

 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 la Información, Conocimiento e Innovación
Líderes del Proceso: Juan Guillermo Correa García - Subsecretario Corporativa José Ignacio Argote López - Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial Luz Marina Galindo Caro - Directora Planeación Sectorial Luz Angela Manquillo Erazo - Directora Planeación Institucional y Calidad
Auditor Líder: Oscar Rojas Suarez
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: febrero 2026
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, conforme a lo establecido en la Norma ISO 9001:2015, aplicables al proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación de la Secretaría Distrital de Salud.
ALCANCE Desde: La verificación de la planificación del proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, incluyendo la determinación del contexto estratégico, la identificación y gestión de riesgos, la definición y aplicación de controles, y la asignación de recursos; así como la adecuada ejecución y seguimiento de los planes, proyectos y actividades orientados al cumplimiento de los objetivos establecidos.
Hasta: La verificación de la evaluación y su mejoramiento continuo.
Periodo para evaluar: 1 de enero de 2025 a 31 de enero de 2026.
CRITERIOS: Criterios Externos: • Norma ISO 9001 de 2015 • Ley 2335 de 2023 • Decreto 641 de 2025 • Decreto 1500 de 2012 • Decreto 1499 de 2017 • Decreto 648 de 2017 • Decreto 1449 de 2022 • Decreto 376 de 2022 • Acuerdo 641 de 2016 • Resolución 3280 de 2018 y demás que apliquen al proceso
Criterios Internos: • Resolución 1570 de 2024 • Resolución 3249 de 2023 • Resolución 1317 de 2022 • Resolución 924 de 2019 • Resolución 695 de 2017 • Resolución 0458 de 2013 • Resolución 554 de 2009 • Circular 0033 de 2019 • Circular 034 de 2018

 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

- Circular 17 de 2014 y demás que aplique al proceso

Adicionalmente, se tendrán en cuenta para el desarrollo de la auditoría los siguientes criterios:

- Roles, responsabilidades y niveles de autoridad definidos para el proceso
- Conjunto de políticas, procedimientos y controles establecidos para asegurar el cumplimiento de los requisitos del proceso
- Gestión del riesgo y el logro de los objetivos y metas a su cargo
- Gestión operativa y el uso eficiente de los recursos asignados.

LIMITACIONES: N/A

METODOLOGÍA UTILIZADA: Verificación de conformidad frente a los criterios establecidos en la Norma ISO 9001: 2015 mediante revisión selectiva de la documentación del proceso, evaluación de recursos disponibles, análisis de plataformas tecnológicas de soporte y examen de evidencias documentales suministradas por los responsables del proceso.

RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: Con el fin de adelantar este informe se verificó auditoria de calidad realizada en mayo de 2025 al Proceso Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, de la cual se derivó una (1) No Conformidad relacionada al numeral 10 Mejora de la Norma ISO 9001 de 2015 y cinco (5) Acciones para Abordar el Riesgos relacionadas con:

- Partes interesadas del proceso
- Mecanismos de coordinación, flujos de información, responsabilidades Interacción del proceso, conforme al Modelo de Operación por Procesos (MOP)
- Fortalecimiento del liderazgo colaborativo en el proceso
- Actualización matriz de riesgos del proceso alineada con la estructura vigente del Modelo de Operación por Procesos (MOP)
- Definición de criterios para evaluar el cumplimiento de las salidas establecidas en la caracterización del proceso (SDS-ICI-001)

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFORME	NO CONFORME
Contexto de la organización 4.1. Comprensión de la organización y de su contexto: La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de	Realizada la verificación en mesas de trabajo, en el aplicativo ISOLucion y en los documentos aportados por parte del proceso se evidenció que en la caracterización del proceso Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación de la SDS, identificada con código SDS-ICI-CAR-001, versión 1 con fecha de creación y aprobación 21 de febrero de 2025 y última fecha de actualización 31 de enero de 2025, se define de manera formal y explícita el objetivo y alcance del proceso. El objetivo establece el propósito del proceso orientado a promover y fortalecer la gestión y generación de información, conocimiento e innovación mediante estrategias que faciliten su apropiación social y soporten la toma de	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					

