
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

INFORME DE AUDITORÍA

GESTIÓN DE QUEJAS Y/O INCONFORMIDADES PRESENTADAS POR LOS
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POSTERIORES A LAS VISITAS
REALIZADAS POR LAS COMISIONES DE VERIFICACIÓN DE LA SDS

OFICINA DE CONTROL INTERNO



AUDITOR (ES):

JULIÁN CAMILO CUELLAR GARCÍA
MARTHA JUDITH FONSECA SUÁREZ

REVISADO POR:

OLGA LUCIA VARGAS COBOS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
BOGOTÁ, DICIEMBRE 2021

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

Versión	Razón del cambio
7	Se incluye el numeral 12 de Plan de mejoramiento por lineamientos de la alcaldía Mayor de Bogotá

Contenido

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	3
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	3
5. MARCO LEGAL.....	4
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	4
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	5
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	11
9. NO CONFORMIDADES.....	12
10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS.....	12
11. CONCLUSIONES.....	13
12. PLAN DE MEJORAMIENTO.....	13
13. ANEXOS.....	13

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.

Verificar la gestión y los componentes de control (ambiente de control, actividades de control, gestión del riesgo, actividades de monitoreo e información y comunicación) con enfoque en las quejas y/o inconformidades presentadas por los prestadores de servicios de salud posteriores a las visitas realizadas por las comisiones de verificación de la SDS.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.

- Verificar los componentes de control en el proceso de Inspección, Vigilancia y Control con enfoque en las quejas y/o inconformidades presentadas por los prestadores de servicios de salud posteriores a las visitas realizadas por las comisiones de verificación de la SDS.
- Revisar la eficacia y suficiencia de los controles establecidos para la gestión de las quejas.
- Identificar oportunidades de mejora o hallazgos relacionados con la gestión de las quejas de los prestadores de servicios de salud.
- Verificar si los controles establecidos en el proceso son suficientes para el mantenimiento del Sistema de Control Interno o de lo contrario proponer acciones de mejora para su gestión.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.



Desde: El registro y análisis de las quejas presentadas por los prestadores de servicios de salud.

Hasta: hasta las decisiones tomadas por la dependencia en la materia.

Periodo a evaluar: enero de 2021 a octubre de 2021.

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

El análisis se llevará a cabo con base en el cumplimiento de lo dispuesto en el cuerpo normativo legal y reglamentario, así como en la documentación establecida en el sistema de Gestión de la SDS, e instrumentos para la gestión de Riesgos (Mapa de Riesgos (proceso y corrupción) del proceso, caracterización, políticas, procedimientos, guías, lineamientos e instructivos.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

5. MARCO LEGAL.

NORMATIVIDAD EXTERNA



- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1437 de 2011 Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario de la Sector de la Función Pública”.
- Ley 1755 de 2015: “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.
- Decreto Distrital 807 de 2019 “Por medio del cual se reglamentan el Sistema de Gestión en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto Legislativo 491 de 2020: Por el cual se adoptan medidas de emergencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

NORMATIVIDAD INTERNA SDS

- Decreto 507 de 2013 “Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.”
- Resolución 1139 de 2017 “Por medio de la cual se adopta la Plataforma Estratégica de la Secretaría Distrital de Salud.
- Resolución 312 de 2018 – SDS “Política de administración de riesgos”.
- Mapa de Riesgos del proceso y corrupción.
- Circular 071 de 2020 “Directriz para establecer e implementar estrategias con el fin de dar respuesta a las peticiones ciudadanas dentro de los términos de ley”.

6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

- Suscripción de actas, por cada reunión y/o mesa de trabajo que se llevó a cabo y la cual contiene de manera general los temas tratados y compromisos generados.
- Es responsabilidad de cada líder de proceso el suministro y contenido (veraz, completo) de la información base del análisis. La responsabilidad de la Oficina de Control Interno se circunscribe a producir un informe objetivo e independiente contentivo de los resultados de la auditoría ejecutada; las pruebas, procedimientos y análisis de la auditoría se practican de acuerdo con las normas legales vigentes de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

auditoría, las políticas y procedimientos formulados para el proceso de Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión/Oficina de Control Interno.

