


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



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

Proceso: Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres
Líder del Proceso: Gloria Eugenia García Pinillos
Auditor Líder: Luz Myriam Arias Murcia
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: noviembre de 2025
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Verificar la eficacia en la Dirección y coordinación del Sistema de Gestión de Calidad en la Secretaría Distrital de Salud por parte del proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres, en el marco de la actualización del nuevo modelo de operación por procesos de acuerdo con la norma de calidad ISO:9001 del 2015
ALCANCE: Desde: El establecimiento de las directrices, orientaciones y herramientas para la dirección y coordinación del Sistema de Gestión de la Calidad de la SDS, pasando por la actualización del nuevo modelo de operación por procesos. Hasta: El monitoreo y eficacia la actualización del Modelo de Operación por Procesos.
Periodo a evaluar: 01 de noviembre de 2024 al 31 de octubre de 2025
CRITERIOS: ISO 9001 de 2015 Decreto 507 de 2013
LIMITACIONES: Ninguna
METODOLOGÍA UTILIZADA: Revisión documental, visitas de campo y entrevistas
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: El resultado del informe final de calidad efectuado a la Dirección de Urgencias, Emergencias y Desastres se encontró No conforme el numeral 7. Apoyo – 7.2 Competencia – 7.5.2 creación y actualización: y el numeral 7.5.3 Control de la información documentada, los cuales se cerraron con cumplimiento.

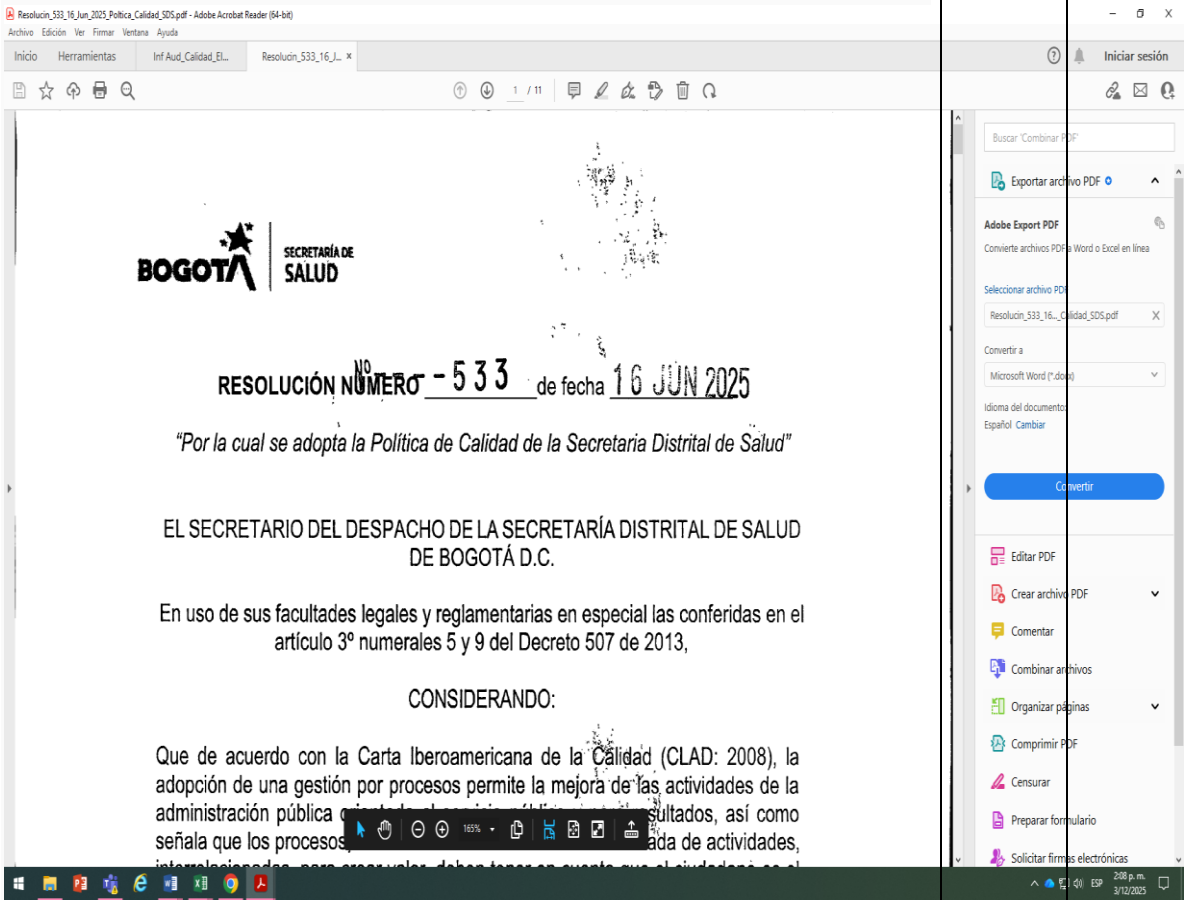
NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFOR ME	NO CONFOR ME
4 CONTEXTO DE LA ORGANIZAC IÓN 4.1 Comprensión de la Organización y su Contexto	4.1 El proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres, determinó las cuestiones internas y externas mediante la matriz DOFA la cual a la fecha de la auditoria se encuentra actualizada y contiene cinco (5) Oportunidades; cinco (5) Amenazas; cinco (5) Fortalezas y seis (6) debilidades; igualmente cuenta el análisis de las estrategias defensivas y ofensivas, las cuales están alineadas con los objetivos estratégicos de la Entidad. Cumpliendo con el numeral de la norma ISO 9001:2015	X	
4 CONTEXTO DE LA ORGANIZAC	Para verificar este numeral se revisó la “matriz de partes Interesadas” cuenta con 8 salidas las cuales se encuentran alineadas con las salidas definidas en la caracterización del proceso CÓDIGO: SDS-		