gestión de la calidad.	decisiones institucional, mientras que el alcance delimita las fronteras operativas del proceso desde la formulación de la ruta estratégica en la materia hasta la implementación de acciones de mejora derivadas de la evaluación de las estrategias y herramientas aplicadas. En consecuencia, la caracterización proporciona claridad sobre el propósito estratégico del proceso dentro del Sistema de Gestión de Calidad. Adicionalmente, se evidenció la determinación de cuestiones internas y externas pertinentes mediante el análisis DOFA institucional y la identificación formal de actores del entorno a través de la Matriz de Partes Interesadas SDS-DFO-FT-010. De forma complementaria, la caracterización establece los responsables del proceso, demostrando la asignación del liderazgo y la articulación funcional entre áreas que la componen, configurando una cadena de valor del proceso alineada con el enfoque de gestión por procesos, lo que permite establecer que el proceso comprende su contexto organizacional conforme a lo requerido en el numeral 4.1 de la Norma ISO 9001:2015.		
4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Se verificó que el proceso Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación dispone de la Matriz de Partes Interesadas SDS-DFO-FT-010 V. 1, instrumento institucional mediante el cual se identifican las partes interesadas internas y externas pertinentes al proceso, incluyendo actores como dependencias de la entidad, comunidad, academia, grupos de investigación y entidades públicas y privadas. En la revisión del contenido de la matriz se evidenció la determinación de necesidades, expectativas y requisitos asociados de dichas partes interesadas, así como elementos complementarios relacionados con mecanismos de relacionamiento, seguimiento y retroalimentación, lo que permite establecer no solo su identificación sino también la comprensión de los aspectos que pueden incidir en el desempeño y resultados del proceso. En consecuencia, la evidencia analizada permite determinar que el proceso cuenta con un mecanismo formal para la identificación y caracterización de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, configurando cumplimiento del numeral 4.2 de la Norma ISO 9001:2015 en lo referente a la comprensión de estos requisitos dentro del Sistema de Gestión de Calidad.	X	
5.3 Roles, responsabilidades y	Durante la mesa de auditoría realizada el 18 de febrero		

 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					

autoridades en la organización de la Norma La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes quedan asignadas, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. c) Informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y sobre las oportunidades de mejora e) Asegurarse de que la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el mismo.	de 2025 se evidenció que el Plan de Acción de la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación para la vigencia 2025 fue elaborado de manera participativa mediante mesas técnicas de trabajo con actores del proceso y posteriormente socializado para revisión y validación a través de correos electrónicos dirigidos al nivel directivo. De acuerdo con las aclaraciones presentadas por el proceso y la verificación documental efectuada, se constató que la actividad de aprobación del instrumento se encuentra definida en el procedimiento SDS-ICI-PR-013, así como en los controles establecidos en el mapa de riesgos del proceso, en los cuales se determinan los mecanismos y responsables para su validación y aprobación, garantizando la trazabilidad y formalización de esta actividad dentro de la gestión del proceso.	X	
6.1.1 Al hacer una planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1, los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es ineludible abordar con el objetivo de: a) Asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad pueda alcanzar sus resultados previstos. b) Aumentar los efectos deseables. c) Prevenir o reducir efectos no deseados. d) Alcanzar la mejora.	Se evidenció que el proceso incorpora la determinación y tratamiento de riesgos y controles dentro de su ejercicio de planificación, adicionalmente se evidenció la formulación del POGD 2025 y el Plan de Acción específico para el segundo semestre de 2025 de la política de Gestión del Conocimiento e Innovación, instrumentos que estructuran las acciones requeridas para el fortalecimiento del proceso en coherencia con la sexta dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) “<i>Gestión del Conocimiento y la Innovación</i>”. Dichos instrumentos constituyen el mecanismo operativo a través del cual el proceso define actividades, responsables, tiempos, y realiza seguimiento mediante mesas de monitoreo documentadas en actas, evidenciando un ciclo de planificación y control que permite anticipar necesidades, gestionar riesgos asociados al cumplimiento de metas y ajustar la ejecución conforme a los resultados obtenidos. En consecuencia, la planificación y seguimiento evidenciados demuestran que el proceso establece acciones orientadas a asegurar el logro de los	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:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	resultados previstos, potenciar los efectos deseables derivados de la gestión del conocimiento, prevenir desviaciones mediante espacios formales de seguimiento y promover la mejora continua, configurando cumplimiento del numeral 6.1.1 de la Norma ISO 9001:2015. Documentación verificada: • Reporte POGD Trimestre IV-2025 (PDF) • Reporte POGD Trimestre IV-2025 (Excel) • Mapa de riesgos de gestión proceso ICI • Acta formulación Plan Acción política GCI 2025 • Acta 1er seguimiento Plan Acción política GCI 2025 • Acta 2do seguimiento Plan Acción política GCI 2025 • Autodiagnóstico Plan acción política GCI(Excel). Sin embargo, se ha identificado el siguiente aspecto que podría generar un riesgo si no se interviene: AAR: Se evidencian avances relacionados con la construcción de un documento preliminar del Programa de Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas en el marco del plan de acción asociado a la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación; no obstante, la actividad <i>“Establecer un Programa de Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas a nivel institucional”</i>, bajo responsabilidad de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad – CDEIS y con fecha de finalización prevista para el 15 de diciembre de 2025, no presenta a la fecha de la auditoría evidencia documental formal que demuestre la aprobación o implementación institucional de dicho programa. lo que refleja debilidad en la planificación y seguimiento de la acción definida y limita la consolidación de mecanismos institucionales para la sistematización, transferencia y aprovechamiento del conocimiento organizacional.		
6.2 Objetivos de calidad y planificación. 6.2.1 La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles correspondientes y los	Se evidenció que el Proceso se adhiere a los objetivos de calidad alineados con la política institucional y la política de Gestión del Conocimiento e Innovación en el marco del MIPG, los cuales se encuentran formalizados en instrumentos de planeación como el POGD 2025 y su respectivo plan de acción. Dichos objetivos presentan criterios de medición definidos mediante indicadores 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					

procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad. Los objetivos de la calidad deben: a) Ser afines con la política de la calidad. b) Ser medibles. c) Considerar los requisitos aplicables. d) Ser acertados para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente. e) Ser objeto de seguimiento. f) Ser comunicados. g) Actualizarse, según convenga.	gestión registrados en el aplicativo ISOLución y metas asociadas en SEGPLAN, incorporando requisitos normativos, necesidades de partes interesadas y lineamientos institucionales vigentes. Asimismo, se constató que los objetivos del proceso son objeto de seguimiento periódico a través de actas de revisión, reportes de indicadores y espacios institucionales de monitoreo, evidenciándose su comunicación al equipo del proceso mediante jornadas de socialización y registros de asistencia. De igual forma, se observó su actualización en concordancia con la dinámica de planeación institucional y la implementación del Modelo de Operación por Procesos, lo que permite concluir que el proceso dispone de mecanismos formales para la definición, medición y seguimiento. Se evidencia cumplimiento a este criterio de la Norma ISO 9001:2015.	X	
6.2.2 Al planificar la forma de lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe establecer: a) Qué se va a hacer. b) Qué recursos se necesitarán. c) Quién será el responsable. d) La forma en que se evaluarán los resultados.	Se evidenció que el Proceso planifica de manera estructurada la forma de lograr su objetivo, mediante instrumentos formales de planeación y seguimiento. En este sentido, define qué se va a hacer a través del POGD 2025, el Plan de acción de la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación y la estrategia del proceso, en los cuales se describen actividades, productos y cronogramas. Respecto a los recursos requeridos, se constató su identificación en la planeación operativa del proceso POGD 2025 y en la disponibilidad de recursos humanos, tecnológicos, financieros y físicos que soportan la ejecución de las actividades. En cuanto a la asignación de responsables, se evidenció la utilización de la matriz RACI del proceso ICI, la caracterización vigente y las actas de reunión con distribución de tareas, lo que permite determinar roles y niveles de responsabilidad. Finalmente, la evaluación de resultados se demuestra mediante los indicadores de gestión registrados en ISOLución, metas definidas en POGD y SEGPLAN, actas de seguimiento y espacios institucionales de monitoreo, evidenciando medición y análisis del desempeño. En consecuencia, el proceso dispone de evidencias que sustentan la planificación del logro de sus objetivos de calidad conforme a lo establecido en el requisito evaluado.	X	
6.3 Planificación y control de	Durante la verificación del cumplimiento del numeral 6.3		