- Se realizó análisis con base en los cinco componentes de control establecidos en la estructura del Modelo Estándar de Control Interno

7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

Ambiente de Control

Con relación a este componente de control para el tema de fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, según lo comunicado por el proceso en mesa de trabajo #1, la Subdirección de IVC en conjunto con la Subdirección de Calidad y Seguridad de Servicios de Salud se encuentra capacitando al talento humano en diferentes temas relacionados con el fortalecimiento y el desarrollo de competencias técnicas de los equipos de verificadores, inducción, reinducción y retroalimentación de la dimensión de habilidades blandas o comportamentales que se espera tenga el contratista de cara al prestador que está siendo objeto de verificación.



Adicionalmente, una vez revisada la información aportada el día 26 de noviembre de 2021 por la Subdirección de Inspección, Vigilancia Y Control de Servicios de Salud relacionada con este aspecto, se evidencia listado de asistencia en formato Excel de colaboradores de la SDS en capacitaciones en temas como: entrenamiento auditoría ICONTEC, asesoría, homologación, Resolución 3100 de 2019, entre otros; pero no se evidencian socializaciones específicas sobre Política Antisoborno, Política de Conflicto de intereses y Código de Integridad dirigidas al personal de la Subdirección.

En respuesta a lo anterior, el proceso aportó los siguientes soportes relacionados con este componente:

- *Presentación Inducción – Reinducción:* Si bien en esta presentación se incluyen los temas de Política Antisoborno, Política de Conflicto de intereses y Código de Integridad, no se aportó listado de asistencia.
- *Enlace de Socialización Matriz e Informe Autoevaluación de Riesgos:* en esta capacitación realizada vía Teams, se evidencia la asistencia de 9 personas, la misma fue liderada por la referente de calidad, aunque se observa que la fecha de realización (16/11/2021) se encuentra fuera del alcance de la auditoría.

Gestión del Riesgo Institucional

La Subdirección de IVC tiene identificado en el mapa el riesgo de corrupción: *Riesgo: Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por dar concepto de conformidad con los estándares establecidos en el SUH sin el cumplimiento de los requisitos recibiendo dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros debido a la Falta de seguimiento a las visitas a los prestadores de servicios de salud realizadas por las*

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

comisiones verificadoras de habilitación. El profesional del proceso responsable realizará de manera semestral la verificación telefónica del comportamiento de la comisión durante la visita, tomando al azar mínimo diez (10) carpetas de los prestadores visitados. Para lo anterior diligenciará la planilla de control de llamadas consignando lo informado por el prestador, en caso de que este informe algún acto de corrupción, informará a la Dirección para que se analice el caso y se tomen las medidas correspondientes, como evidencia del control se deja el correo electrónico, la planilla de llamadas y el expediente analizado. Notificación a directivo responsable y a la oficina de asuntos disciplinarios o quien haga sus veces y autoridades competentes según corresponda. Al respecto la subdirección informaba en mesa de trabajo #1, que no se ha materializado el riesgo y que el control es realizado semestralmente.

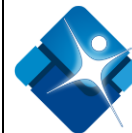
En dicho espacio la dependencia indicaba que se realizó actualización de los riesgos hace menos de dos meses en el marco de los cambios en la metodología de identificación y evaluación de riesgos implementada con el apoyo de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Así mismo señalaban que la idea es evaluar la eventual actualización de las matrices de riesgos una vez en el semestre, para que se tenga apropiación de la misma y se identifique la necesidad de posibles cambios en los riesgos.

Actividades de control

En mesa de trabajo # 1 realizada el día 24 de noviembre de 2021 en la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud, la OCI es informada que no tienen un procedimiento específico para la atención a las quejas presentadas por los prestadores de servicios de salud posteriores a las visitas recibidas por el equipo de IVC, ni una base de datos con exclusividad para el registro de las mismas. Estas ingresan a través de diferentes canales de PQRS, y son gestionadas teniendo en cuenta lo establecido por la normatividad vigente para la atención a peticiones y quejas.

