

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL</b> <b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>	
<b>INFORME DE AUDITORIA SGC</b>		
Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión: 1
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
<b>4</b> <b>CONTEXTO DE LA ORGANIZAC IÓN</b> 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	
<b>4</b> <b>CONTEXTO DE LA ORGANIZAC</b>	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 <b>CÓDIGO: SDS-</b>		

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

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

<b>4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas</b>	<p><b>UED-CAR-001</b> versión 9. En esta caracterización se incluyeron los requisitos asociados a las siguientes salidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad</li> <li>➤ Referencia de pacientes</li> <li>➤ Capacitación y entrenamiento a los actores del sistema de emergencias medicas</li> <li>➤ Asesoría Técnica en planes de gestión del riesgo de desastres en el contexto hospitalario</li> <li>➤ Planes sectoriales de respuesta a situaciones de emergencias y desastres</li> <li>➤ 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</li> <li>➤ Respuesta a situaciones de emergencias y desastres.</li> <li>➤ Autorización o negación del uso del emblema de misión medica en el Distrito Capital.</li> </ul> <p>El proceso de Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres entrega evidencias del cumplimiento de las salidas del proceso.</p> <p>Cumpliendo con el numeral de la norma ISO 9001:2015</p>	<span style="font-size: 2em;">X</span>
<b>5 Liderazgo</b> <b>5.2 Política</b> <b>5.2.2 Comunicación de la Política de Calidad</b>	<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>	<span style="font-size: 2em;">X</span>



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

Resolucion\_533\_16\_Jun\_2025\_Politica\_Calidad\_SGS.pdf - Adobe Acrobat Reader [64-bit]

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inf Aud\_Calidad\_EI.. Resolucion\_533\_16\_J... x

1 / 11

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 533 de fecha 16 JUN 2025

"Por la cual se adopta la Política de Calidad de la Secretaría Distrital de Salud"

EL SECRETARIO DEL DESPACHO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
DE BOGOTÁ D.C.

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas en el artículo 3º numerales 5 y 9 del Decreto 507 de 2013,

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con la Carta Iberoamericana de la Calidad (CLAD: 2008), la adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientadas a la generación de resultados, así como señala que los procesos, son la articulación de las actividades, interrelacionadas para ejecutar de manera eficiente y eficaz las finalidades de la administración.

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.

Buscar 'Combinar PDF' Exportar archivo PDF

Adobe Export PDF

Seleccionar archivo PDF

Resolucion\_533\_16\_Jun\_2025\_Politica\_Calidad\_SGS.pdf

Convertir a Microsoft Word (\*.doc)

Idioma del documento Español Cambiar

Convertir

Editar PDF Crear archivo PDF Comentar Combinar archivos Organizar páginas Comprimir PDF Censurar Preparar formulario Solicitar firmas electrónicas

200 p. m. ESP 3/12/2025



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

DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL					
LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES					
Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1					
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Sami Andrade Salazar / Aprobado por: Luz Angela Maniquito					
Tema: <u>Reunión Grupo Premio DUES</u> Fecha: <u>30 - Mayo - 2025</u> Hora Inicio: <u>8:15AM</u> Hora Fin: <u>Lugar: SDS Aula Magistral</u>					
No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
1	Edwin Jairompy Gómez	SOPRED	Técnico	312880214	edgomez@saludcapital.gov.co
2	Laura Estefanía Vizcarra	SENE	Administradora	310616338	laurae@saludcapital.gov.co
3	Jesús Patricio Trujillo	SCRU	Prof. Esp.	303266002	jtrujillo@saludcapital.gov.co
4	Maria Dolores Sanchez	CEUE	Coordinadora	3019139923	mariadolores.sanchez@saludcapital.gov.co
5	Luz Andrea Gómez	CRUE	T.A.S	303266002	luzandrea.gomez@saludcapital.gov.co
6	Angela Escobar Bustos	CRUE	Prof. Esp.	311200283	angelaescobar.bustos@saludcapital.gov.co
7	Edwin Palacio Ramírez	CRUE	T.A.M	310616001	edwinpalacio.ramirez@saludcapital.gov.co
8	Olivia Pernia Camargo	CRUE	T.A.M	310616001	oliviacamargo@saludcapital.gov.co
9	Ricardo Toro Cruz	CRUE	T.A.M	310616001	ricardotorocruz@saludcapital.gov.co
10	Franco Correa	DUES	Tec.	3019139923	francocorrea@saludcapital.gov.co
11	Jacinto Hartom N	DUES	Prof. Esp	9016	cjhartom@saludcapital.gov.co
12	Miguel Angel Leon R	DUES	Prof. Univ.	3003	miguel.leon@saludcapital.gov.co
13	Jhoelis Andrea Borda C	CRUE	Tecna	--	jhoelis.borda@saludcapital.gov.co
14	Joséfa Nicanorina Nava	DUES	Prof. Especial	9060	josefa.nicanorina@saludcapital.gov.co
15	Deimi Soto	DUES	Técnico	--	dysoto@saludcapital.gov.co
16	Samuel Casas M	CRUE	T.S	--	scasas@saludcapital.gov.co

