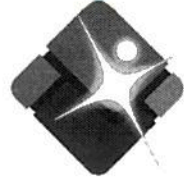




OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME DE AUDITORIA
Código: 114 EVA FT 03 V.04

Elaborado por:
Oscar Reyes
Revisado por:
Elizabeth Fajardo Velásquez
Aprobado por:
Elizabeth Fajardo Velasquez
Control Documental
Dirección Planeación-SIG



INFORME FINAL AUDITORÍA DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS DEL PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITOR:
INGRID IVONNE OCHOA TAUSA

REVISADO POR:
EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTÁ, 14 DE MARZO DE 2014.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD





OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME DE AUDITORIA
Código: 114 EVA FT 03 V.04

Elaborado por:
Oscar Reyes
Revisado por:
Elizabeth Fajardo Velásquez
Aprobado por:
Elizabeth Fajardo Velasquez
Control Documental
Dirección Planeación-SIG



TABLA DE 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	3
6. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	4
7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	5
7.1. ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	5
7.2. PORCENTAJE DE AVANCE DE LAS ACCIONES FORMULADAS Y DESARROLLADAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD	22
7.3. EVALUACIÓN CONTROL INTERNO (cumplimiento de la eficacia y eficiencia de las metas e indicadores)	23
8. ASPECTOS POSITIVOS.....	23
9. HALLAZGOS DE NO CONFORMIDAD.....	23
10. CONCLUSIONES.....	24
11. RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO.....	24
12. ANEXOS (OPCIONAL)	25



	<p style="text-align: center;"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	--	--

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA

Realizar la evaluación de gestión por dependencia del proceso Gestión del Talento Humano mediante la verificación, seguimiento y evaluación al cumplimiento de la gestión del POA 2013.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA

Revisar el cumplimiento de la eficacia y eficiencia de las metas y eficiencia y eficacia de los indicadores del proceso Gestión del Talento Humano.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Realizar la evaluación por dependencias del Proceso Gestión del Talento Humano, mediante la verificación de la gestión conforme al cumplimiento de actividades, indicadores y metas, registrados en la hoja de Excel ubicada en la carpeta U:/11.Direccion Planeacion y Sistemas/Seguimiento POA 2013 Direcciones y Oficinas/Seguimiento por Direcciones.Vigencia 2013.

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA


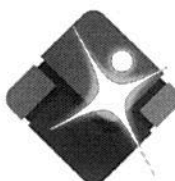
- Hoja de Calculo Excel

5. MARCO LEGAL

Ley 909 de 2004 - por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.”(...) **Art. 39.**

Acuerdo 137 de 2010, por el cual se establece el sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los servidores de Carrera Administrativa y en período de prueba. **Art. 4º. Literal f, Art 5º.**

Circular 04 de 2005, del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, relacionada con la evaluación de la gestión por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004.


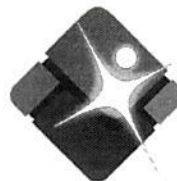
	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

- Observación y revisión de las evidencias de la gestión realizada por medio de la documentación recibida.

Así mismo, se empleó la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)

- Planear:
 - Elaboración del plan de auditoría.
 - Definición de los objetivos, el alcance y los tiempos de ejecución.
 - Solicitud de fuentes primarias y secundarias (documentación).
 - Preparar la auditoría de campo, papeles de trabajo.
 - Definición de canales de comunicación.
- Hacer:
 - Auditoría de campo
 - Recolección y verificación de la información.
- Verificar:
 - Reunión de la mesa de cierre: Se presentarán los hallazgos y recomendaciones a los auditados
 - Entrega del Informe final de auditoría a las Direcciones auditadas.
- Actuar:
 - Solicitud de planes de mejora de los hallazgos de no conformidad y aspectos a mejorar.
 - Actividades complementarias, seguimiento a planes de mejoramiento (previa programación)

	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04</p>	<p>Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Control Documental Dirección Planeación-SIG</p> 
---	--	---

7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.


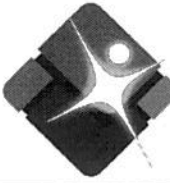
7.1. ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Teniendo en cuenta las actividades programadas y desarrolladas por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano, se realiza seguimiento de cumplimiento durante toda la vigencia, solicitando evidencias específicas de los meses Enero – Febrero, Abril, Julio, Octubre y Diciembre de 2013.