Teniendo en cuenta el control establecido frente al riesgo de corrupción mencionado anteriormente, el proceso aporta la *Planilla Programación Telefónica de Visitas I SEM 2021* aplicado a 5 prestadores de servicios de salud (6 prestadores, de los cuales 1 se encuentra registrado dos veces). En dicho seguimiento a las visitas se observa:

- *Centro... Fecha de realización de la llamada 20/01/2021... fecha de concertación de visita 07/10/2020... observaciones ninguna.*
- *Certicon... fecha de realización de llamada 23/07/2021, fecha de concertación de visita 03/02/2021, observaciones: "Les informaron la suspensión del Plan de visitas, pero no leyó la programación de visita".*
- *Centro de Reconoci... fecha de realización de llamada 23/07/2021, fecha de concertación de visita 08/02/2021, observaciones ninguna.*
- *Medi... fecha de realización de llamada 23/07/2021, fecha de concertación de visita 08/02/2021, observaciones ninguna.*
- *Comercializa... fecha de realización de llamada 23/07/2021, fecha de concertación de visita 03/02/2021, observaciones: "No contestan".*





 SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL PLANILLA PROGRAMACIÓN TELEFÓNICA DE VISITAS								
Elaborado por: Equipo de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Revisado por: Isabel Cristina Artunduaga Pastrana Aprobado por: Herman Redondo Gomez								
Pág 1/1 PLANILLA PROGRAMACIÓN TELEFÓNICA DE VISITAS I SEM 2021								
No.	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FECHA DE REALIZACIÓN DE LA LLAMADA	PERSONA QUE RECIBE LA LLAMADA	PERSONA QUE REALIZA LA LLAMADA	FECHA DE CONCERTACIÓN VISITA	OBSERVACIONES
1	CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CRC SAS MEDY GALERIAS CRC SAS	Carrera 25 No. 51 - 34 Piso 1	3174714607 7034960	20/01/2021	DANIEL FERNANDO CASALLA REPRESENTANTE LEGAL	CRISTINA PEREZ	7/10/2020	NINGUNA
2	CERTIFICADORES BOGOTA SAS	CARRERA 101 # 147 21 LOCAL 3	3124166586	23/07/2021	CARLOS MARILLO ADMINISTRADOR	CRISTINA PEREZ	3/02/2021	LE INFORMACION LA SUSPENSIÓN DEL PLAN DE VISITAS, PERO NO LEYÓ LA PROGRAMACIÓN DE LA VISITA.

Volver a abrir los PDF cerrados X
Su sesión de Acrobat Reader se cerró inesperadamente. Haga clic en Restaurar para volver a abrir los PDF de la última sesión.
Restaurar

 SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL PLANILLA PROGRAMACIÓN TELEFÓNICA DE VISITAS I SEM 2021								
Elaborado por: Equipo de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Revisado por: Isabel Cristina Artunduaga Pastrana Aprobado por: Herman Redondo Gomez								
Pág 1/1 PLANILLA PROGRAMACIÓN TELEFÓNICA DE VISITAS I SEM 2021								
No.	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FECHA DE REALIZACIÓN DE LA LLAMADA	PERSONA QUE RECIBE LA LLAMADA	PERSONA QUE REALIZA LA LLAMADA	FECHA DE CONCERTACIÓN VISITA	OBSERVACIONES
1	CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LA PRIMERA KENNEDY	Calle 40 Sur # 73 C. 45	3005691326	23/07/2021	SUBGERENTE	CRISTINA PEREZ	8/02/2021	NINGUNA
2	MEDICINA VIAL	AC 68 No 23-63 PRIMER PISO Barrio: SETE DE AGOSTO	7038961 3134674172	23/07/2021	ALBA LUCA POVEDA COORDINADORA DE CALIDAD	CRISTINA PEREZ	8/02/2021	NINGUNA
3	COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS BASICOS SAS COMERBAS SAS	AV CARRERA 30 NO. 67 - 59 PISO 1	4002595 3138490387	23/07/2021		CRISTINA PEREZ	3/02/2021	NO CONTESTAN
4	CERTIFICADORES BOGOTA SAS	CARRERA 101 # 147 21 LOCAL 3	3124166586	23/07/2021	CARLOS MARILLO ADMINISTRADOR	CRISTINA PEREZ	3/02/2021	NINGUNA