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. PLANIFICACIÓN**  
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:

- 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 entregó 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. <b>Riesgos N° 4</b> "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.</u> <u>El proceso no genero una oportunidad de mejora con el fin de Literal c) prevenir o reducir efectos no deseados.</u></p> <p>3. <b>Riesgos N° 4</b> "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><b>NO CONFORMIDAD:</b> 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"><li>➤ <b>SDS-UED-LN-017</b> Adherencia Al Procedimiento De Asesoría, Revisión, Evaluación Y Emisión De Concepto De Los Planes De Gestión Del Riesgo De Desastres En El Contexto Hospitalario</li><li>➤ <b>SDS-UED-LN-021</b> Revisión De Vehículos De Emergencia Por Parte De La Subdirección Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias-Crue</li><li>➤ <b>SDS-EUD-INS-023</b> Referencia Y Contrareferencia De Urgencias.</li></ul>	



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

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

Código	Fecha:	MAPA DE RIESGOS SDS	Versión:	Evaluación del Riesgo					F. Implementación del Control	G. Implementación del Control	H. Implementación del Control	I. Valor Probabilidad Residual Físico	J. Impacto Físico	
				A. Descripción del Control	B. Evidencia del Control	C. Implementación (Efectivamente)	D. Implementación (Efectivamente)	E. Tipo de Implementación						
45	30/05/2025			• Probabilidad de alteración experimentar en la ejecución de las tareas que implica la ejecución de procedimientos de manejo de emergencias y de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública. Se evaluará la probabilidad de alteración de procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• El equipo médico designado por la Unidad médica CRM, así como los procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública establecidos en el Plan de Protección Civil y de Emergencias, así como las estrategias de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• Implementado	• Verificada	• Documentado	• Probable	• Documentado	• Manual	• 0%	• Alto	• N/A
46	30/05/2025			• Probabilidad de alteración experimentar en la ejecución de las tareas que implica la ejecución de procedimientos de manejo de emergencias y de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública. Se evaluará la probabilidad de alteración de procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• El equipo médico designado por la Unidad médica CRM, así como los procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública establecidos en el Plan de Protección Civil y de Emergencias, así como las estrategias de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• Implementado	• Verificada	• Documentado	• Probable	• Documentado	• Manual	• 0%	• Alto	• N/A
47	30/05/2025			• Probabilidad de alteración experimentar en la ejecución de las tareas que implica la ejecución de procedimientos de manejo de emergencias y de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública. Se evaluará la probabilidad de alteración de procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• El equipo médico designado por la Unidad médica CRM, así como los procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública establecidos en el Plan de Protección Civil y de Emergencias, así como las estrategias de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• Implementado	• Verificada	• Documentado	• Probable	• Documentado	• Manual	• 0%	• Alto	• N/A
48	30/05/2025			• Probabilidad de alteración experimentar en la ejecución de las tareas que implica la ejecución de procedimientos de manejo de emergencias y de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública. Se evaluará la probabilidad de alteración de procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• El equipo médico designado por la Unidad médica CRM, así como los procedimientos de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública establecidos en el Plan de Protección Civil y de Emergencias, así como las estrategias de respuesta a incidentes o accidentes de salud pública.	• Implementado	• Verificada	• Documentado	• Probable	• Documentado	• Manual	• 0%	• Alto	• N/A