 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					

IÓN 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	UED-CAR-001 versión 9. En esta caracterización se incluyeron los requisitos asociados a las siguientes salidas: <ul style="list-style-type: none">➤ Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad➤ Referencia de pacientes➤ Capacitación y entrenamiento a los actores del sistema de emergencias medicas➤ Asesoría Técnica en planes de gestión del riesgo de desastres en el contexto hospitalario➤ Planes sectoriales de respuesta a situaciones de emergencias y desastres➤ Conceptos técnicos emitidos – seguimiento a la implementación del plan de salud y primeros auxilios de los eventos con aglomeraciones masivas de público de alta complejidad➤ Respuesta a situaciones de emergencias y desastres.➤ Autorización o negación del uso del emblema de misión medica en el Distrito Capital. <p>El proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres entrego evidencias del cumplimiento de las salidas del proceso.</p> <p>Cumpliendo con el numeral de la norma ISO 9001:2015</p>	X	
5 Liderazgo 5.2 Política 5.2.2 Comunicación de la Política de Calidad	<p>El proceso de Gestión DE Urgencias, Emergencias y Desastres presenta cumplimiento frente a lo establecido en el numeral 5.2.2 literal b) Comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización.</p> <p>Cabe resaltar que la política de calidad constituye una herramienta fundamental de la alta dirección para establecer los principales ejes del sistema de Gestión de la Calidad. Por tanto, su comprensión y aplicación en todos los niveles del proceso son esenciales para garantizar la alineación con los objetivos estratégicos y el mejoramiento continuo.</p> <p>Durante el proceso auditor, se evidencio que la política de calidad se aprobó mediante la Resolución N° 533 del 16 de junio de 2025, como se evidencia a continuación:</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:	1	

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

		
	<p>Sin embargo, el proceso de Gestión de Urgencias, emergencias y desastres presento para el cumplimiento de este numeral una lista de asistencia del día 30 de mayo de 2025 fecha anterior a la adopción de la política, como se evidencia a continuación.</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

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Eider Giovanni Quera	SGRSD	Asesor	312557944	edc@saludcapital.gov.co	[Firma]
2	Lidia Estévez Viqueiro	SGRUE	Asesor	312916338	lviqueiro@saludcapital.gov.co	[Firma]
3	Josethair Trujillo	SGRUE	Asesor	312256600	jttrujillo@saludcapital.gov.co	[Firma]
4	Paula Dávila	SGRUE	Asesor	312153923	paula@saludcapital.gov.co	[Firma]
5	Leandro Cárdenas	SGRUE	Asesor	312153923	leandro@saludcapital.gov.co	[Firma]
6	Andrea Rodríguez	SGRUE	Asesor	312153923	andrea@saludcapital.gov.co	[Firma]
7	Henry Beltrán Romero	SGRUE	Asesor	312153923	henry@saludcapital.gov.co	[Firma]
8	Julio Bernardo Camacho	SGRUE	Asesor	312153923	julio@saludcapital.gov.co	[Firma]
9	Felipe Toro Cruz	SGRUE	Asesor	312153923	felipe@saludcapital.gov.co	[Firma]
10	Francisco Cárdenas	SGRUE	Asesor	312153923	francisco@saludcapital.gov.co	[Firma]
11	Diego Martínez	SGRUE	Asesor	312153923	diego@saludcapital.gov.co	[Firma]
12	Diego Ángel Bernal	SGRUE	Asesor	312153923	diego@saludcapital.gov.co	[Firma]
13	Diego Ángel Bernal	SGRUE	Asesor	312153923	diego@saludcapital.gov.co	[Firma]
14	Diego Ángel Bernal	SGRUE	Asesor	312153923	diego@saludcapital.gov.co	[Firma]
15	Diego Ángel Bernal	SGRUE	Asesor	312153923	diego@saludcapital.gov.co	[Firma]
16	Diego Ángel Bernal	SGRUE	Asesor	312153923	diego@saludcapital.gov.co	[Firma]

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento de Actas de Reunión.