Volver a abrir los PDF cerrados X
Su sesión de Acrobat Reader se cerró inesperadamente. Haga clic en Restaurar para volver a abrir los PDF de la última sesión.
Restaurar



Si bien en el control del riesgo documentado se establece su aplicación a una muestra de mínimo 10 prestadores cada seis meses, la evidencia allegada presenta un total de 5 prestadores, de los cuales 1 no atendió la llamada. Es de aclarar que de acuerdo a lo manifestado por el proceso, el número de llamadas por debajo del establecido como muestra para llevar a cabo el control, se debe a la suspensión del plan anual de visitas del Sistema Único de Habilitación - SUH.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

Adicionalmente se allegaron junto con el formato, las siguientes preguntas de satisfacción de la visita:

1. Recibió notificación de la visita de habilitación (telefónica o vía correo electrónico)
2. Se realizó la visita el día acordado.
3. Se realizó reunión de apertura y cierre.
4. Algún miembro de la comisión ofreció auditorias particulares.
5. Cómo calificaría usted en una escala de 1 a 5 siendo el 1 deficiente y 5 excelente la amabilidad y trato de los profesionales que hicieron la visita.



El formato citado, que se encuentra en el sistema Isolución con el código SDS-IVC-FT-269 V.1, no incluye las 5 preguntas referidas.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD		SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL PLANILLA PROGRAMACIÓN TELEFÓNICA DE VISITAS Código: SDS-IVC-FT-269 V.1				Elaborado por: Equipo de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud Revisado por: Isabel Cristina Artunduaga Pastrana Aprobado por: Herman Redondo Gomez					
Pág 1/1 PLANILLA PROGRAMACIÓN TELEFÓNICA DE VISITAS											
No.	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO	SERVICIOS	FECHA DE REALIZACIÓN DE LA LLAMADA	PERSONA QUE RECIBE LA LLAMADA	PERSONA QUE REALIZA LA LLAMADA	FECHA DE CONCERTACIÓN VISITA	OBSERVACIONES		

En cuanto a las respuestas registradas para 4 prestadores objeto de la encuesta:

PREGUNTAS SATISFACCION DE LA VISITA	CERTICONDUCTORES BOGOTA SAS	CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LA PRIMERA KENNEDY	MEDICINA VIAL	CERTICONDUCTORES BOGOTA SAS
1. Recibió notificación de la visita de habilitación (telefónica o vía correo electrónico)	LE INFORMARON LA SUSPENSIÓN DEL PLAN DE VISITAS, PERO NO LEYÓ LA PROGRAMACIÓN DE LA VISITA	SI CORREO ELECTRONICO	SI CORREO ELECTRONICO -LLAMADA EL DIA ANTERIOR	CREO QUE CORREO
2. Se realizó la visita el día acordado	NO	SI	SI	SI
3. Se realizó reunión de apertura y cierre	SI	SI	SI	SI
4. Algún miembro de la comisión ofreció auditorias particulares	NO	Nos ofrecieron asesoria virtual con secretaria	NO	Estuvimos en capacitación virtual con la secretaria
5. Cómo calificaría usted en una escala de 1 a 5 siendo el 1 deficiente y 5 excelente la amabilidad y trato de los profesionales que hicieron la visita.	3	5	5	5

Para uno de ellos se señala: que “le informaron del plan de visitas pero no leyó”, que no le fue realizada la visita el día acordado y con 3 calificó la amabilidad y trato de los

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

profesionales que hicieron la visita. Por su parte, los demás prestadores no presentan ninguna queja en las respuestas registradas en el formato, en algunos casos indicando que “se ofreció asesoría virtual con la Secretaría”.

Adicionalmente, se solicitó al proceso evidencias del flujo de información resultante del control aplicado, lo anterior a través de correos electrónicos u otros soportes que evidencien la comunicación por parte de los responsables de su aplicación a los directivos responsables de la toma de decisiones. Al respecto, el proceso no allegó evidencias.