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_Monitoreo_Riesgos_V.1 CRUE [solo lectura] - Excel														
PROCESO (Definición)	DEPENDENCIA (Definición)	N° RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CATEGORÍA DEL RIESGO (Definición)	N° CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	EVIDENCIA O BTA DE EJECUCIÓN DEL CONTROL	PLAN DE ACCIÓN	EVIDENCIA O BTA DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	JEL DIRECCIÓN MATERIALES	GLOBO DE RIESGO	ID ACCIÓN EN ISOLUCION	RIESGO	
Gestión de Urgencias, Desastres y Desafíos	Subdirección General de Gestión de Urgencias y Emergencias	1	Posibilidad de afectación reputacional por la gestión inadecuada 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 por la Subdirección CRUE, en los tiempos establecidos por el SDS-EIG-FT-006, "Unívoca implementación de la alta calidad en la atención médica y la ejecución del procedimiento de regulación médica", garantiza la correcta y oportuna respuesta a las solicitudes de los ciudadanos que ingresan a través de la línea de emergencias 123, dentro del marco establecido por el procedimiento establecido.	Nota: de: involucrar y aplicar la modalidad de adherencia de los diferentes perfiles del CRUE.	N/A	Nota: de: involucrar y aplicar la modalidad de adherencia de los diferentes perfiles del CRUE.	N/A	N/A	N/A	N/A	
Gestión de Urgencias, Desastres y Desafíos	Subdirección General de Gestión de Urgencias y Emergencias	2	Posibilidad de afectación reputacional por la gestión inadecuada de las solicitudes que ingresan al área de referencia y control de riesgos, debido a la falta de cumplimiento del procedimiento de Referencia y Comunicación de la urgencia.	Gestión	1	El equipo técnico designado por la Subdirección CRUE, en los tiempos establecidos por el SDS-EIG-FT-006, "Unívoca implementación de la alta calidad en la atención médica y la ejecución del procedimiento de regulación médica", garantiza la correcta y oportuna respuesta a las solicitudes de los ciudadanos que ingresan a través de la línea de emergencias 123, dentro del marco establecido por el procedimiento establecido.	Nota: de: involucrar y aplicar la modalidad de adherencia de los diferentes perfiles del CRUE.	N/A	Nota: de: involucrar y aplicar la modalidad de adherencia de los diferentes perfiles del CRUE.	N/A	N/A	N/A	N/A	
Gestión de Urgencias, Desastres y Desafíos	Subdirección General de Gestión de Riesgo de Salud en Emergencias y Desastres	3	Posibilidad de afectación reputacional por la falta de implementación del procedimiento de Gestión del Riesgo del sector salud en emergencias y desastres, así como la falta de cumplimiento y respuesta del sector, incluyendo la falta de disponibilidad de los recursos necesarios para la ejecución de las estrategias y la disponibilidad de los recursos necesarios para la ejecución de las estrategias y la falta de adherencia al procedimiento de seguimiento y control de riesgos.	Gestión	1	El equipo técnico designado por la Subdirección de Gestión del Riesgo de Desastres realizará de manera sistemática la identificación del nivel de adherencia del plantel humano respecto a las actividades establecidas con el desarrollo de los Planes de Gestión de Riesgo dentro del Sector Salud en emergencias y desastres y seguimiento de Corregir para la elaboración de Planes de Gestión de Riesgo dentro del Sector Salud en emergencias.	En proceso según programación (semanal)	Corregir-2025	En proceso según programación (semanal)	N/A	N/A	N/A	N/A	
Gestión Documental	Subdirección de Gestión de Pliego en Emergencias y Desastres	4	Posibilidad de afectación reputacional derivada de la gestión y gestión no óptima de la evaluación de los Planes de Salud. Pliegos Auditivos de alta complejidad, así como del seguimiento a la implementación de los planes de alta complejidad que se realizan en el sector salud en emergencias y desastres.	Gestión	1	El equipo técnico designado por la Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres realizará de manera sistemática la identificación del nivel de adherencia del plantel humano respecto a las actividades establecidas con el desarrollo de los Planes de Gestión de Riesgo dentro del Sector Salud en emergencias y desastres y seguimiento de Corregir para la elaboración de Planes de Gestión de Riesgo dentro del Sector Salud en emergencias.	En proceso según programación (semanal)	Base de seguimiento, semanalizada	En proceso según programación (semanal)	N/A	N/A	N/A	N/A	
		5			2									
		6			3									
					4									
					5									