 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					

cambios. Cuando la organización determine que es necesario realizar cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, estos cambios deben ejecutarse de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar: a) El propósito de los cambios y sus potenciales consecuencias. b) La integridad del Sistema de Gestión de la Calidad. c) La disponibilidad de recursos. d) La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.	de la Norma ISO 9001:2015 se evidenció que el Proceso ICI ha gestionado los cambios de manera planificada, considerando que durante la vigencia 2025 la entidad inició la implementación del Modelo de Operación por Procesos (MOP), conforme a lo establecido en la Resolución No. 1570 de diciembre de 2024, constituyéndose este en un cambio estructural relevante para la gestión institucional. En este contexto, la adopción del MOP implicó ajustes en la estructura operativa y documental del proceso ICI, reflejados en la actualización de la caracterización del proceso, la revisión de sus interacciones dentro del mapa de procesos institucional y la definición de roles y responsabilidades mediante la matriz RACI del proceso ICI, la cual establece de manera formal los responsables, ejecutores, consultados e informados en las actividades clave del proceso. Asimismo, se desarrollaron acciones de socialización y apropiación dirigidas al equipo responsable, soportadas en actas de reunión, registros de jornadas de socialización y documentación validada en el aplicativo ISOLución. De igual forma, se evidenció la asignación de responsabilidades mediante registros de reuniones y orientaciones comunicadas al equipo del proceso, lo cual permite inferir que se consideraron elementos asociados a la disponibilidad de recursos, coordinación interna y control del cambio. En conjunto, la evidencia revisada permite concluir que el proceso dispone de soportes que demuestran la planificación, documentación y control de los cambios implementados, incluidos aquellos asociados a la entrada en operación del Modelo de Operación por Procesos durante la vigencia 2025, contribuyendo a la integridad y continuidad del Sistema de Gestión de la Calidad. Documentos verificados: - Resolución No. 1570 de 2024 (implementación Modelo de Operación por Procesos SDS). - Matriz RACI del proceso ICI, julio 1 de 2025. - POGD 2025 (planificación estratégica del proceso). - Plan de acción política Gestión del Conocimiento e Innovación 2025.	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:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	• Actas de reuniones de formulación y seguimiento del proceso.		
7.4 Comunicación La organización tiene que establecer las comunicaciones internas y externas concernientes al Sistema de Gestión de la Calidad, lo que debe incluir: a) Qué comunicar b) Cuándo comunicarlo c) A qué persona comunicárselo d) Cómo realizar la comunicación e) Quién es la persona encargada de realizar la comunicación.	En la verificación del cumplimiento del numeral 7.4 Comunicación de la Norma ISO 9001:2015, se evidenció que el proceso se encuentra articulado a las directrices institucionales de comunicación interna definidas por la Oficina Asesora de Comunicaciones de la Secretaría Distrital de Salud, instancia responsable de establecer lineamientos y canales formales para la difusión de información asociada al Sistema de Gestión de la Calidad. En este contexto, se aportó evidencia de divulgación de actualizaciones de procedimientos, formatos y actividades de gestión del proceso mediante el correo institucional SDS/Comunicaciones, lo que permite constatar el uso de mecanismos organizacionales formales para comunicar información relevante a los actores internos. Asimismo, la revisión de actas, registros de socialización y la matriz RACI del proceso de gestión ICI permite inferir la identificación de responsables y destinatarios de la comunicación en el desarrollo de las actividades del proceso. No obstante, la evidencia disponible se concentra principalmente en la difusión documental y en prácticas comunicacionales operativas, sin observarse un instrumento específico del proceso que integre de manera explícita los criterios de oportunidad, medios, destinatarios y responsabilidades comunicacionales para la totalidad de la información gestionada, por lo que se identifica oportunidad de fortalecimiento en la formalización del esquema de comunicación del proceso ICI conforme a los elementos establecidos en el numeral auditado. AAR: En la verificación al Proceso Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, se evidenció que las actividades de comunicación se realizan principalmente mediante difusión documental y prácticas operativas soportadas en canales institucionales; no obstante, no se identificó un instrumento que integre de manera explícita el tipo de información a comunicar, oportunidad, medios, destinatarios y responsables comunicacionales, lo cual limita la planeación, estandarización y trazabilidad del esquema de comunicación del proceso.	X	
7.5.1 Generalidades	La evidencia analizada permite concluir que el Proceso		