Información y comunicación

Con respecto a las quejas recibidas, la Subdirección de IVC Informó en mesa de trabajo #1 que a la fecha han tenido dos quejas, una de ellas interpuesta por un usuario anónimo y otra por el Hospital [REDACTED], a las que se les dio el trámite respectivo, el cual consiste en llamar a la persona implicada, solicitarle aclaración de los términos y posteriormente dar respuesta al peticionario, agradecerle la información, aclarando que la persona ha hecho los descargos y que se tomaría como retroalimentación al funcionario para mejorar las actitudes. Al respecto, el proceso auditado indica que no tienen documentado un procedimiento específico para la atención a las quejas presentadas por los prestadores.

Frente a las evidencias allegadas, la dependencia aporta dos quejas; una presentada el día 25 de junio de 2021 por usuario anónimo, en la que refieren malos tratos por parte de un colaborador

ador en el marco de una visita de medicamentos controlados. Al respecto, se evidencia en acta de reunión del día 02 de julio de 2021, en la que tal y como fue informado en mesa de trabajo #1 del 24 de noviembre, le informan al colaborador que: *recibieron queja anónima por presunto trato inadecuado en momento de visita de seguimiento... se socializa contenido de queja.. el profesional manifiesta “presuntamente fue por situación en visita a ... en donde la persona que atiende la visita.. se molesta por el procedimiento y solicitud de documentos requeridos... se hace el requerimiento al profesional tener en cuenta tono de voz utilizado, términos usados en la intercomunicación con el prestador. Se recalca que todo momento y situación es oportunidad de mejora no solo en lo técnico sino en el personal sin dejar de lado que no solo actuamos como profesionales, sino debemos velar por la imagen institucional... Como compromisos queda redactado en el acta mejorar mecanismos de comunicación con usuarios, haciéndolo asertivo y cordial (Permanente) y en informe de mes de julio, se debe dejar registrado y soportado lo acordado. Con radicado 2021EE64554 de fecha 16 de julio de 2021, publican respuesta definitiva en cartelera, en la que se informa que la dependencia realizó las acciones de mejora pertinentes con el fin de desarrollar estrategias de comunicación asertiva entre colaboradores, servidores públicos y ciudadanos..*

Frente a la otra queja presentada, el Hospital [REDACTED] el 30 de agosto de 2021 remite a la Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento: (...) el 26 de agosto de 2021 recibimos visita de inspección, vigilancia y control realizada por... se caracterizaron por mantener una comunicación poco asertiva durante la visita, por el tono de su voz y la comunicación no verbal... Inconformidad y retroalimentar a las personas a

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---



cargo ya que estos comportamientos opacan el excelente desempeño de la dependencia a su cargo... El día 09 de septiembre de 2021 la subdirección de IVCSS realizó reunión con el objetivo de socializar dentro del equipo de visita ... la presunta inconformidad de la IPS ante la visita realizada... Se hace lectura de oficio y se solicita al equipo hacer descripción de los hechos... los hechos sucedidos generaron inconformidad por la líder del proceso de vacunación de la IPS.. de caurdo a la queja y los hechos narrados por el equipo genera recomendaciones frente a: 1. Siempre que se realice... y dejar registro en el acta. 2... en el acta las manifestaciones e inconformidades que genere el prestador.. 3 Siempre se debe generar posibilidad que el prestador en el momento de lectura del acta exprese sus comentarios y registrarlos. 4. Se le recuerda al equipo la objetividad en las visitas y la postura de calridad... hacia la mejora continua. Entre los compromisos quedó: Mejorar registros en actas dejando evidencia de hechos sucedidos en la visita que se consideran relevantes, adicionales a los hallazgos propios del objeto de la visita, responsable grupo de verificadores y permanentemente. Con radicado 2021EE119158 de fecha 24-11-2021 la Subdirección da respuesta al Director General del Hospital [REDACTED]: una vez escuchada la versión de la comisión involucrada en su queja y efectuada la correspondiente dinámica propositiva y de orden interno... agradecer las observaciones efectuadas en el marco de este incidente pues nos ha permitido desplegar acciones de mejora con nuestros colaboradores y respecto de nuestros procesos que redundan en una mejor atención a la comunidad en general y estamos seguros que también para el Hospital a su cargo, se ha convertido en una iniciativa de optimización.