Carrera 32 No. 12-81 Tel: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co

Con fecha 8/26/25, 1:47:25 PM se presenta evidencia de socialización con la participación de 16 funcionarios. Y en la actualidad el proceso informa que cuenta con 161 colaboradores a los cuales es necesario comunicarles la política de calidad actual.



ACCION PARA ABORDAR EL RIESGOS: Es importante que la política de calidad adoptada mediante la Resolución N° 533 del 16 de junio de 2025 sea comunicada, comprendida y aplicada a todos los funcionarios del proceso de Gestión de urgencias, Emergencia y desastres.

6.
PLANIFICACION
6.1 Acciones
para abordar el
riesgo



Para revisar el cumplimiento de este numeral se solicitó evidencias del cumplimiento de los controles que tiene establecido el proceso para los cuatro (4) riesgos de gestión:

1. **Riesgos N° 3 "Seguimiento al cronograma para la elaboración de planes de gestión de riesgo desde el sector salud en escenarios probabilísticos de afectación o de emergencias y respuesta del sector salud incluyendo el componente de salud.**

El proceso envió como evidencia un cronograma proyectado para la ejecutar en el 2026 y no entrego evidencia del cronograma ejecutado para la vigencia 2025, con el fin de realizarle evaluación y monitoreo y de ser posible implementar

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME DE AUDITORIA SGC				
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	<p>acciones de mejora para el proceso con el fin de prevenir o reducir los efectos no deseados.</p> <p>2. Riesgos N° 4 "Seguimiento del primer semestre de 2025 a la implementación de los planes de salud y primeros auxilios de alta y mediana complejidad". Se incumple este numeral debido a que en acta del 8 de septiembre de 2025 se informa incumplimiento "<u>Se incumplen dos actividades debido a que, el recurso humano disponible de la SGRED para estas acciones. El proceso no genero una oportunidad de mejora con el fin de Literal c) prevenir o reducir efectos no deseados.</u></p> <p>3. Riesgos N° 4 "Soporte de la implementación de herramienta de gestión y trazabilidad para la evaluación de los planes de salud y primeros auxilios de alta y mediana complejidad. "Revisadas las evidencias entregadas por el proceso se informó que a la fecha no se ha implementado la herramienta de gestión y trazabilidad para la evaluación de los planes de salud y primeros auxilios de alta y media complejidad" Lo cual incumple lo establecido en este numeral</p> <p>NO CONFORMIDAD: El proceso incumple lo establecido en el Numeral 6 Planificación; 6.1 Acciones para abordar el riesgo y oportunidades de mejora – literal c) de la Norma ISO 9001:2015 ya se encontró que no se cumple con los controles establecidos en el mapa de riesgos con el fin de prevenir efectos no deseados.</p>		X
7. APOYO 7.5 Información Documentada 7.5.2 Creación y actualización	<p>Verificado en el aplicativo Isolución el listado maestro de documentos del proceso de gestión de urgencias, emergencias y desastres se evidencio que existen documentos que han superado el periodo establecido en los lineamientos institucionales para su actualización u obsolescencia así:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ SDS-UED-LN-017 Adherencia Al Procedimiento De Asesoría, Revisión, Evaluación Y Emisión De Concepto De Los Planes De Gestión Del Riesgo De Desastres En El Contexto Hospitalario ➤ SDS-UED-LN-021 Revisión De Vehículos De Emergencia Por Parte De La Subdirección Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias-Crue ➤ SDS-EUD-INS-023 Referencia Y Contrareferencia De Urgencias. 		

