


 <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>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-EIG-FT-010</p>	<p>Versión:</p>	

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



Proceso: Gestión TIC
Líder del Proceso: Jaime Alberto Pineda Ramírez
Auditor Líder: Francisco Javier Pinto González
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: del 1 al 31 de diciembre 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 del proceso.
ALCANCE: Desde: El contexto estratégico, liderazgo, planeación, operación, medición y riesgos Hasta: la evaluación del desempeño y el mejoramiento continuo Periodo a evaluar: Desde: 1/12/2024 Hasta: 30/11/2025 Se evaluará la caracterización del proceso: SDS-TIC-CAR-001
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: Ninguna
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 conformidad de los requisitos.
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: Al consultar el historial de informes de calidad publicados en el siguiente enlace: https://shre.ink/gkmm , se determina que año tras año se han realizado auditoria de calidad al proceso TIC y se cuenta demás con planes de mejoramiento.

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	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?		
4.1. Compresión de la organización y su contexto	<p>Al particular, se informa que la matriz DOFA se actualizo en el año 2025 y hace menos de un mes se volvió actualizar ya que sufrió cambios. Al consultar el repositorio dispuesto por el proceso, encontramos 3 versiones de la matriz resultados de los seguimientos realizados. Es de anotar que más reciente seguimiento fue realizado el día 19 de noviembre del 2025. Se consultan los documentos denominados: ANALISIS DE FACTORES DOFA TIC y el DOFA III TIC 2025. Al realizar la consulta del documento DOFA III TIC 2025, encontramos los siguientes resultados: Oportunidades identificadas: 8, amenazas: 8, debilidades: 14 y Fortalezas: 14. Al consultar el numeral 3 de las estrategias definidas, encontramos que dicha estrategia consiste en adquirir 900 pantallas para estaciones de trabajo y va de la mano con la estructuración.</p> <p>Adicionalmente, se consulta la matriz DOFA que se remitió a la dirección de planeación institucional el día 24 de noviembre y se toma captura de pantalla del correo remitido a planeación. Al consultar el instrumento, se observan 19 estrategias definidas, de las cuales ninguna de las estrategias apunta a resolver o mitigar el tema de personal o recurso humano que hoy por hoy es una limitante que impacta y afecta la operación y atención de los servicios TIC con prontitud. De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito.</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>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-EIG-FT-010</p>	<p>Versión:</p>	

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

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	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?		
4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	<p>En mesa de trabajo, se suministra la matriz de partes interesadas de fecha 28 de mayo del 2025 y de conformidad con el formato codificado SDS-TIC-DFO-010 establecido por planeación institucional. Al consultar dicha matriz observamos que cuenta con 6 servicios del portafolio TIC.</p> <p>Acorde con lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	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?		
4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	<p>Dicha matriz de parte interesadas fue actualizada el día 28 de mayo del 2025 de conformidad con el formato codificado SDS-TIC-DFO-010 establecido por planeación institucional.</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 cuenta con el repositorio de información frente a la gestión de riesgos del proceso TIC, el cual cuenta con el mapa de riesgos en versión del 28 de noviembre del 2025.</p> <p>La matriz en formato codificado SDS-DFO-FT-011, reúne los registros de riesgos identificados, clasificados, valorados y se evidencian 4 riesgos de gestión, sin embargo, no existe un riesgo de cara al recurso humano que afecta e impacta el desempeño del proceso en sus diferentes servicios y que hoy por hoy es una debilidad existente. Adicionalmente, evidenciamos que en el riesgo con id 4 para al desarrollo de software y encaminado al incumplimiento de las especificaciones técnicas requeridas, dicho control define los conceptos técnicos emitidos y firmado por las partes, sin embargo, desde la óptica del auditor el tema de oportunidad frente a la entrega de la solución de software no se mide y por consiguiente se considera una debilidad existente.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se deriva una oportunidad de mejora.</p>	X	
<p>Numeral: 4.4.1, literal f)</p> <p>Numeral 6.1.2 literales a) y b)</p>	<p>A las preguntas: ¿Se evidencian planes de tratamiento de los riesgos identificados?, ¿Se evidencia seguimiento a los planes de tratamiento? y ¿Las acciones implementadas han sido eficaces?</p> <p>Al particular, se cuenta con el repositorio de información frente a la gestión de riesgos del proceso TIC, el cual cuenta con el mapa de riesgos en versión del 28 de noviembre del 2025.</p> <p>La matriz en formato codificado SDS-DFO-FT-011, reúne los registros de riesgos identificados, clasificados, valorados y se cuenta con plan de tratamiento de los 4 riesgos de gestión identificados. El seguimiento a riesgos, se soporta mediante la matriz de autoevaluación la cual se realiza de forma semestral. Es importante mencionar que se cuenta con 2 matrices de autoevaluación para el año 2025.</p> <p>Se informa que el plan de tratamiento ha sido eficaz, toda vez que en el momento no se ha materializado el riesgo. El seguimiento a controles se soporta mediante la matriz de autoevaluación, la cual se realiza de forma semestral. Es importante mencionar que se cuenta con 2 matrices de autoevaluación para el año 2025.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito</p>	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					