Adicionalmente, la OCI solicitó información de la recepción de quejas y/o inconformidades de los prestadores, por un lado a la Oficina de Asuntos disciplinarios, quienes con radicado 2021IE33609 de fecha 29-11-2021 informan: ... *que en el periodo comprendido entre 01/01/2021 a 31/10/2021 no se evidenció ninguna denuncia por presuntos hechos de corrupción, allegadas a ese despacho en relación con la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la SDS.* Por otro lado, se solicitó dicha información a la Dirección de Servicio a la Ciudadanía, quienes remiten información de quejas presentadas a través del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas Bogotá te Escucha, en donde se evidencia una de las quejas interpuestas por usuario anónimo, que fue entregada por el proceso al equipo auditor.

En base a las evidencias aportadas por el proceso auditado para las dos quejas mencionadas, se observa cumplimiento de los términos de respuesta establecidos en el Decreto Legislativo 491 de 2020.

Monitoreo y supervisión

Con relación a los indicadores de gestión, la dependencia auditada informaba en mesa de trabajo con el equipo auditor, que se encuentran definidos en el marco del proyecto 7791, y que por lo tanto se reportan en el Segplan: *De acuerdo a la meta establecida, están todos los trámites, requerimientos para expediciones de resoluciones y licencias, visitas de inspección, vigilancia y control, así como la gestión de investigaciones administrativas; los indicadores son tiempo y oportunidad de respuesta a las PQRS.* De igual forma

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

indican que la dependencia da respuesta en los tiempos establecidos, y aunque la SDS por la pandemia estableció que se ampliaban los términos de respuesta a 30 días, la dependencia da respuesta a los 15 días hábiles, lo anterior para mejorar la oportunidad.

Frente a lo anterior, en respuesta a requerimiento de información realizado por la OCI en mesas de trabajo de fechas 24 de noviembre y 2 de diciembre del año en curso, la Subdirección remite:

- Matriz Segplan proyecto 7791 con corte a 31 de Octubre de 2021: Se encuentran los indicadores: *Número de tramites y requerimientos resueltos, número de asistencias técnicas realizadas, comisiones realizadas*, entre otros. Sin embargo, no se encuentra algún indicador específico frente al número de PQRS gestionadas.
- *Informe POGD I Semestre 2021: En las dificultades se encuentra: Suspensión de las visitas relacionadas con el Sistema Único de Habilitación - SUH desde el mes de junio debido a la emergencia sanitaria, en el marco de la directriz del Ministerio de Salud y Protección Social. Han realizados otras visitas en el marco de sus competencias. En acciones de tratamiento no se generaron por cuanto se obtuvieron los resultados esperados.*
- *Seguimiento POGD III Trimestre de 2021: De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social continúa suspendido el plan anual de verificación, por esto las actividades se han enfocado en acciones para la vacunacion Covid 19.*



Si bien se incluyen como subactividades:

- *Gestionar el total de las actividades que se generen, de acuerdo al resultado de las visitas*, la cual se refiere a las actuaciones administrativas de IVC generadas por la dependencia;
- *Elaborar Informe Consolidado de Percepción del Cliente de los Procesos*: Según se observa en la columna evidencias, este ejercicio fue definido desde la Subdirección para un trámite específico;

No se identificó una actividad específica en el POGD que indique la gestión de las PQRS presentadas por los usuarios de los servicios y/o prestadores de servicios de salud con relación a las visitas de las comisiones de verificación del SUH.

- *Informe de Autoevaluación de Riesgos (Junio de 2021): el riesgo 5 de corrupción: Dar concepto de conformidad con los estándares establecidos en el SUH sin el cumplimiento de los requisitos recibiendo dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros*, no se materializó.
- *Autoevaluación de Riesgos y Controles (26/05/2021):* Se observa que no se ha materializado el riesgo por lo tanto no fue necesario formular acciones.

