías internas
a intervalos
planificados para
proporcionar
información
acerca de si el
sistema de gestión
de la calidad



Se verifica el “Plan Anual de Auditoria SDS-ESC-FT-021” de la entidad para la vigencia 2025, el cual soporta la planificación de las auditorias del Sistema de Gestión de Calidad, en lo referente a la conformidad de los requisitos propios de la organización y de la norma ISO 9001:2015. Se evidencia que, para el periodo evaluado, se contempló la totalidad de los procesos de la SDS, según mapa de procesos “SDS-DFO-MP-001 V.2”, se observa la distribución de las auditorias conforme a intervalos mensuales, objetivo de estas y auditor líder asignado para el desarrollo de las mismas.

Adicionalmente, de las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno se toma como objeto de verificación las auditorias internas de calidad realizadas a los procesos de Aseguramiento en Salud, Gestión del Talento Humano y Gestión de Trámites a la ciudadanía. Para este ejercicio se verifica cumplimiento y adherencia al procedimiento SDS-EIG-PR-005 AUDITORIAS DE CALIDAD, de lo cual se evidencia cumplimiento en los siguientes aspectos del procedimiento:



- Se cuenta con plan de auditoria en su formato SDS-EIG-FT-003 con los criterios y alcance definidos.
- Se llevan a cabo mesas de apertura, mesas de campo de auditoria y mesas de cierre para realizar las entrevistas y socialización de los aspectos claves del ejercicio de auditoria.
- Se evidencia elaboración y socialización de los informes de auditoria con conclusiones del ejercicio.

No obstante, no se evidencio cumplimiento de la actividad 18 del procedimiento SDS-EIG-PR-005 AUDITORIAS DE CALIDAD, en las auditorías realizadas a los procesos Gestión del Talento Humano y Aseguramiento en Salud. Esta actividad refiere la aplicación de la encuesta de satisfacción al auditado posterior a la realización de la mesa de cierre. Respecto a Talento Humano, los auditados mencionan que la encuesta fue remitida, pero no hubo respuesta de la misma.

X



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	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>ACCIÓN PARA ABORDAR RIESGOS: Se evidencia el riesgo de incumplimiento del procedimiento "SDS-EIG-PR-005 AUDITORIAS DE CALIDAD" en la actividad 18 "Realizar mesa de cierre. Además, solicitar diligenciamiento de la encuesta de satisfacción (Obligatorio en mesa de cierre)" dado que se solicita al proceso los registros correspondientes a la realización de la encuesta a los procesos Gestión de Talento Humano, Aseguramiento en Salud y Gestión de Trámites a la Ciudadanía y no se soporta Asegurar Salud.</p>		
<p>9.2.2. La organización debe:</p> <p>a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;</p> <p>b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;</p> <p>c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la</p> <p>d) imparcialidad del proceso de auditoría;</p> <p>e) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente;</p> <p>f) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas</p>	<p>Se realizan los comparativos con la herramienta de Evaluación de Desempeño POGD e indicadores de gestión y de proceso, donde se evidencia cumplimiento de las auditorías programadas y no reprogramación de las mismas. Por consiguiente, se determina conformidad del numeral 9.2.1 de la norma ISO 9001:2015.</p>  <p>Se efectúa la verificación conforme al ciclo PHVA, donde se toma como insumo los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> SDS-EIG-PR-001 ELABORACION DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS V.1 SDS-EIG-PR-005 AUDITORIAS DE CALIDAD V.1 <p>Referente al procedimiento SDS-EIG-PR-001, se realiza la validación correspondiente y se verifica el cumplimiento metodológico de las actividades descritas, donde se resalta la inclusión y adherencia a la caja de herramientas para la formulación del plan de auditorías "SDS-EIG-FT-016 V.1", lo cual permite a la organización minimizar el riesgo en la selección y priorización de auditorías a realizar y sustentar desde el punto de vista metodológico y cuantitativo la ejecución de la actividad.</p> <p>Conforme a la verificación del procedimiento SDS-EIG-PR-005, se toma como muestra los registros generados en las auditorías de los siguientes procesos: Gestión de Trámites a la Ciudadanía, Gestión del Talento Humano y Aseguramiento en Salud; donde se valida el "Plan de auditoria SDS-EIG-FT-003" evidenciando la inclusión de los criterios de auditoría y el alcance de la misma, igualmente, el cronograma de trabajo, el cual es verificado y se evidencia el cumplimiento del mismo.</p> <p>Se evidencia que la etapa de verificación del Plan de Auditoria se realiza en el espacio del Comité Coordinador de Control Interno (cada 6 meses), lo cual es soportado mediante las actas de reunión Ofi-ESC-1 del 3 de febrero y del 30 de julio de 2025.</p> <p>Igualmente, otro mecanismo de verificación atiende al indicador "cumplimiento de los cronogramas de auditoria": (Auditorías realizadas en el tiempo establecido / Total de auditorías realizadas) x 100; el cual tiene una frecuencia de medición anual. De acuerdo con lo anterior, se recomienda reducir los tiempos de medición del indicador para de esta forma, facilitar el análisis y la toma de decisiones en pro de la mejora continua.</p>	X	