 <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					

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SDS-UED-LN-002 - Seguimiento A Las Novedades Administrativas Y Comportamentales Del Personal Del Centro Operativo De La Subdirección Crue ➤ SDS-UED-LN-026 - Seguimiento A Las Obligaciones Contractuales De Los Contratos Suscritos Entre Ffds -Sds Y Las Subredes, Para La Prestación De Servicios De Salud En El Programa De Aph. ➤ SDS-UED-PT-002 Seguimiento A Las Novedades Administrativas Y Comportamentales Del Personal Del Centro Operativo De La Subdirección Crue ➤ SDS-UED-INS-007 - Activación E Inactivación De Los Vehículos De Emergencia En El Sistema De Emergencias Médicas ➤ SDS-UED-INS-003 Asignación, Ubicación Y Seguimiento De Los Vehículos De Emergencia Del Sistema De Emergencias Médicas-Sem ➤ SDS-UED-LN-010 Inducción, Reinducción Y Fortalecimiento De Las Competencias Del Talento Humano Operativo De La Subdirección Crue ➤ SDS-UED-INS-016 Mantenimiento Preventivo O Correctivo De Los Equipos De Radiocomunicaciones De La Dcrue ➤ SDS-UED-INS-006 Grabación Y Almacenamiento De Medios Magnéticos En Dcrue ➤ SDS-UED-PR-013 Unidad De Análisis De Casos Centro Operativo ➤ SDS-UED-PR-024 Atención Medica Domiciliaria Salud Mental ➤ SDS-UED-PR-013 - Gestión De Transportes En El Sistema De Emergencias Médicas – Sem ➤ SDS-UED-LN-027 Lineamiento De Seguimiento A La Adherencia Al Procedimiento De Gestión Adelantada Por El Equipo De Gestores De Transporte ➤ SDS-UED-PR-019 Gestión Adelantada Por El Equipo De Gestores De Transporte ➤ SDS-UED-INS-011 Realizar La Cadena De Llamadas Al Interior De La Secretaria Distrital ➤ SDS-UED-PR-025 Supervisión Convenios Atención Pre hospitalaria – Aph ➤ SDS-UED-INS-015 - Solicitud De Limpieza Y Desinfección De Los Vehículos De Emergencia Del Sistema De Emergencias Médicas ➤ SDS-UED-INS-004 Caracterización De Bases Para Los Vehículos De Emergencia ➤ SDS-UED-PR-005 Regulación De La Urgencia Médica 		X
--	--	--	---



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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



INFORME DE AUDITORIA SGC

Código:

SDS-EIG-FT-010

Versión:

1

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

- **SDS-UED-LN-028** Percepción De Los Usuarios De La Línea De Emergencias 123 Del Sistema De Emergencias Médicas De Bogotá D.C
- **SDS-UED-LN-030** - Adherencia Al Procedimiento De Infracciones O Incidentes A La Misión Médica.

Consultado el aplicativo Isolucion se encuentra la matriz de riesgo denominada con código **SDS-DFO-FT-011-** (30/05/2025) que contiene 4 riesgos con la descripción de 4 controles <https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Programa-de-Transparencia.aspx>) como se evidencia a continuación:

Se solicitó al proceso la evaluación de los riesgos, entregando como evidencia la matriz denominada **"MATRIZ DE MONITOREO DE RIESGOS"**- **SDS-DFO-FT-033** – (30/05/2025) la cual contiene el monitoreo de nueve controles de gestión, sin embargo, esta matriz no es coherente con los riesgos publicados en la matriz del riesgo publicada en el aplicativo Isolucion; como se evidencia a continuación:



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

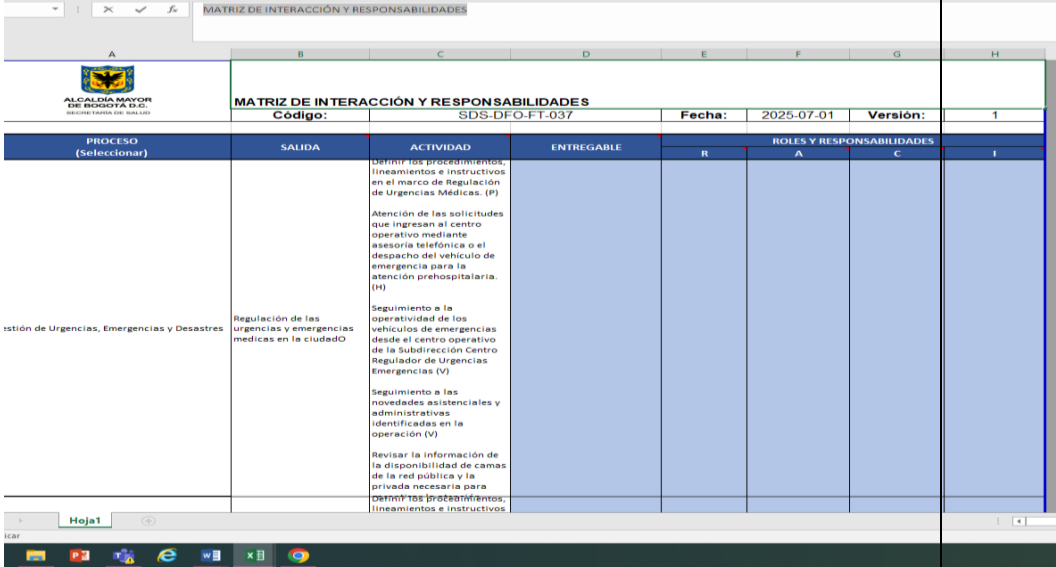
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos




Matriz de Monitoreo, Riesgos y Control (solo lectura) - Excel									
Posibilidad de afectación reputacional por la gestión indebida de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.									
PROCESO (Definición)	DEPENDENCIA (Definición)	N. RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CATEGORÍA DE RIESGO (Definición)	N. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA O PRUEBA DE EJECUCIÓN DEL CONTROL	PLAN DE ACCIÓN	EVIDENCIA O PRUEBA DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN
Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres	Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	1	Possibilidad de afectación reputacional por la gestión indebida de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Gestión	1	El equipo técnico designado para la Subdirección CRUE, en tiempos estipulados por el GED-0004-0001 "Procedimiento de regulación de la emergencia médica", garantiza la atención oportuna y adecuada de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Informe de monitoreo y control de la calidad de la atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	NA	Se evidencia la ejecución del plan de acción en el sistema nacional de gestión de emergencias, desastres y riesgos (SNGEDR), donde se encuentran los registros de atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.
Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres	Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	2	Possibilidad de afectación reputacional por la gestión indebida de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Gestión	1	El equipo técnico designado para la Subdirección CRUE, en tiempos estipulados por el GED-0004-0001 "Procedimiento de regulación de la emergencia médica", garantiza la atención oportuna y adecuada de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Informe de monitoreo y control de la calidad de la atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	NA	Se evidencia la ejecución del plan de acción en el sistema nacional de gestión de emergencias, desastres y riesgos (SNGEDR), donde se encuentran los registros de atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.
Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres	Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	3	Possibilidad de afectación reputacional por la gestión indebida de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Gestión	1	El equipo técnico designado para la Subdirección CRUE, en tiempos estipulados por el GED-0004-0001 "Procedimiento de regulación de la emergencia médica", garantiza la atención oportuna y adecuada de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Informe de monitoreo y control de la calidad de la atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	NA	Se evidencia la ejecución del plan de acción en el sistema nacional de gestión de emergencias, desastres y riesgos (SNGEDR), donde se encuentran los registros de atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.
Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres	Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	4	Possibilidad de afectación reputacional por la gestión indebida de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Gestión	1	El equipo técnico designado para la Subdirección CRUE, en tiempos estipulados por el GED-0004-0001 "Procedimiento de regulación de la emergencia médica", garantiza la atención oportuna y adecuada de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Informe de monitoreo y control de la calidad de la atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	NA	Se evidencia la ejecución del plan de acción en el sistema nacional de gestión de emergencias, desastres y riesgos (SNGEDR), donde se encuentran los registros de atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.
Gestión Documental	Subdirección de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres	4	Possibilidad de afectación reputacional por la gestión indebida de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Gestión	1	El equipo técnico designado para la Subdirección CRUE, en tiempos estipulados por el GED-0004-0001 "Procedimiento de regulación de la emergencia médica", garantiza la atención oportuna y adecuada de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	Informe de monitoreo y control de la calidad de la atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.	NA	Se evidencia la ejecución del plan de acción en el sistema nacional de gestión de emergencias, desastres y riesgos (SNGEDR), donde se encuentran los registros de atención de los incidentes que ingresan al Centro regulador de Urgencias a través de la línea de emergencias 123, debido a la baja adherencia al procedimiento de regulación médica.
Página 2									



Revisada la "Matriz De Interacción Y Responsabilidades" que se encuentra publicada en el aplicativo isolucion con el **Código: SDS-DFO-FT-037** no se evidencia diligenciada en su totalidad de acuerdo con el numeral 7.5.3 La información documentada requerida por la norma de calidad ISO 9001:2015 "debe asegurar de que: a) este disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite. como se evidencia a continuación:

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

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



			
	<p>NO CONFORMIDAD: El proceso incumple reiteradamente los criterios establecidos para el control de los documentos que respaldan la operación y gestión del proceso frente al Sistema de Gestión de la Calidad, dado que se evidenció que los documentos mencionados han superado el periodo definido en el lineamiento Código SDS-DFO-LN-001, versión 2. Es necesario garantizar la disponibilidad, pertinencia y adecuación de la información documentada, asegurando que esté disponible y sea idónea para su uso donde y cuando se requiera, con el fin de mantener el control operacional y evitar la posible materialización de riesgos. Adicionalmente, se observó que los controles establecidos en el Mapa de Riesgos no son coherentes ni guardan relación con los controles definidos en la <u>Matriz de Monitoreo de Riesgos</u>, así mismo, <u>La matriz de interacción y responsabilidades</u> no se diligencio por parte de la primera ni segunda línea de defensa.</p>		
8.5 PROVISION Y PRODUCCION DEL SERVICIO 8.5.1 Control	<p>El proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres se desarrolla conforme al Plan Operativo de Gestión y Desempeño, el cual establece 6 metas, 8 actividades y 25 subactividades. Dicho plan asegura el control operacional mediante la implementación de actividades de seguimiento y medición, orientadas a garantizar la provisión del servicio conforme a los criterios definidos en el sistema</p>		