 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				

El Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2015 tiene que incluir: a) La información documentada requerida por la norma ISO 9001 b) La información documentada que la empresa determina como necesaria para obtener la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad.	Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación dispone de información documentada requerida por la Norma ISO 9001:2015 y de aquella determinada por la organización como necesaria para la operación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, encontrándose dicha documentación disponible y controlada a través de los mecanismos institucionales definidos (ISOLucion). En consecuencia, se evidencia conformidad con el numeral 7.5.1 Generalidades.	X	
7.5.2 Creación y actualización Genera y actualiza la información documentada, por lo que la empresa tiene que asegurarse de: a) Se realiza la identificación y la descripción. b) El formato y los medios de soporte. c) Revisar y aprobar según la adecuación de la norma.	Se evidenció que el proceso dispone de información documentada necesaria para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo caracterización, procedimientos, formatos, lineamientos, matriz RACI, instrumentos de planeación, registros operativos, indicadores, gestión de riesgos y acciones de mejora, gestionados a través del aplicativo ISOLucion. Adicionalmente se observó actualización del inventario documental mediante depuración de registros, lo cual se encuentra soportado en solicitud y aprobación formal de obsolescencia técnica de documentos que perdieron pertinencia o fueron reemplazados por versiones vigentes (Correo electrónico asunto: "<i>Solicitud obsolescencia</i>" de fecha 11/02/2026) Adicionalmente, en la verificación del normograma del proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación (ICI) registrado en el aplicativo ISOLucion, se evidenció la consolidación de la normatividad aplicable, su actualización y disponibilidad como información documentada requerida por el proceso para la eficiencia del SGC. En consecuencia, las evidencias verificadas permiten concluir que el proceso mantiene información documentada requerida por la norma y aquella definida por la organización como necesaria para su eficacia, así como mecanismos para su actualización y retiro por obsolescencia, por lo que se determina cumplimiento del numeral 7.5.1 Generalidades, sin perjuicio de continuar fortaleciendo la trazabilidad de los cambios documentales en el marco del control de la información documentada.	X	
7.5.3.2 Para poder controlar	En el marco de la verificación realizada al proceso 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:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

toda la información documentada, la organización debe abordar todas las actividades que realice, según corresponda: a) Acceso, distribución, recuperación y utilización. b) Almacenamiento y conservación de la legibilidad. c) Control de cambios. d) Conservación y disposición.	gestión ICI, se revisaron los aspectos relacionados con la gestión y control de la documentación institucional, particularmente en lo referente al establecimiento de la fecha de vigencia y la fecha de actualización de la caracterización con código: SDS-ICI-CAR-001, evidenciando los mecanismos aplicados para su registro y control dentro de los documentos institucionales. Asimismo, se confrontó con relación al lineamiento SDS-DFO-LN-001 en el cual se describen el flujo de revisión y aprobación. La verificación permitió identificar la forma en que se gestionan actualmente estos campos dentro de los documentos institucionales y su relación con los procesos de actualización, aprobación y publicación, con el propósito de asegurar la trazabilidad de los cambios realizados y la adecuada administración de la información institucional. Observación: Como resultado de la verificación realizada a la caracterización del proceso, se identificó la necesidad de que la Dirección de Planeación Institucional y Calidad (DPIC) revise, verifique y estandarice el flujo de aprobación relacionado con la fecha de vigencia y la fecha de actualización documental, con el fin de asegurar claridad y uniformidad en los criterios utilizados por las dependencias, así como la adecuada trazabilidad y control de la documentación institucional.	X	
8.2.2. Determinación de los requisitos para los productos y servicios. Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que: a) Los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: 1) Cualquier requisito legal y reglamentario aplicable. 2) Aquellos considerados necesarios por la organización.	Se evidenció que el lineamiento SDS-ICI-LN-014 “<i>Mapa de conocimiento</i>” presenta referencia normativa desactualizada, al no incorporar el Decreto Distrital 641 del 22 de diciembre de 2025 “<i>Por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Salud</i>”, el cual consolida y actualiza el marco regulatorio sectorial aplicable; igualmente, se verificó que, aunque el CONPES 04 de 2019 se encuentra citado en el marco normativo del documento, no está explícitamente incorporado en el alcance como requisito de cumplimiento, situación identificada como aspecto susceptible de fortalecimiento. De otra parte, durante la verificación del lineamiento en la etapa de seguimiento no se evidenciaron instrumentos definidos que permitan medir y controlar las actividades en marco a la gestión del conocimiento y		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				