 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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>adecuadas sin demora injustificada; g) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.</p>	<p>OPORTUNIDAD DE MEJORA: En la revisión del indicador “cumplimiento de los cronogramas de auditoria” se evidencia una frecuencia de medición anual, lo cual dificulta el análisis y la toma de decisiones en pro de la mejora continua. Se recomienda modificar la ficha técnica del indicador, reduciendo la frecuencia de medición.</p> <p>Se solicita al proceso el cronograma de actividades de sensibilización desarrolladas por la OCI y soporte de cumplimiento de las mismas, por lo cual, el proceso soporta el documento “Estrategia Promoción de la cultura de Autocontrol SDS”; se toma diferentes muestras correspondientes a las actividades programadas, donde se evidencia cumplimiento de las mismas.</p>		
	<p>Conforme al procedimiento “Auditoria de calidad SDS-EIG-PR-005”, en su actividad No. 18, donde refiere aplicar encuesta de satisfacción, se solicita a los auditados los registros correspondientes a los procesos de Gestión de Trámites a la Ciudadanía, Gestión del Talento Humano y Aseguramiento en Salud. Se evidencia el registro y reporte de Gestión de Trámites y Talento Humano. Referente a Aseguramiento en Salud, no fue soportado; lo anterior genera un riesgo al no contar con la información necesaria para obtener una muestra conforme al nivel de confianza y margen de error definido, para el posterior análisis de los resultados y formulación de acciones de mejora.</p>	X	
<p align="center">ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</p> <p>(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:</p> <p>a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos) aumentar los efectos deseables;</p> <p>c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.</p> <p>6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades) la manera de:</p> <p>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.</p>			
<p>ACCIÓN PARA ABORDAR RIESGOS: Se evidencia el riesgo de incumplimiento en el numeral 7 MONITOREO Y REVISIÓN del lineamiento “SDS-DFO-LN-011 GESTIÓN DEL RIESGO SDS”, ya que no se diligenció la MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS SDS-DFO-FT-033 por parte de la segunda línea de defensa, donde se evidencia el no cargue de soportes relacionados con el control del riesgo en la carpeta dispuesta por la DPIYC y la no remisión de evidencias por parte de la OCI por medio de correo electrónico. Lo anterior, constituye un riesgo al no generar los mecanismos que permitan la realización del seguimiento y monitoreo de los riesgos según numeral 7 MONITOREO Y REVISIÓN del lineamiento SDS-DFO-LN-011.</p>			
<p>ACCIÓN PARA ABORDAR RIESGOS: Se evidencia el riesgo de incumplimiento del procedimiento “SDS-EIG-PR-005 AUDITORIAS DE CALIDAD” en la actividad 18 “Realizar mesa de cierre. Además, solicitar diligenciamiento de la encuesta de satisfacción (Obligatorio en mesa de cierre)” dado que se solicita al proceso los registros correspondientes a la realización de la encuesta a los procesos Gestión de Talento Humano, Aseguramiento en Salud y Gestión de Trámites a la Ciudadanía y no se soporta Asegurar Salud.</p>			
<p>OPORTUNIDAD DE MEJORA: Se evidencia en el acta de mesa de cierre del proceso Gestión del Talento Humano, realizada el 28/08/2025 fallas en el diligenciamiento de la descripción del tema, objetivo y lugar, ya que se menciona el proceso de Control Disciplinario el cual no corresponde al auditado. Adicionalmente, en la información dispuesta en la carpeta compartida del proceso Aseguramiento en Salud, se identifica que el registro “5.4. Reg_asist_mesa_agost_14” no corresponde al personal auditado, lo que genera un posible incumplimiento del numeral 7.5.3. literal a) de la norma ISO 9001:2015, en lo referente a la afectación de la idoneidad en la información.</p>			
<p>OPORTUNIDAD DE MEJORA: En la revisión del indicador “cumplimiento de los cronogramas de auditoria” se evidencia una frecuencia de medición anual, lo cual dificulta el análisis y la toma de decisiones en pro de la mejora continua. Se recomienda modificar la ficha técnica del indicador, reduciendo la frecuencia de medición.</p>			
<p align="center">CONCLUSIONES</p> <p align="center">(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad).</p>			
<p>Aspectos positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclusión y adherencia de la caja de herramientas para la formulación del plan de auditorías “SDS-EIG-FT-016 V.1”, lo cual permite a la organización minimizar el riesgo en la selección y priorización de auditorías a realizar y sustentar 			

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	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>desde el punto de vista metodológico y cuantitativo la ejecución de la actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del plan anual de auditorías de la vigencia, conforme a las auditorias y actividades definidas en el mismo. • El proceso entrego oportunamente la información solicitada en la mesa de apertura de la auditoria. • Durante la auditoria se da cumplimiento al cronograma establecido en el plan de auditoría. • Puntualidad en la asistencia a las reuniones de visitas de campo programadas para el desarrollo de la auditoria. <p>Aspectos a mejorar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante que en la mesa de apertura participe la líder del proceso. • Se recomienda la buena disposición y el respeto de los roles por parte del personal auditado para el desarrollo óptimo de futuras auditorias. 	
Revisado gestor de calidad OCI: Alvaro Amado	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER: María del Pilar Rivera Sáenz	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR: Cristian Javier Illera Lugo Marco Antonio Puello Ayala	FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR: 
NOMBRES Y APELLIDOS DIRECTORA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD: Luz Angela Manquillo Erazo	FIRMA DIRECTORA DE PLANEACION INSTITUCIONAL Y CALIDAD:



**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