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:

Página 2



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 INTERACCIÓN Y RESPONSABILIDADES							
A	B	C	D	E	F	G	H
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		MATRIZ DE INTERACCIÓN Y RESPONSABILIDADES					
Código:		SDS-DFO-FT-037		Fecha:	2025-07-01	Versión:	1
PROCESO (Seleccionar)	SALIDA	ACTIVIDAD	ENTREGABLE	ROLES Y RESPONSABILIDADES			
		R	A	C	I		
gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad	<p>Definir los procedimientos, lineamientos e instructivos en el marco de Regulación de Urgencias Médicas. (P)</p> <p>Atención de las solicitudes que ingresan al centro operativo mediante asesoría técnica o el despacho del vehículo de emergencia para la atención prehospitalaria. (H)</p> <p>Seguimiento a la operatividad de los vehículos de emergencias y el centro operativo de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias Emergencias (V)</p> <p>Seguimiento a las novedades asistenciales y administrativas identificadas en la operación (V)</p> <p>Realizar la información de la disponibilidad de camas de la red pública y la privada necesaria para dar respuesta a los procedimientos, lineamientos e instructivos</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 Matriz de Monitoreo de Riesgos, así mismo, La matriz de interacción y responsabilidades" no se diligencio por parte de la primera ni segunda línea de defensa.

**8.5  
PROVISION  
Y  
PRODUCCIO  
N DEL  
SERVICIO**  
8.5.1 Control

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



**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

## 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 Subsecretaría 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 “SDSDF0FT016 Sheet1” como se evidencia a continuación:

		CARACTERIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO				EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y MEJORA		
9	REQUISITO O ATRIBUTO DE CALIDAD A EVALUAR	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO O ATRIBUTO	TIPO DE REQUISITO	CRÍTICO	IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	ID acción de mejora y descripción de la misma	
10	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Pertinencia  El direccionamiento médico en el Centro Operativo es acorde a los lineamientos e instructivo de regulación médica vigente.	CÓMO	LEGAL	Impacto  	Mayor		
11	Regulación de las urgencias y emergencias médicas en la ciudad.	Seguridad en la atención  Por seguridad en la atención el Técnico autor de regulación médica debe presentar al paciente su credencial para acceder a las instalaciones de manejo, de acuerdo al instructivo de regulación médica.	CÓMO	LEGAL	Impacto  			
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 encuentra disponible.	CÓMO	LEGAL	Impacto  			

x

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

operación, lo cual resulta incoherente, considerando que el proceso actual no evidencia oportunidades de mejora.

**META 4**  
**ACTIVIDAD 2**  
**SUBACTIVIDAD 1**

“Efectuar el reporte de los Indicadores de las Políticas de Gestión y Desempeño” a lo cual el proceso informó que “*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 ítem con la asistencia al comité con la participación del subsecretario o delegado.* 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 envío correo por parte de la Dirección de planeación institucional y calidad informando; “*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 DPIYC se sugiere incluir y programar las actividades y subactividades transversales (si aplican) en sus POGD para monitorear y dar cumplimiento.*

*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.*

**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.

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

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

<b>9. EVALUACI ÓN DEL DESEMPEÑO</b> 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 evaluaron los componentes de oportunidad, infraestructura, satisfacción de la necesidad y calidad general.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Calificación de oportunidad e infraestructura: 95.67%</li> <li>➤ Satisfacción del requerimiento: 98.21%</li> <li>➤ 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”.</li> </ul> <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>	
<b>9. EVALUACI ÓN DEL DESEMPEÑO</b> 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 - <a href="http://sdsisolucion/IsolucionCalidad/Medicion/Consultalndicadores.asp">http://sdsisolucion/IsolucionCalidad/Medicion/Consultalndicadores.asp</a> se encuentran dos indicadores del proceso de Urgencias, Emergencias y Desastres 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