INDICADOR: Porcentaje de avance de las acciones formuladas y desarrolladas para el fortalecimiento de los entornos de trabajo saludables de los trabajadores del sector salud - Peso porcentual 40%

A. Plan Institucional de Bienestar 2013: (peso porcentual 8%)

1. Se tomó como insumo principal los resultados de la encuesta de satisfacción de las actividades de bienestar realizadas por el proceso durante la vigencia inmediatamente anterior (2012), en la cual participaron en total 123 servidores de la SDS, se aclara que adicional a los antes mencionados 78 contestaron parte de la misma, por lo anterior, no se contabilizan en el total.
2. Fue revisada la gestión documental asociada al proceso y relacionada con las actividades de bienestar, actualizando los formatos 60 Inscripción a las actividades de bienestar y el 61 Evaluación de satisfacción de las actividades de bienestar.
3. Se cuenta con los listados de inscripción a todas las actividades de bienestar desarrolladas durante la vigencia 2013.
4. Se dio inicio al proceso precontractual en la modalidad de convenio de cooperación con la Caja de Compensación Familiar, acorde con asesoría y concepto jurídico emitido por la Dirección Jurídica y de Contratación, sin embargo, posterior a haber adelantado todo el proceso, dicha Dirección determinó que debía firmarse un Contrato de Apoyo a la Gestión, el cual solo se suscribió hasta el mes de julio, dando su inició el 15 del mismo mes.
5. Se aclara que las actividades del primer semestre fueron desarrolladas con recursos del contrato en curso firmado con la Caja en la vigencia 2012.
6. Una vez inició la ejecución del contrato No.754-2013, suscrito con la Caja de Compensación Familiar Compensar, se retoman todas las actividades y el programa de bienestar, iniciando con la actividad del Día del Conductor.

	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

7. Durante el mes de octubre se realizan actividades como la Caminata Ecológica, Vacaciones Recreativas (semana de descanso) y organización de los juegos internos.
 8. En el mes de diciembre se realiza cruce de facturación con la caja de compensación ya que debido a inconvenientes administrativos de Compensar tenían facturas retrasadas por radicar en SDS.
 9. Del total de las actividades programadas para la vigencia 2013 se ejecutó un 90%, quedando pendientes solo tres (3) a saber: Una caminata Ecológica, un Taller para niños y la actividad de cierre fin de año, la cual por decisión de la alta dirección no se llevó a cabo.
 10. De cada una de las actividades desarrolladas se cuenta con los formatos diligenciados de satisfacción y sus correspondientes informes, los cuales evidencian el grado de satisfacción de la actividad.
- B. Gestión con la Caja de Compensación Familiar COMPENSAR (peso porcentual 2%).
1. Se cuenta con registro de los trámites de solicitudes ante la caja de compensación (EPS – Caja)
 2. Se establece cronograma de trabajo (visita) por parte de Compensar (EPS – Caja), estableciéndose dos (2) visitas al mes.
 3. Se lleva libro radicador de la documentación entregada a los representantes de la Caja para los trámites requeridos por los servidores de la SDS.
 4. Se realizaron reuniones con representantes de la caja frente a situaciones presentadas en la ejecución de las actividades, por ejemplo, incumplimientos en los trámites ante EPS y caja.
- C. Plan Institucional de Capacitación 2013 (peso porcentual 10%).
1. En los meses de enero – febrero la DDTH elaboró el informe del PIC 2012, haciendo la salvedad que durante dicha vigencia no se logró surtir la contratación del ente educativo que desarrollaría el Plan de Capacitación, se realizó un ejercicio de revisión de las acciones propuestas con el fin de determinar cuáles debían tener continuidad.
 2. Con dicho insumo, las encuestas de satisfacción de las capacitaciones realizadas, las evaluaciones de desempeño de los servidores de planta y el diagnóstico de riesgo psicosocial, se elaboró el documento de Plan Institucional de Capacitación 2013.
 3. Se realizó verificación de las capacitaciones tomadas por los servidores a través de la ESAP, las cuales no tuvieron costo.



OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME DE AUDITORIA
Código: 114 EVA FT 03 V.04


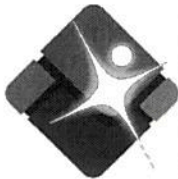
Elaborado por:
Oscar Reyes
Revisado por:
Elizabeth Fajardo Velásquez
Aprobado por:
Elizabeth Fajardo Velásquez
Control Documental
Dirección Planeación-SIG



4. Durante toda la vigencia se realiza para presentación ante la Comisión de Personal de las solicitudes de apoyo económico para capacitación solicitadas por los servidores de carrera administrativa, lo cual conlleva a realizar la verificación de la EDL, y el apoyo dado por la entidad en vigencias anteriores a cada uno de los que solicitan este trámite.
5. En el mes de abril se adoptó el PIC 2013, mediante la Resolución 0481 de 2013.
6. Se realiza durante toda la vigencia con el apoyo de la Oficina de Comunicaciones, la divulgación de las capacitaciones ofrecidas por las diferentes entidades educativas (incluidas y no incluidas en el PIC).
7. Desarrollo de la gestión requerida para que los servidores públicos participen en las diferentes capacitaciones (ESAP y ACEMI).
8. Ejecución del proceso precontractual con el fin de definir el ente educativo que desarrollará el PIC (elaboración estudio de mercado, proyecto de estudios previos, revisiones, etc.)
9. Coordinación con la Alcaldía Mayor para el desarrollo de las capacitaciones sobre Servicio de Atención Humanizada.
10. Se definió que se suscribiría un Contrato Interadministrativo con la ESAP para desarrollar el PIC 2013.
11. En el mes de octubre de 2013 se dio inicio a la ejecución del Convenio Interadministrativo con la ESAP para el desarrollo del PIC 2013, inicio 07-10-2013 hasta el 06-04-2014.
12. Debido a la fecha en la que dio inicio la ejecución del Convenio con la ESAP, el PIC 2013 tuvo una baja ejecución, se reporta que de trece (13) capacitaciones programadas solo se desarrollaron tres (3) seminarios.
13. Teniendo en cuenta lo anterior, en el mes de enero se realizó reunión con el fin de determinar una prórroga a dicho convenio hasta el 30 de junio de 2014, la cual a la fecha del seguimiento se encontraba en proceso de trámite.

D. Programa de Humanización (peso porcentual 5%):

1. Se realizó verificación de estas actividades correspondiente a los meses de enero – febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre de 2013.
2. En relación con la elaboración y publicación en la intranet de un instrumento para identificar la percepción de los servidores en relación con el Sentido de la Humanización en la SDS, se desarrolló en los meses de enero – febrero, en la cual participaron 258 personas de todos los niveles.
3. Se había planteado medir en el POA institucional por dependencias la gestión desarrollada frente al Programa de Humanización, sin embargo,

	<p style="text-align: center;">OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04</p>	<p>Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG</p> 
---	---	---

- por demoras en la aprobación del plan de trabajo por parte del nivel directivo (septiembre), no fue posible su inclusión.
4. No obstante, se realizó todo el trabajo de revisión y planteamiento de una meta general.
 5. Teniendo en cuenta los resultados de la encuesta de humanización, se programó la ejecución de capacitaciones dirigidas al equipo directivo en temas priorizados como Riesgo Psicosocial (ARL) y Liderazgo centrado en Valores (2014).
 6. Frente a la actividad de apoyar la implementación del Programa de Humanización hacia los Hospitales, se realizó retroalimentación a la señora Adriana Afanador de la Dirección de Desarrollo de Servicios, quien está contratada para este tema.
 7. Se realizó citación a los gestores con el fin de dar a conocer el cronograma de reuniones para la construcción del plan de trabajo.
 8. En el mes de abril se realizó la construcción del Plan de Trabajo del programa de Humanización.
 9. Se realizó un ejercicio de presentación del Programa de Humanización en cada una de las dependencias de la SDS y se solicitó la delegación formal de un referente por dirección y oficina.
 10. Se adelantó gestión con Secretaría de Movilidad a fin de lograr la instalación de semáforos peatonales en la carrera 32.
 11. Se continuó con la gestión de convocar reuniones, remitir correos electrónicos a los integrantes del comité de humanización y referentes de todos los procesos relacionados con la sensibilización del programa de humanización, coordinar el trabajo de elaboración del Reglamento del Comité de Gestión del Programa de Humanización, adelantar invitación a la U. Nacional para que presente propuesta de proyecto de humanización de los servicios dirigido a la SDS y ESEs adscritas.
 12. La información del mes de julio es la misma en el mes de agosto
 13. Se dio inicio a la implementación de la metodología para el reconocimiento de los servidores de la SDS (en todos los niveles) que se caracterizan por su compromiso con la Excelencia Institucional a través de un Servicio Humanizado.
 14. Se coordinó con la Alcaldía Mayor de Bogotá la aplicación de la encuesta de transparencia.
 15. Se realizaron ajustes a los estudios previos para la contratación de las acciones de Humanización, los cuales fueron enviados al Asesor del Despacho y la Dirección de Desarrollo de Servicios. No obstante, por traslado de los recursos destinados, no se ejecutó el proceso precontractual.
 16. Presentación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los servicios prestados en la Dirección de Desarrollo del Talento Humano a