de producción y provisión del servicio	de gestión de la calidad.																																																					
	El grupo auditor solicito las siguientes evidencias con el fin de revisar la provisión del servicio de acuerdo con este numeral así:																																																					
	META 2																																																					
	ACTIVIDAD 1																																																					
	SUBACTIVIDAD 1																																																					
	Soporte de “El componente de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud para el Grupo de Apoyo a la Atención Médica (GAMA) perteneciente a la Subsecretaria de Servicios en Salud y Aseguramiento, realizó durante el tercer trimestre de 2025 134 visitas a servicios de urgencias de IPS públicas y privadas; se evidencia disminución del 39% de visitas (n=86) en comparación con el segundo trimestre. Se enviaron 131 actas al grupo auditor donde se evidencia el cumplimiento de esta subactividad.																																																					
	META 3																																																					
	ACTIVIDAD 6																																																					
	SUBACTIVIDAD 2																																																					
	Informe de salidas no conformes: Revisada la matriz denominada “DETECCIÓN Y CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES” se evidencia que no presentan salidas no conformes que ameriten “acción de mejora y descripción de la misma” como se evidencia en la primera hoja del Excel enviado denominada “SDSDFOFT016 Sheet1” como se evidencia a continuación:																																																					
	<table><tr><th colspan="3">CARACTERIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO</th><th colspan="3">TIPO DE REQUISITO</th><th colspan="3">EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y MEJORA</th></tr><tr><th rowspan="2">ID</th><th rowspan="2">SALIDAS (PRODUCTO O SERVICIO)</th><th rowspan="2">REQUISITO O ATRIBUTO DE CALIDAD A EVALUAR</th><th colspan="3">DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO O ATRIBUTO</th><th rowspan="2">Impacto</th><th rowspan="2">Nivel de impacto</th><th rowspan="2">Acción de mejora y descripción de la misma</th></tr><tr><th>CLASE</th><th>UNID.</th><th>RECURSO</th></tr><tr><td>9</td><td>Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.</td><td>Permanencia</td><td>El direccionamiento médico en el Centro Operativo se acorde a los lineamientos e instructos de regulación medica vigente.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Mayor</td><td></td></tr><tr><td>11</td><td>Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.</td><td>Seguridad en la atención</td><td>Por seguridad en la atención el Técnico auxiliar de regulación medica debe presentar al medico regular el incidente para recibir instrucciones de manejo de acuerdo al instructivo de regulación medica</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.</td><td>Oportunidad</td><td>Se despacha el vehículo de emergencias (ambulancia) de manera inmediata cuando este se encuentre disponible.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	CARACTERIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO			TIPO DE REQUISITO			EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y MEJORA			ID	SALIDAS (PRODUCTO O SERVICIO)	REQUISITO O ATRIBUTO DE CALIDAD A EVALUAR	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO O ATRIBUTO			Impacto	Nivel de impacto	Acción de mejora y descripción de la misma	CLASE	UNID.	RECURSO	9	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Permanencia	El direccionamiento médico en el Centro Operativo se acorde a los lineamientos e instructos de regulación medica vigente.					Mayor		11	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Seguridad en la atención	Por seguridad en la atención el Técnico auxiliar de regulación medica debe presentar al medico regular el incidente para recibir instrucciones de manejo de acuerdo al instructivo de regulación medica							12	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Oportunidad	Se despacha el vehículo de emergencias (ambulancia) de manera inmediata cuando este se encuentre disponible.								
CARACTERIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO			TIPO DE REQUISITO			EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y MEJORA																																																
ID	SALIDAS (PRODUCTO O SERVICIO)	REQUISITO O ATRIBUTO DE CALIDAD A EVALUAR	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO O ATRIBUTO			Impacto	Nivel de impacto	Acción de mejora y descripción de la misma																																														
			CLASE	UNID.	RECURSO																																																	
9	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Permanencia	El direccionamiento médico en el Centro Operativo se acorde a los lineamientos e instructos de regulación medica vigente.					Mayor																																														
11	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Seguridad en la atención	Por seguridad en la atención el Técnico auxiliar de regulación medica debe presentar al medico regular el incidente para recibir instrucciones de manejo de acuerdo al instructivo de regulación medica																																																			
12	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Oportunidad	Se despacha el vehículo de emergencias (ambulancia) de manera inmediata cuando este se encuentre disponible.																																																			
	En la segunda hoja de Excel denominada “SDS-DFO-FT-016 Sheet2” se encuentra sin diligenciar lo que indica que el proceso no ha identificado salidas no conformes entre las 11 salidas definidas. Sin embargo, en las mesas de trabajo se informó el cambio de modelo de																																																					