Evaluación Independiente a la Gestión Institucional Oficina de Control Interno Sistema de Gestión Control Documental																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Informe de Auditoría SGC																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Código:		SDS-EIG-FT-010		Versión:		1																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Valor Real</th> <th>Valor Meta</th> <th>Porcentaje</th> <th>Estado</th> <th>Observación</th> <th>Verificación</th> <th>Verificación</th> <th>Verificación</th> <th>Verificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento actividades asociadas al objetivo del Proceso de Gestión de la Información Conocimiento e Innovación</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento de las acciones de asistencia técnica</td> <td>85</td> <td>142,239836358987</td> <td>60 %</td> <td>Verificado</td> <td>142,239836358987</td> <td>05/Nov/2025</td> <td>167,340989395</td> <td>75 %</td> <td>Verificado</td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento en los cronogramas de auditoria</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 %</td> <td>Sin medición</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ejecución de las auditorias establecidas en el Programa anual de Auditorias de la SDS</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión Proceso Asesamiento en Salud</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de la Implementación de Estándares de Calidad a la Red Distrital de Laboratorios.</td> <td>90</td> <td>100</td> <td>90 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grado de participación en la capacitación sobre Lucha contra la Corrupción en la SDS.</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 %</td> <td>Sin medición</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Implementación de las acciones previstas para cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones definido para la visión.</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.</td> <td>100</td> <td>97,2549019607843</td> <td>97,2549019607843</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nivel de adherencia y promoción del SOC de la Entidad</td> <td>100</td> <td>85</td> <td>85 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nivel de satisfacción de los auditados</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 %</td> <td>Sin medición</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de acciones de mejora gestionadas en el periodo.</td> <td>100</td> <td>86</td> <td>86 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de Asesoría Jurídica a la Secretaría Distrital de Salud y a las entidades del sector salud en el Distrito Capital</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de Auditorías realizadas en la vigencia</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 %</td> <td>Sin medición</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de cobertura o cumplimiento de metas de vacunación en niños/as menores de un año y un año en Bogotá</td> <td>95</td> <td>8,33720137301082</td> <td>8,33720137301082</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de cumplimiento cronograma de visitas de verificación programadas de las condiciones del Sistema Único de Habilidades</td> <td>100</td> <td>98,4126984126984</td> <td>98,4126984126984</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de cumplimiento de cronogramas de requerimientos</td> <td>100</td> <td>70</td> <td>70 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mantenimiento del SOC de la SDS</td> <td>100</td> <td>97</td> <td>97 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de cumplimiento en el número de personas beneficiadas con acciones de fortalecimiento en el cuidado de la salud mental y la convivencia social</td> <td>100</td> <td>97,5412026726058</td> <td>97,5412026726058</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de establecimientos inscritos ante la autoridad sanitaria</td> <td>100</td> <td>75,4036184776314</td> <td>75,4036184776314</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud, Bancos de Teléidos y Centros de Almacenamiento Temporal de la Regional No.1 Red de donación y Trajedantes, intervenidas con acciones de seguimiento (auditorías) en el cumplimiento de la normativ</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Razón de respuesta ante emergencias y desastres</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de respuesta ante emergencias y enfermedades emergentes y reemergentes gestionadas a través del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de respuesta ante incidentes de salud transferidos desde la Línea 123 gestionadas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)</td> <td>100</td> <td>102,645131849148</td> <td>102,645131849148</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de servicios administrativos prestados por la Dirección Administrativa</td> <td>78</td> <td>25</td> <td>25 %</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de trámites, Obras y CAIP excedidos dentro del tiempo definido en la normatividad vigente</td> <td>100</td> <td>98,5662594742783</td> <td>98,5662594742783</td> <td>Verificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Razón de mortalidad materna de 32 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0 %</td> <td>Sin medición</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicador									Valor Real	Valor Meta	Porcentaje	Estado	Observación	Verificación	Verificación	Verificación	Verificación	Cumplimiento actividades asociadas al objetivo del Proceso de Gestión de la Información Conocimiento e Innovación	100	100	100 %	Verificado						Cumplimiento de las acciones de asistencia técnica	85	142,239836358987	60 %	Verificado	142,239836358987	05/Nov/2025	167,340989395	75 %	Verificado	Cumplimiento en los cronogramas de auditoria	0	0	0 %	Sin medición						Ejecución de las auditorias establecidas en el Programa anual de Auditorias de la SDS	100	100	100 %	Verificado						Gestión Proceso Asesamiento en Salud	100	100	100 %	Verificado						Gestión de la Implementación de Estándares de Calidad a la Red Distrital de Laboratorios.	90	100	90 %	Verificado						Grado de participación en la capacitación sobre Lucha contra la Corrupción en la SDS.	0	0	0 %	Sin medición						Implementación de las acciones previstas para cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones definido para la visión.	100	100	100 %	Verificado						Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	100	97,2549019607843	97,2549019607843	Verificado						Nivel de adherencia y promoción del SOC de la Entidad	100	85	85 %	Verificado						Nivel de satisfacción de los auditados	0	0	0 %	Sin medición						Porcentaje de acciones de mejora gestionadas en el periodo.	