	<p style="text-align: center;">OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04</p>	<p>Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Control Documental Dirección Planeación-SIG</p> 
---	--	--


los servidores de la Dependencia y socialización del Decálogo del Buen Servicio.

E. Gestión Ética Institucional (peso porcentual 5%):

1. Reactivación del trabajo con el grupo de gestores de ética de la entidad, coordinación y realización de 2 reuniones en las cuales se socializó el programa de humanización, se identificaron tareas y se elaboró el plan de trabajo para el año 2013 orientado a favorecer la gestión ética en la Entidad.
2. Se trabajó en una propuesta de instrumento para la suscripción de acuerdos éticos en la SDS (el cual fue remitido para revisión por parte del equipo de Gestores de ética, la Dirección de Planeación y Sistemas y la Directora de Desarrollo del Talento Humano).
3. Se coordinó para el 10 de Septiembre reunión con la Oficina Asesora de Comunicaciones para precisar las acciones en las cuales dicha Oficina apoyará en el desarrollo de la actividad de sensibilización en la aplicación de la carta de valores.
4. El 12 de Septiembre se llevó a cabo una reunión con la Dirección de Planeación y Sistemas para ultimar aspectos de relevancia para la prueba piloto de la construcción de Acuerdos éticos.
5. Se desarrollaron 15 talleres relacionados con la suscripción de Acuerdos Éticos
6. Se coordinó con la Dirección de Planeación y Sistemas la creación de un espacio en la intranet donde puedan socializarse temas relacionados con la Gestión ética.
7. Coordinación con la Alcaldía Mayor de Bogotá para la aplicación en la SDS de la Encuesta de transparencia y lucha contra la corrupción y posterior divulgación de la misma con apoyo de la oficina de comunicaciones.

F. Programa de Salud de Seguridad y Salud en el Trabajo (peso porcentual 10%)

1. Durante los meses de enero y febrero se efectuó la revisión del Plan 2012, acciones ejecutadas y capacidad operativa.
2. De igual manera, con base en la información obtenida a través de la encuesta sobre satisfacción de las acciones desarrolladas en la vigencia anterior publicada en la intranet, se identificaron necesidades y falencias para incluir en el plan de trabajo 2013.

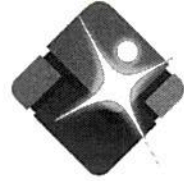
 <p>Secretaría SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04</p>	<p>Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG</p> 
--	---	---