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>Al particular, se informa que se han adoptado varias estrategias, se llevó a cabo la preparación de los colaboradores del proceso para la auditoria de calidad con ICONTEC, se llevó a cabo el entrenamiento de los colaboradores del proceso TIC y se hizo envío masivo por correo de varios documentos del proceso. En lo que se refiere al entrenamiento, este se realizó el pasado 29 de agosto a las 9am y se dio a conocer la política de calidad y los objetivos. De este espacio se cuenta con el listado de asistencia, informe pre-test y post-test, presentación de contenidos impartidos y hubo una asistencia de 35 personas de la dirección TIC a este espacio.</p> <p>Vale la pena mencionar que, la política de calidad se emitió bajo la resolución 533 del 16 de junio del 2025, por medio de la cual en el artículo 1 se adopta la política, artículo 2 define 5 objetivos y en el artículo 3 definen 7 roles, responsabilidades y el nivel de autoridad.</p> <p>Por último, se comparte captura de correo electrónico que soporta el envío de la documentación para el entrenamiento de los referentes del proceso.</p> <p>De acuerdo con 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 el manual de procesos y procedimientos, instructivos, guías, formatos actualizados?</p> <p>Se consulta el inventario de gestión documental, mediante matriz en formato Excel. De acuerdo con el inventario los resultados son los siguientes: documentos actualizados: 47, por actualizar: 22, por obsolescencia: 7. Total de documentos: 76.</p> <p>En lo que respecta a los documentos por obsolescencia encontramos los siguientes: SDS-TIC-POL-001 y SDS-TIC-POL-004</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.2 Creación y actualización	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia aprobación de los documentos para a su divulgación y publicación?, ¿Se evidencia elaboración o actualización de documentación?</p> <p>Se consultan varios documentos en la base de conocimiento de isolucion para comprobar la actualización y aprobación. Los formatos seleccionados para comprobación fueron SDS-TIC-FT-037 y SDS-TIC-FT-038. Se toma captura de pantalla de la aprobación, revisión y control de cambios.</p> <p>De acuerdo con 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>Se evidencia la identificación de los cambios en los documentos consultados y el estado de revisión de los mismos. Se toma captura de isolucion de los documentos (Formatos) actualizados que soportan la revisión realizada.</p> <p>De acuerdo con 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>De acuerdo con el inventario suministrado, se logra constatar 7 documentos clasificados por obsolescencia de un total de 76 documentos. Algunos de los documentos especificados por obsolescencia encontramos: SDS-TIC-POL-001 y SDS-TIC-POL-004. Adicionalmente, se cuenta con soporte de solicitud remitida a planeación institucional mediante isolucion id: 3561 y el id:3562</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito.</p>	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