	del producto asociado (mapa de conocimiento institucional), así como tampoco la inclusión de la Matriz Mapa de Conocimiento 2025 dentro de los anexos como guía formal de operación. Lo anterior refleja debilidades en la determinación integral de requisitos del servicio, particularmente en la identificación de requisitos legales vigentes y requisitos definidos por el proceso para su control y evaluación, apartándose de lo establecido en el numeral 8.2.2 de la Norma ISO 9001:2015 respecto a la definición de requisitos aplicables a los productos y servicios ofrecidos. NC: Se evidenció que el lineamiento SDS-ICI-LN-014 “<i>Mapa de conocimiento</i>” presenta desactualización normativa, al no incorporar el Decreto Distrital 641 del 22 de diciembre de 2025, así como otros aspectos que el proceso puede considerar necesarios para garantizar la actualización y coherencia del documento. Esta situación limita la adecuada identificación y actualización de los requisitos legales aplicables al producto o servicio de gestión del conocimiento, configurando incumplimiento del numeral <u>8.2.2 de la Norma ISO 9001:2015 – Determinación de los requisitos para los productos y servicios.</u>		
8.5 Producción y provisión del servicio 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio La empresa tiene que implementar la producción y la provisión del servicio siempre bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas tienen que incluir, cuando se pueda aplicar:	Realizada la verificación del procedimiento SDS-ICI-PR-013, se evidenció que el proceso dispone de condiciones controladas para la prestación del servicio asociadas a la gestión del fortalecimiento de la política de gestión del conocimiento e innovación institucional, reflejadas en la existencia de procedimiento documentado, definición de actividades e instrumentos operativos, aplicación del autodiagnóstico, formulación y seguimiento del plan de acción, así como mecanismos de coordinación que permiten ejecutar y monitorear el servicio. Es importante que se integren aspectos susceptibles de fortalecimiento relacionados con la formalización del plan de acción de Gestión del Conocimiento e Innovación en instancia del Comité de Gestión y Desempeño Institucional y la consolidación de la infraestructura tecnológica para el repositorio institucional. En consecuencia, se observa cumplimiento del numeral 8.5.1 de la Norma ISO 9001:2015, con oportunidades de mejora en la formalización de controles y soporte	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

	tecnológico del proceso.		
9. Evaluación del desempeño 9.1.1 Generalidades La organización debe determinar: a) Que necesita que se realice un seguimiento y una medición b) Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para conseguir resultados válidos. c) Cuando se tienen que realizar los seguimientos y las mediciones. d) Cuando se deben analizar y evaluar los resultados de seguimiento y medición.	El proceso determina los aspectos a monitorear mediante: - Indicadores de gestión del proceso ICI registrados en Isolución - Metas del proceso definidas en POGD y SIGPLAN - Seguimiento a actividades del plan de acción de Gestión del Conocimiento e Innovación - Medición de percepción y satisfacción de usuarios internos (informes biblioteca y percepción) Teniendo en cuenta lo anterior el proceso demuestra cumplimiento del numeral 9.1.1 al contar con indicadores definidos, métodos de medición documentados, periodicidad establecida y mecanismos formales para el análisis y evaluación de resultados, evidenciando seguimiento del desempeño coherente con el Sistema de Gestión de la Calidad.	X	
9.1.2 Satisfacción del cliente La empresa tiene que realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en el que se cumplen todas las necesidades y las expectativas. La empresa tiene que determinar los métodos para conseguir, realizar el seguimiento y revisar la información.	Se observó que durante la vigencia 2025 el proceso realiza seguimiento a la percepción de sus usuarios respecto al cumplimiento de sus necesidades y expectativas mediante la aplicación de instrumentos formales de medición. Como soportes, se verificaron el informe de satisfacción del cliente 2025, el informe de percepción del cliente interno y los reportes asociados a servicios de biblioteca y gestión del conocimiento, los cuales consolidan resultados obtenidos a partir de encuestas y mecanismos de retroalimentación implementados por el proceso. De manera complementaria, desde el componente de Gestión del Conocimiento se aplicó una encuesta de percepción sobre la herramienta Mapa de Conocimiento, orientada a identificar el nivel de interacción de los investigadores con el conocimiento institucional disponible; a partir de los resultados obtenidos se implementaron acciones de mejora y ajustes funcionales a la herramienta. En consecuencia, para la vigencia 2026 se evidenció la publicación de una nueva versión del Mapa de Conocimiento, la cual incorpora mejoras dirigidas a	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					