3. Se evaluó el Plan de Trabajo con la ARL, obteniendo una calificación global media que establece que se diseñaron e implementaron acciones, pero no se mantuvieron.
4. Con base en los anteriores insumos, en el mes de marzo se realizó propuesta de Plan de trabajo enmarcada en las condiciones de trabajo y acorde con la normatividad vigente, el cual fue presentado a la Directora de Talento Humano para revisión y aprobación.
5. Aprobación del Plan de Trabajo Seguridad y Salud en el Trabajo vigencia 2013 en el mes de abril.
6. Así mismo, se estableció y aprobó plan de trabajo con ARL en el mes de mayo de 2013.
7. Durante toda la vigencia, se realizó seguimiento a los casos especiales de enfermedad laboral, de los cuales se cuenta con los soportes de trazabilidad del proceso bien sea con las EPS o la ARL.
8. Se establecieron mesas laborales periódicas con la ARL, la primera se ejecutó el 04 de marzo y la última el 14 de noviembre de 2013, éstas se efectúan cada dos o tres meses, de acuerdo al seguimiento realizado a los casos.
9. Dentro de las acciones realizadas en el marco del seguimiento a enfermedad laboral y común, se realizó toma de tensión, consulta psicológica y atención primaria, con el apoyo del personal médico del CRUE, en total se reportaron 53 casos en el 2013.
10. Se realizó seguimiento al evento de EDA notificado en diciembre de 2012 al Hospital del Sur, frente a las acciones realizadas por dicha institución, de igual manera, se efectuó seguimiento a las medidas de limpieza y desinfección desarrolladas por la empresa de aseo.
11. En cuanto al Ausentismo Laboral médico y no médico, se sigue presentando el inconveniente del no diligenciamiento de los formatos o el envío de los mismos con la información incompleta.
12. Se presentó propuesta para incluir el cargue de esta información desde el origen, en un módulo del aplicativo SICAPITAL – Salud Ocupacional, sin embargo, hasta la fecha no se ha definido su conveniencia.
13. A la fecha se está trabajando en una base de datos proporcionada por la ARL.
14. Estos reportes de ausentismo son utilizados para realizar seguimiento a los casos de enfermedad laboral y se toman medidas para ser aplicadas en la programación de acciones de P y P (medicina preventiva).
15. En cuanto al proveedor de medicina del trabajo, se firmó contrato con la Unión Temporal FFDS el cual dio inicio el 04 de febrero de 2013 por un periodo de 6 meses, finalizando el 03 de junio de dicha vigencia. Este contrato se firmó por la suma de \$55.600.000 previendo que se surtiría el proceso de incorporación de la nueva planta de personal de la SDS, no




OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME DE AUDITORIA
Código: 114 EVA FT 03 V.04

Elaborado por:
Oscar Reyes
Revisado por:
Elizabeth Fajardo Velásquez
Aprobado por:
Elizabeth Fajardo Velasquez
Control Documental
Dirección Planeación-SIG



- obstante, al no darse dicho proceso, este contrato no se ejecutó presupuestalmente en su totalidad.
16. Frente a las actividades de Promoción y Prevención, se sigue observando la poca asistencia del personal de la SDS a las actividades programadas.
 17. Durante toda la vigencia se realiza la entrega de elementos y material de consumo y botiquín a las diferentes dependencias de la SDS, de lo cual se lleva registro en formatos estandarizados y su correspondiente control de almacén.
 18. Se estableció plan de trabajo con la EPS Compensar acorde con su portafolio de servicios, a fin de obtener la ejecución de actividades que promuevan las buenas prácticas en salud y generen bienestar al empleado.
 19. De las actividades relacionadas con las Condiciones de Trabajo se destaca, el trabajo conjunto desarrollado con la ARL POSITIVA frente al tema de afiliación de los servidores vinculados por contrato de prestación de servicios, se estableció un formato de registro de la recepción de documentación para afiliación a la ARL.
 20. Se adelantó gestión con la Dirección Jurídica y de Contratación a fin de incorporar en la carta de aceptación del contrato los datos del próximo contratista de la entidad y su posterior acceso por parte de Salud Ocupacional cuando estos sean incluidos en la herramienta colgada en la intranet.
 21. Se realizaron varias jornadas de afiliación masiva de contratistas a la ARL, esto con el apoyo de POSITIVA.
 22. Se estableció registro de entrega de los carnés generados de la ARL.
 23. En relación con las Brigadas de Emergencia, durante el año 2013 se contó con la participación de 30 brigadistas activos.
 24. El plan de trabajo con los brigadistas fue estructurado y dio inicio en el mes de abril de 2013.
 25. Durante el primer semestre de 2013 se aprovechó la oferta educativa del CRUE (primer respondiente, atención de sucesos de emergencia, entre otros). Para el segundo semestre se realizaron jornadas de práctica.
 26. Con el apoyo de la ARL POSITIVA, se realizó el levantamiento de la matriz de riesgo para los edificios Administrativo, DCRUE y Hemocentro, de los cual se identificaron acciones que fueron incluidas en el plan de trabajo para dicha vigencia.
 27. El 17 de enero de 2013 se realizó la elección de los integrantes al COPASO.
 28. Como actividades de apoyo desarrolladas por el equipo de Salud Ocupacional se registra acompañamiento al centro de Zoonosis en reuniones en las que participaron servidores del Hospital Centro Oriente