Por último, frente a la pregunta realizada por la OCI en mesa de trabajo #1, acerca de las decisiones tomadas en el marco del equipo de trabajo referido por el proceso y denominado Grupo Primario, con ocasión al seguimiento realizado a la gestión de las diferentes PQRS, el proceso indica que: *no han tomado decisiones diferentes a lo que ya vienen haciendo, tienen un reporte de quejas y lo tienen amarrado al tema de preliminares para buscar la oportunidad y celeridad en el desarrollo de los procesos... Una de las decisiones tomadas al inicio del año, teniendo en cuenta que no se estaban realizando*

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

visitas de habilitación, fue que los equipos de verificadores intensificaran las visitas que tenían represadas por presuntas fallas en la prestación de servicios, las cuales eran de vigencia 2017, 2018, 2019 y 2020, con el fin de ponerse al día. Esto se ha venido ejecutando y a la fecha se logró dar término a visitas pendientes de esas vigencias.

8. ASPECTOS POSITIVOS.



Cuentan con iniciativas para adelantar acciones de capacitación al interior de la dependencia, lo que fortalece las competencias del talento humano y mejora la calidad en las visitas realizadas a los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital.

9. NO CONFORMIDADES.

No hay evidencia de no conformidades en la auditoria realizada a la gestión de quejas y/o inconformidades presentadas por los prestadores de servicios de salud posteriores a las visitas realizadas por las comisiones de verificación de la SDS.

10. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS.

- 10.1. En aras de evitar la materialización de riesgos relacionados con la calidad de la información registrada en el instrumento establecido para mitigar el riesgo de corrupción: *Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por dar concepto de conformidad con los estándares establecidos en el SUH sin el cumplimiento de los requisitos recibiendo dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros debido a la Falta de seguimiento a las visitas a los prestadores de servicios de salud realizadas por las comisiones verificadoras de habilitación*, es necesario reducir el tiempo transcurrido entre las visitas de verificación del SUH y la verificación telefónica con los Prestadores de Servicios de Salud del comportamiento de las Comisiones.
- 10.2. Con el fin de optimizar los controles dirigidos a mitigar el riesgo de corrupción analizado, se hace necesario que el proceso continúe evaluando el contenido del formato Planilla Programación Telefónica de Visitas SDS-IVC-FT-269 V.1, de tal manera que se aborden diferentes aspectos relacionados con dicho riesgo, como posible recepción de dádivas, favores, ofrecimiento de asesorías particulares, entre otros.
- 10.3. Es necesario establecer indicadores en distintas herramientas de seguimiento a la gestión e inversión como el POGD o Segplan, que permitan evaluar el comportamiento de las Comisiones de Verificación del SUH en el tiempo y que faciliten la toma de decisiones en aras de minimizar quejas y/o inconformidades presentadas por los prestadores de servicios de salud.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.7</p>	<p>Elaborado por: Monica Ulloa M. Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
--	---	---	---

11. CONCLUSIONES.


En el desarrollo de la auditoría se contó con la atención y disposición del equipo de trabajo de la Subdirección de IVC. Adicionalmente, se evidenciaron diversas iniciativas para fortalecer las competencias técnicas y comportamentales del talento humano que realiza las visitas de verificación a los prestadores de servicios de salud.

Teniendo en cuenta lo evidenciado en el desarrollo de la auditoría y con el objetivo de seguir fortaleciendo la gestión a las peticiones y quejas presentadas por los PSS y en general por las partes interesadas y/o usuarios de las salidas del proceso, es importante que se fortalezca el seguimiento a través de indicadores específicos que faciliten la toma de decisiones y el mejoramiento continuo del proceso por parte de los directivos o integrantes de la segunda línea de defensa.

12. PLAN DE MEJORAMIENTO

Como resultado de la Auditoría, se hace necesario que se elabore Plan de Mejoramiento que será liderado por la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de acuerdo con el lineamiento establecido por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, y diseñe el tratamiento adecuado a las acciones para abordar riesgos y oportunidades de mejora, incluyendo las actividades del ciclo PHVA, y de ser necesario realizar mesas de trabajo cuando dichas acciones para abordar riesgos involucren otras dependencias.

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) Y FIRMA (S) DE AUDITOR (ES).


 JULIÁN CAMILO CUELLAR GARCÍA


 MARTHA JUDITH FONSECA SUÁREZ

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.


 OLGA LUCIA VARGAS COBOS