	facilitar su acceso y fortalecer la integración estructurada del conocimiento tácito y explícito de la entidad. En conjunto, la evidencia revisada permite concluir que el proceso dispone de métodos definidos para obtener, analizar y utilizar la información relacionada con la satisfacción del cliente, en concordancia con el requisito evaluado.		
9.3 Revisión por la Dirección	Verificada la información aportada, se evidenció que el proceso allegó documentación en el marco al Informe de Revisión por la Dirección vigencia 2025 (03 septiembre), documento que consolida resultados institucionales relacionados con el cumplimiento de objetivos de calidad, desempeño de procesos, resultados de seguimiento y medición, gestión de riesgos, acciones de mejora y demás elementos requeridos por el requisito, incluyendo información proveniente de los procesos del sistema. Asimismo, se verificó el Acta del Comité Directivo del 03 de septiembre de 2025, en la cual se evidencia la presentación y análisis del informe en instancia formal de alta dirección, con participación del nivel directivo y discusión de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad, identificándose oportunidades de mejora y orientaciones para su fortalecimiento. En consecuencia, la evidencia documental revisada permite establecer que el proceso participa en el ejercicio institucional de revisión por la dirección mediante el suministro de información relevante sobre su desempeño y la consideración de sus resultados en espacios directivos de evaluación del sistema, contribuyendo a la valoración de la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad. Por lo anterior, se determina cumplimiento del numeral 9.3 Revisión por la Dirección.	X	
10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable..... d) Revisar la eficacia de	Mediante verificación en la plataforma ISolucion efectuada el 24 de febrero de 2026, se observó que no existen no conformidades ni acciones para abordar riesgos abiertas asociadas al proceso de de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación. Por lo tanto, se concluye que se cumple con el numeral 10.2.1 de la Norma ISO 9001:2015, el cual establece los requisitos para la gestión de no conformidades y acciones tomadas, al no evidenciarse situaciones que requieran dichas acciones en el proceso auditado.	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:	

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

cualquier acción correctiva tomada.			
ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES (Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora. 6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades) la manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.);2) evaluar la eficacia de estas acciones.			
1. En la verificación al Proceso Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, se evidenció que las actividades de comunicación se realizan principalmente mediante difusión documental y prácticas operativas soportadas en canales institucionales; no obstante, no se identificó un instrumento que integre de manera explícita el tipo de información a comunicar, oportunidad, medios, destinatarios y responsables comunicacionales, lo cual limita la planeación, estandarización y trazabilidad del esquema de comunicación del proceso.			
2. Se evidencian avances relacionados con la construcción de un documento preliminar del Programa de Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas en el marco del Plan de acción de la política Gestión del Conocimiento e Innovación que corresponde a la vigencia 2025; no obstante, la actividad “<i>Establecer un Programa de Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas a nivel institucional</i>”, bajo responsabilidad de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad – CDEIS y con fecha de finalización prevista para el 15 de diciembre de 2025, no presenta a la fecha de la auditoría evidencia documental formal que demuestre su aprobación o implementación institucional. lo que refleja debilidad en la planificación y seguimiento de la acción definida y limita la consolidación de mecanismos institucionales para la sistematización, transferencia y aprovechamiento del conocimiento organizacional.			
CONCLUSIONES (Describir los aspectos positivos y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad).			
1. Se evidenció que el proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación de la SDS se encuentra alineado con las directrices y lineamientos institucionales orientados al mejoramiento continuo de los procesos, en coherencia con la implementación del Modelo de Operación por Procesos (MOP) liderado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, lo cual demuestra conformidad con el Sistema de Gestión de Calidad al integrarse a la arquitectura de procesos institucional, enfoque de estandarización; y promoción de la articulación necesaria para la gestión y control de sus actividades.			
2. Como oportunidad de mejora al no observar la fecha de diligenciamiento en la matriz partes interesadas del proceso ICI, es necesario que se registre esta información en aras de evitar limitaciones frente a la trazabilidad, verificación de actualización y el control de la información documentada.			
3. Se resalta la disposición y colaboración por parte de los integrantes del proceso durante el desarrollo de las mesas de auditoría, evidenciada en la participación, atención a los requerimientos formulados y entrega oportuna de la información solicitada, lo cual facilitó la verificación realizada y contribuyó al adecuado desarrollo del ejercicio auditoria.			
4. Se recomienda fortalecer la planeación de las fechas asociadas a las actividades del autodiagnóstico de la vigencia 2026 mediante la definición y programación clara de los hitos de cierre, con el fin de asegurar la oportunidad en la consolidación institucional de resultados y facilitar la formulación y seguimiento del plan de acción derivado del análisis del proceso			
5. Se observa que el proceso contractual para el sistema de información del mapa de conocimiento se encuentra en desarrollo; en este sentido, se requiere asegurar la gestión oportuna de las etapas precontractual, contractual y de ejecución, con el acompañamiento técnico de las áreas competentes, así como una supervisión técnica permanente del contrato, con el fin de garantizar el cumplimiento de los entregables, el cronograma y las especificaciones definidas, y prevenir riesgos que puedan afectar la adecuada implementación y sostenibilidad de la herramienta institucional.			
6. Se recomienda garantizar que la herramienta del mapa de conocimiento y sus productos asociados se integren y			