100	86	86 %	Verificado						Porcentaje de Asesoría Jurídica a la Secretaría Distrital de Salud y a las entidades del sector salud en el Distrito Capital	100	100	100 %	Verificado						Porcentaje de Auditorías realizadas en la vigencia	0	0	0 %	Sin medición						Porcentaje de cobertura o cumplimiento de metas de vacunación en niños/as menores de un año y un año en Bogotá	95	8,33720137301082	8,33720137301082	Verificado						Porcentaje de cumplimiento cronograma de visitas de verificación programadas de las condiciones del Sistema Único de Habilidades	100	98,4126984126984	98,4126984126984	Verificado						Porcentaje de cumplimiento de cronogramas de requerimientos	100	70	70 %	Verificado						Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mantenimiento del SOC de la SDS	100	97	97 %	Verificado						Porcentaje de cumplimiento en el número de personas beneficiadas con acciones de fortalecimiento en el cuidado de la salud mental y la convivencia social	100	97,5412026726058	97,5412026726058	Verificado						Porcentaje de establecimientos inscritos ante la autoridad sanitaria	100	75,4036184776314	75,4036184776314	Verificado						Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud, Bancos de Teléidos y Centros de Almacenamiento Temporal de la Regional No.1 Red de donación y Trajedantes, intervenidas con acciones de seguimiento (auditorías) en el cumplimiento de la normativ	100	100	100 %	Verificado						Razón de respuesta ante emergencias y desastres	100	100	100 %	Verificado						Porcentaje de respuesta ante emergencias y enfermedades emergentes y reemergentes gestionadas a través del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	100	100	100 %	Verificado						Porcentaje de respuesta ante incidentes de salud transferidos desde la Línea 123 gestionadas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	100	102,645131849148	102,645131849148	Verificado						Porcentaje de servicios administrativos prestados por la Dirección Administrativa	78	25	25 %	Verificado						Porcentaje de trámites, Obras y CAIP excedidos dentro del tiempo definido en la normatividad vigente	100	98,5662594742783	98,5662594742783	Verificado						Razón de mortalidad materna de 32 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá	0	0	0 %	Sin medición						
Indicador	Valor Real	Valor Meta	Porcentaje	Estado	Observación	Verificación	Verificación	Verificación	Verificación																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Cumplimiento actividades asociadas al objetivo del Proceso de Gestión de la Información Conocimiento e Innovación	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Cumplimiento de las acciones de asistencia técnica	85	142,239836358987	60 %	Verificado	142,239836358987	05/Nov/2025	167,340989395	75 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Cumplimiento en los cronogramas de auditoria	0	0	0 %	Sin medición																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Ejecución de las auditorias establecidas en el Programa anual de Auditorias de la SDS	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Gestión Proceso Asesamiento en Salud	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Gestión de la Implementación de Estándares de Calidad a la Red Distrital de Laboratorios.	90	100	90 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Grado de participación en la capacitación sobre Lucha contra la Corrupción en la SDS.	0	0	0 %	Sin medición																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Implementación de las acciones previstas para cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones definido para la visión.	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	100	97,2549019607843	97,2549019607843	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Nivel de adherencia y promoción del SOC de la Entidad	100	85	85 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Nivel de satisfacción de los auditados	0	0	0 %	Sin medición																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de acciones de mejora gestionadas en el periodo.	100	86	86 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de Asesoría Jurídica a la Secretaría Distrital de Salud y a las entidades del sector salud en el Distrito Capital	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de Auditorías realizadas en la vigencia	0	0	0 %	Sin medición																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de cobertura o cumplimiento de metas de vacunación en niños/as menores de un año y un año en Bogotá	95	8,33720137301082	8,33720137301082	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de cumplimiento cronograma de visitas de verificación programadas de las condiciones del Sistema Único de Habilidades	100	98,4126984126984	98,4126984126984	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de cumplimiento de cronogramas de requerimientos	100	70	70 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mantenimiento del SOC de la SDS	100	97	97 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de cumplimiento en el número de personas beneficiadas con acciones de fortalecimiento en el cuidado de la salud mental y la convivencia social	100	97,5412026726058	97,5412026726058	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de establecimientos inscritos ante la autoridad sanitaria	100	75,4036184776314	75,4036184776314	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud, Bancos de Teléidos y Centros de Almacenamiento Temporal de la Regional No.1 Red de donación y Trajedantes, intervenidas con acciones de seguimiento (auditorías) en el cumplimiento de la normativ	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Razón de respuesta ante emergencias y desastres	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de respuesta ante emergencias y enfermedades emergentes y reemergentes gestionadas a través del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	100	100	100 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de respuesta ante incidentes de salud transferidos desde la Línea 123 gestionadas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	100	102,645131849148	102,645131849148	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de servicios administrativos prestados por la Dirección Administrativa	78	25	25 %	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Porcentaje de trámites, Obras y CAIP excedidos dentro del tiempo definido en la normatividad vigente	100	98,5662594742783	98,5662594742783	Verificado																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Razón de mortalidad materna de 32 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá	0	0	0 %	Sin medición																																																																																																																																																																																																																																																																																													