8.2.1 literal C	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia tratamiento adecuado a las PQRS frente a los servicios ofrecidos?</p> <p>Se informa que el manejo de PQRS se realiza mediante el SOFTWARE ARANDA y adicionalmente se cuenta con los resultados de percepción de cliente para varios de los servicios de la dirección TIC. Se aporta informe consolidado de resultados. Para la auditoria especifica de gestión de incidentes y requerimientos se llevó a cabo la revisión en detalle del manejo y atención de peticiones.</p> <p>De acuerdo con 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 consulta el formato establecido para el manejo de producto no conforme mediante el formato denominado: SDS-DFO-FT-016, las salidas del proceso, cuentan con salidas de producto no conforme, en lo que respecta al producto denominado "Gestión de sistema de información", se evidencia el atributo de calidad mas no el de oportunidad. identificamos que el ANS no mide producto no conforme, y en los análisis de información de cara a la gestión de incidentes y requerimientos el tema de oportunidad en la respuesta se incumple y no han manejo del producto no conforme.</p> <p>De acuerdo con 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 periodicidad de la medición del SEGPLAN o proyectos de inversión se realiza con periodicidad mensual y el POGD se realiza con periodicidad trimestral. De otra parte, al consultar la hoja de vida (formulación) de los indicadores definidos, se determina y evidencia la periodicidad de las mediciones.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito.</p>	X	
9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9.1.3. Análisis y evaluación	<p>A las preguntas: ¿Se cuenta resultados del tablero de indicadores TIC, cumplimiento de metas de POGD y SEGPLAN? ¿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 consulta en insolucion indicadores (DASHBOARD) propios del proceso TIC, para lo cual se determina que se existen indicadores estratégicos que miden los objetivos de la plataforma estratégica. De igual forma, existe un indicador que mide la política de gobierno digital y otro indicador del proceso de gestión. De otro parte, se consulta el reporte POGD del tercer trimestre 2025. Al consultar el archivo de tablero de indicadores del proceso TIC denominado: Ind_Proceso_TIC_III_trim.xlsx, este cuenta con la hoja de formulación y hoja de seguimiento. Mediante el tablero de indicadores evidenciamos que el proceso TIC cuenta con 5 indicadores como son: 1. política de gobierno digital, 2. plataforma estratégica y 3. soluciones de software. Al consultar específicamente el indicador de Porcentaje de Cumplimiento de Cronograma de requerimientos de software, este reporta un cumplimiento del 70% por debajo del umbral permitido.</p> <p>Respecto al instrumento POGD, se consulta el consolidado del tercer trimestre 2025 y se determinan los siguientes resultados: meta1 al 81%, Meta2: al 74% que corresponde a las políticas de la dirección, meta3: 79% y meta4: 51% que corresponde a soluciones de software.</p> <p>Por último, se consulta el instrumento de SEGPLAN en ejecución y encontramos: Proyecto 8108 de arquitectura empresarial y el 8119 para Bogotá digital. En lo que respecta al proyecto 8108, está compuesto por una sola meta y 5 actividades, se comparte seguimiento con corte al 5 de noviembre, de las 12 iniciativas que lo conforman, 2 de ellas se cumplieron y al corte del 30 de noviembre solo se cuenta con 2 requerimientos en etapa precontractual y 10 están en etapa contractual.</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>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-EIG-FT-010</p>	<p>Versión:</p>	

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



	De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito.		
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 solicita informe consolidado de resultados respecto a la medición de percepción la cual contemplo varios de los servicios TIC como son: mesa de ayuda línea 55, soluciones de software, uso y apropiación. La medición se realiza de forma anual y para este año dicho ejercicio se llevó a cabo en el mes de julio 2025 mediante el formato SDS-DFO-MOD-015. De acuerdo con lo evidenciado, los resultados obtenidos estuvieron por encima del umbral definido, en tal media no se requirió plan de mejora.</p> <p>De acuerdo con 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>Dicho espacio se llevó a cabo en el mes agosto mediante el comité institucional de gestión y desempeño y además se cuenta con el informe de revisión por la dirección del componente tecnológico de fecha 20 de agosto del 2025, la actividad se realizó de forma presencial y virtual. Se comparte copia de correo electrónico donde se remitió la información al referente de planeación institucional.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
Numeral 10.1	<p>A la pregunta: ¿Existen oportunidades de mejora detectadas e implementadas?</p> <p>Se informa que, una vez surtida la etapa de evaluación realizada por la oficina de control interno, se procede a publicar el informe final, adicionalmente se publica el plan de mejoramiento para cada una de las auditorías realizadas en el módulo de transparencia de la página web https://www.saludcapital.gov.co</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito</p>	X	
Numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva	<p>A la pregunta: ¿Se evidencia la implementación del procedimiento de acciones correctivas, revisar las no conformidades y acciones para abordar riesgo deben estar cerradas</p> <p>Al particular, se cuenta con informes finales publicados que contienen los planes de mejora (acciones correctivas y Acciones para abordar riesgo), adicionalmente, la dirección de planeación institucional remite de forma trimestral el reporte de acciones por proceso y con ello se resaltan las acciones que están en curso para la gestión respectiva. Se consulta el informe del 10 de diciembre del 2025 y el informe del tercer seguimiento 2025 mediante el formato SDS-DFO-FT-013 versión 2, dicho informe cuenta con 6 acciones en total de las cuales 5 acciones correspondientes a acciones para abordar riesgos y una acción correctiva. ID: 3643. en estado en ejecución.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se valida el requisito.</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>			
	<p>Código:</p>	<p>SDS-EIG-FT-010</p>	<p>Versión:</p>	