 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

- articulen con el repositorio institucional definido por la entidad, asegurando la disponibilidad, organización y consulta controlada de los activos de conocimiento registrados, con el fin de facilitar su acceso, preservar la memoria institucional y fortalecer la gestión y reutilización del conocimiento generado.
- Es importante que se adelante revisión y actualización de los documentos asociados al proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, incorporando el Decreto Distrital 641 de 2025 *“Por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Salud”*, con el fin de asegurar la coherencia normativa del proceso, mantener la vigencia del marco regulatorio aplicable y prevenir riesgos de desalineación frente a disposiciones sectoriales consolidadas.
 - Se sugiere promover mayor participación de los líderes del proceso en las actividades de planificación, ejecución y seguimiento del procedimiento, con el fin de fortalecer la articulación interna, facilitar la toma oportuna de decisiones y contribuir al cumplimiento efectivo de las actividades programadas.
 - Se recomienda que el proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación fortalezca la documentación de la gestión que desarrolla de manera completa y estructurada, con el fin de asegurar la incorporación de los entregables asociados a las salidas definidas en su caracterización dentro de la información documentada aplicable (procedimientos, instructivos, lineamientos, entre otros), garantizando la trazabilidad de las actividades ejecutadas y contribuyendo al mejoramiento continuo del proceso.
 - Se observó que el lineamiento de Transferencia del Conocimiento con código SDS-THO-LN-004, bajo responsabilidad de la Dirección de Gestión de Talento Humano, requiere fortalecimiento en su articulación operativa con el proceso de Gestión de la Información, Conocimiento e Innovación, a fin de garantizar claridad en roles, complementariedad de acciones y coherencia metodológica en la gestión del conocimiento institucional, evitando posibles duplicidades o vacíos en la implementación de estrategias asociadas a la conservación y transferencia del conocimiento en la entidad.
 - Como resultado de la verificación realizada a la caracterización del proceso, se identificó la necesidad de que la Dirección de Planeación Institucional y Calidad (DPIC) revise, verifique y estandarice el flujo de aprobación relacionado con la fecha de vigencia y la fecha de actualización documental, con el fin de asegurar claridad y uniformidad en los criterios utilizados por las dependencias, así como la adecuada trazabilidad y control de la documentación institucional.
 - En la verificación realizada se evidenció que el Plan de Acción de la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación 2025 fue construido a través de mesas técnicas y validaciones mediante correo electrónico; por lo anterior, es importante que para la presente y futuras vigencias se gestione su presentación y aprobación formal en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento SDS-ICI-PR-013 y los controles definidos en el mapa de riesgos del proceso, con el fin de garantizar la formalidad y trazabilidad de mencionado instrumento.

Revisado gestor de calidad OCI: _____
Mónica Marcela Ulloa Maz

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER:	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
OSCAR HERNANDO ROJAS SUAREZ	
NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR:	FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR:
N/A	N/A
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO:



**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

SAIRA ADELINA GUZMÁN MARMOLEJO

Firmado
digitalmente por
Saira Guzmán

- Favor no imprimir el instructivo