**Primer Indicador:** “Porcentaje de respuesta ante emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes gestionadas a través del sistema de emergencias medidas (SEM)”. para este indicador que se cumple al 100% lo cual quiere decir que todo lo programado de cumple.

**Segundo Indicador:** “Porcentaje de respuesta ante incidentes de salud transferidos desde la línea 123 gestionadas por el centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE). En este indicar se evidencia que se cumple mas de lo que se programa (102,6451).

Es importe hacer claridad que a pesar de revisar la hoja de vida de cada indicar no fue posible determinar la linea base con la cual se midio el cumplimiento de estos dos indicadores con el fin de verificar si lo planificado se ha implementado de forma eficaz.

Para el cumplimiento de este numeral es importante que el proceso de Gestión 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 losprincipios de calidad y mejora continua. Entre esta caracteristicas se encuentran:

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL</b> <b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>		
<b>INFORME DE AUDITORIA SGC</b>			
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"> <li>➤ <b>Claridad y comprensibilidad</b> El indicador debe estar claramente definido, con una fórmula explícita, unidad de medida y fuente de datos.</li> <li>➤ <b>Pertinencia y representatividad:</b> Debe reflejar aspectos críticos del proceso (eficacia, eficiencia, seguridad, satisfacción del usuario). Indicadores típicos:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Eficiencia:</b> Ejemplo: tiempo de respuesta del equipo de urgencias.</li> <li>○ <b>Eficacia:</b> porcentaje de casos resueltos sin complicaciones.</li> <li>○ <b>Oportunidad:</b> Mediciones de los servicios prestados con oportunidad para la toma de decisiones por parte de la alta Dirección</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Orientación a la mejora continua:</b> Deben generar información útil para identificar desviaciones y proponer acciones correctivas y preventivas.</li> </ul> <p><b>ACCIONES PARA ABORDAR EL RIESGO:</b> 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>	
<b>10. MEJORA</b> 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
<p><b>ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b></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>		



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

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



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

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 OCI: Mónica Ulloa Maz

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

- Favor no imprimir el instructivo