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

<p>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>Si bien es cierto, la matriz DOFA existe y se han detectado los factores internos/externos que afectan al desempeño del proceso, y esta ha sido objeto de actualizaciones a lo largo del año 2025, lo cual es soportando mediante los documentos denominados 1. ANALISIS DE FACTORES DOFA TIC y el 2. DOFA III TIC 2025, sin embargo evidenciamos que, 1. De las 19 estrategias definidas, ninguna de estas apunta a resolver o mitigar el tema de personal o recurso humano que hoy por hoy es una limitante que impacta, afecta la operación y la atención de los servicios TIC con prontitud y 2. Al consultar la matriz de riesgos del proceso mediante el formato codificado SDS-DFO-FT-011, evidenciamos 4 riesgos clasificados, valorados y con plan de tratamiento, no obstante, no existe un riesgo de cara al recurso humano, situación que afecta el desempeño y la eficiencia del proceso en sus diferentes servicios y que a la fecha se ha venido materializando, en consecuencia, existe una debilidad y por consiguiente se deben tomar las medidas necesarias que permitan fortalecer dicho aspecto.</p> <p>Responsables: Dirección TIC</p>	
<p>CONCLUSIONES</p> <p>(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad).</p>	
<p>ASPECTO POSITIVO: Se resaltar la cordialidad y la atención prestada por la participante, mostrando un alto grado de compromiso frente a la cultura del control, la colaboradora de la dirección (Gestora de Calidad) identifica, entiende y gestiona el proceso evaluado, contribuyendo con el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos del frente Tecnológico.</p>	
<p>La auditoría se desarrolló mediante el plan establecido y en cumplimiento de los requisitos seleccionados de la Norma ISO 9001:2015.</p>	
<p>Respecto a la gestión de riesgos en su fase de medición y seguimiento (evaluación de controles), se realiza una vez al año, de acuerdo con las directrices institucionales de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad; la OCI desde su rol de asesor recomienda realizar el ejercicio por lo menos 2 veces al año, ya que la severidad de los riesgos podría variar, el riesgo se podría materializar o presentarse nuevos riesgos que no van ser tratados y evaluados hasta cuando se cumpla el año de revisión, lo cual no es eficiente.</p>	
<p>Manejo de producto no conforme se lleva a cabo mediante el formato denominado: SDS-DFO-FT-016, sin embargo, el producto denominado "Gestión de sistema de información", se evalúa el atributo de "calidad" mas no el de "oportunidad", en los análisis de información de cara a la gestión de incidentes y requerimientos TIC, el criterio de oportunidad en la respuesta "se incumple" por consiguiente el indicador de ANS con respecto al umbral definido se incumple y este aspecto no es tratado como producto no conforme. La OCI sugiere emprender las acciones de mejora que permitan fortalecer dicho aspecto.</p>	
<p>El incumplimiento de ANS, fue tratado como una no-conformidad en el informe de gestión TIC para el manejo de incidentes y requerimientos.</p>	
<p>Revisado gestor de calidad OCI: _____</p>	
<p>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:</p> <p>FRANCISCO JAVIER PINTO GONZALEZ</p>	<p>FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:</p> <p> Firmado digitalmente por Francisco Javier Pinto</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					

NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR:	FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR:
N/A	
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:
OLGA LUCIA VARGAS COBOS	 Firmado digitalmente por OLGA LUCIA VARGAS COBOS