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME DE AUDITORIA SGC				
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1	

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

	<p>operación, lo cual resulta incoherente, considerando que el proceso actual no evidencia oportunidades de mejora.</p> <p>META 4 ACTIVIDAD 2 SUBACTIVIDAD 1</p> <p>“Efectuar el reporte de los Indicadores de las Políticas de Gestión y Desempeño” a lo cual el proceso informo que <i>“Por lo que se aclara que la Dirección de urgencias y emergencias en Salud no tienen a cargo políticas de MIPG, por lo que la DPIYC califica este item con la asistencia al comité con la participación del subsecretario o delegado.</i> El grupo auditor evidencia que se califican subactividades 2 y 3 de la actividad 2 de la meta 4 con el mismo producto; igualmente el proceso envió correo por parte de la Dirección de planeación institucional y calidad informando; <i>“En la formulación del POGD existe una meta transversal relacionada con la implementación del MIPG, como esto se realiza mediante la implementación de las políticas institucionales de gestión y desempeño. Para esto, desde la DPlyC se sugiere incluir y programar las actividades y subactividades transversales (si aplican) en sus POGD para monitorear y dar cumplimiento.</i></p> <p><i>Para el caso de la DUES y del proceso UED, esta meta y actividad no aplica en lo relacionado con indicadores de políticas de gestión y desempeño, debido a que estas políticas y sus planes están en el liderazgo de otras áreas, como se establece en el artículo 26 de la Resolución 1569 de 2024 (archivo adjunto). Tampoco realizan aportes a la medición de esos indicadores.</i></p> <p>ACCION PARA ABORDAR EL RIESGO: El proceso de Gestión de Urgencias y Emergencia debe validar y revalidar la capacidad para alcanzar los resultados planificados en la prestación de sus servicios. esto con el fin de identificar, revisar y controlar los cambios que se realicen en la operación, asegurando que no genere impactos adversos.</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					

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1.2 Satisfacción del clientes	<p>El proceso de gestión de urgencias, emergencias y desastres realizó el ejercicio de percepción del cliente para la vigencia 2025 con el fin de conocer “el grado de satisfacción de los participantes en el curso virtual de Misión medica por medio del aula virtual Aprender Salud”</p> <p>Para este ejercicio, se evaluó los componentes de oportunidad, infraestructura, satisfacción de la necesidad y calidad general.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Calificación de oportunidad e infraestructura: 95.67% ➤ Satisfacción del requerimiento: 98.21% ➤ Calidad general: Contestaron “C143 el 3,56% “casi siempre” y 2.574 el 64,03% “siempre”; 1.230 respuestas el 30,60% corresponden a la opción de “no aplica”; el 0,87% 35 respuestas corresponden a “casi nunca” y 38 el 0,95% corresponden a “nunca”. <p>El informe final de percepción arroja como conclusión que al ser evaluadas cada una de las características se obtuvo un resultado satisfactorio para el cumplimiento de sus necesidades y expectativas.</p> <p>Cumpliendo con el numeral de la norma ISO 9001:2015</p>	X	
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1.3 Análisis y Evaluación	<p>El proceso debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.</p> <p>Con el fin de evaluar este numeral se revisó la información que se encuentran en el aplicativo Isolucion - http://sdsisolucion/IsolucionCalidad/Medicion/ConsultaIndicadores.asp se encuentran dos indicadores del proceso de Urgencias, Emergencias y Desastres como se evidencia a continuación:</p>		



INFORME DE AUDITORIA SGC





1

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

Bandi	Isolacion	Segu	Isolacion	Sopos	Regio	Sopos	Def	Isolacion	Secr	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion	Isolacion
-------	-----------	------	-----------	-------	-------	-------	-----	-----------	------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Para el cumplimiento de este numeral es importante que el proceso de Gestion de Urgencias, emergencias y Desastres tenga en cuenta que debe cumplir ciertas características esenciales que garanticen su utilidad en la toma de decisiones por parte de la Alta Direccion asi como su alineacion con los principios de calidad y mejora continua. Entre estas características se encuentran:

 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

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Claridad y comprensibilidad El indicador debe estar claramente definido, con una fórmula explícita, unidad de medida y fuente de datos. ➤ Pertinencia y representatividad: Debe reflejar aspectos críticos del proceso (eficacia, eficiencia, seguridad, satisfacción del usuario). Indicadores típicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eficiencia: Ejemplo: tiempo de respuesta del equipo de urgencias. ○ Eficacia: porcentaje de casos resueltos sin complicaciones. ○ Oportunidad: Mediciones de los servicios prestados con oportunidad para la toma de decisiones por parte de la alta Dirección ➤ Orientación a la mejora continua: Deben generar información útil para identificar desviaciones y proponer acciones correctivas y preventivas. <p>ACCIONES PARA ABORDAR EL RIESGO: Es importante que el proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres implemente indicadores de gestión para el seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios con el cumplimiento de las características mínimas de cada indicador con el fin de asegurar los resultados del proceso.</p>		
10. MEJORA 10.3 Mejora continua	<p><i>“El proceso de gestión de Urgencias, emergencias y desastres deberá mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad”</i> Para la revisión de este numeral, la auditoría tuvo en cuenta el trabajo interdisciplinario que se encuentra realizando el equipo para la implementación del Modelo MAS-Bienestar, con el objetivo de facilitar la incorporación de aspectos relevantes que aportaran a la mejora de la prestación del servicio.</p>	X	

ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES



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

a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos) aumentar los efectos deseables;

c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.

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

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

 <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



Es fundamental que la política de calidad adoptada mediante la Resolución N° 533 del 16 de junio de 2025 sea comunicada, comprendida y aplicada a todos los funcionarios del proceso de Gestión de urgencias, Emergencia y desastres, con el fin de evitar riesgos en la adherencia a los objetivos estratégicos de la calidad.

El proceso de Gestión de Urgencias y Emergencia debe validar y revalidar la capacidad para alcanzar los resultados planificados en la prestación de sus servicios. esto con el fin de identificar, revisar y controlar los cambios que se realicen en la operación, asegurando que no genere impactos adversos que puedan derivar un riesgo operacional en el seguimiento y monitoreo de la operación.

El proceso debe analizar y evaluar los datos e información pertinentes derivados del seguimiento y la medición, con el fin de establecer indicadores que permitan verificar y monitorear la conformidad de los productos y/o servicios ofrecidos por el proceso de **Gestión de Urgencias, Emergencias y desastres.** Con el fin de evitar posibles riesgos en la toma de decisiones por parte de la línea estratégica.

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

1. Cumplimiento parcial de los requisitos normativos: El proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres evidencia conformidad en aspectos relacionados con el contexto de la organización (4.1 y 4.2), la comunicación de la política de calidad (5.2.2) y la evaluación de la satisfacción del cliente (9.1.2), lo que refleja avances en la alineación con los objetivos estratégicos y la orientación al mejoramiento continuo.
2. Hallazgos críticos en planificación y control documental: Se identificaron no conformidades en el cumplimiento del numeral 6.1 (acciones para abordar riesgos y oportunidades) y en el control de la información documentada (7.5.2), debido a la falta de actualización de documentos, inconsistencias entre el Mapa de Riesgos y la Matriz de Monitoreo, y ausencia de mecanismos efectivos para prevenir efectos no deseados.
3. Deficiencias en provisión del servicio y control operacional: Aunque el proceso cuenta con un Plan Operativo de Gestión y Desempeño, se evidenció la necesidad de validar y revalidar la capacidad operativa para garantizar resultados planificados, así como fortalecer el control de cambios para evitar impactos adversos, conforme al numeral 8.5.
4. Limitaciones en análisis y evaluación del desempeño: Si bien se reportan indicadores con cumplimiento superior al 100%, no se dispone de línea base ni evidencia suficiente para verificar


 <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>	<p>1</p>	

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

la eficacia de las mediciones, lo que afecta la toma de decisiones basada en datos, según el numeral 9.1.3.

5. Oportunidades de mejora continua: El proceso debe implementar indicadores de gestión claros, pertinentes y orientados a la mejora, garantizar la comunicación efectiva de la política de calidad a todos los colaboradores, y asegurar la coherencia entre los instrumentos de gestión del riesgo, fortaleciendo la trazabilidad y el control documental.

Revisado gestor de calidad OCl: Mónica Ulloa Maz

<p>NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:</p> <p>Luz Myriam Arias Murcia</p>	<p>FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:</p>  <p>Firmado digitalmente por LUZ MYRIAM ARIAS MURCIA</p>
<p>NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR:</p> <p>N/A</p>	<p>FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR:</p>
<p>NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</p> <p>Olga Lucia Vargas Cobos</p>	<p>FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:</p>

- Favor no imprimir el instructivo