	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

- que desarrollan sus labores en dicho Centro, dado que no contaban con referente de salud ocupacional.
29. Se realizó identificación de peligros y definición de riesgos en el Centro de Zoonosis.
 30. En el mes de julio se elaboró el Profesiograma con el apoyo de la ARL POSITIVA y en cumplimiento del Decreto 723/2013, el cual establece la obligatoriedad de realizar el examen médico ocupacional de pre ingreso para los contratistas.
 31. Se realizó el diagnóstico de Riesgo Ergonómico y su respectivo informe, el cual fue aplicado a toda la población de la SDS.
 32. Fue actualizada la matriz de riesgo de la SDS
 33. Se cuenta con las actas de reunión con la ARL donde se trató el tema de Riesgo Biológico y Psicosocial.
 34. Se organizó con el proveedor de salud del trabajo la realización de los exámenes médico ocupacional (medicina interna) para los servidores de planta de la SDS.
 35. Con el apoyo de la Dirección de Desarrollo de Servicios se reactivó el trabajo con la Sala Amiga de Lactancia Materna, incluyendo para esta vigencia la participación no solo de las mamitas lactantes sino también de algunos padres.
 36. Así mismo, se continuó el trabajo con la Secretaría de Integración Social, fortaleciendo el programa de sala amiga de la familia lactante empresarial, enfocado a las madres gestantes y lactantes de la SDS, a través del cual se realizan capacitaciones sobre la importancia de la leche materna en los primeros años de vida de los bebés (curso psicoprofiláctico). Igualmente, continúan brindando acompañamiento a la SDS en la implementación y mantenimiento de dicho programa.
 37. Se trabajó conjuntamente con el referente de contratación del proceso, la elaboración de los estudios previos, estudios de mercado y demás documentos requeridos para ejecutar la etapa precontractual.
 38. Trabajo conjunto con la Alcaldía Mayor de Bogotá para elaborar lineamientos distritales del Subsistema de Seguridad y Salud Ocupacional del SIG y plan de trabajo de la mesa S&ST que incluye los tiempos de entregas parciales y finales de los productos.
 39. Se actualizaron los siguientes documentos: Plan de Emergencias y Contingencias de la Entidad, Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
 40. En la vigencia anterior, producto del trabajo conjunto con la Alcaldía Mayor, se logró el aval de un procedimiento para el reporte de incidentes, el cual es utilizado a nivel Distrital.
 41. Por último se notifica que el proveedor de medicina laboral para la SDS es ahora el Hospital de Usaquén, con los cuales se programó realizar los

	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04	Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG 
---	---	---


exámenes médicos ocupacionales de los servidores de planta a partir del mes de febrero de 2014.

El cumplimiento del indicador está calculado en un 40% no obstante, teniendo en cuenta el cumplimiento parcial de la implementación del PIC 2013, el desarrollo del Plan de Humanización y algunos eventos aislados en la ejecución del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, se considera que su cumplimiento real es de 30%.

ANALISIS CUANTITATIVO DEL INDICADOR.

CUADRO NO. 1


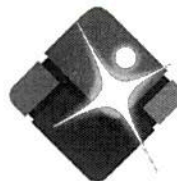
No.	Aspectos a Verificar	Herramientas de Auditoria	%	Cumple			Observaciones
				SI	NO	Parcial	
1	Definición e implementación Plan Institucional de Bienestar 2013.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	7%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
2	Coordinación y realización de actividades o respuesta a solicitudes relacionadas con la prestación de los servicios de la Caja de Compensación Familiar.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	2%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
3	Definición e implementación Plan Institucional de Capacitación 2013.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	5%			X	A pesar de haber realizado las acciones tendientes a la definición e implementación, no se logró desarrollo del PIC 2013.
4	Gestionar con el equipo de Gestores de Humanización la implementación de las acciones establecidas en el Programa de Humanización.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	2%			X	Se realizaron diversas actividades, pero no se ejecutó el plan, no se incluyó en la medición transversal, ni tampoco se desarrolló el proceso contractual (traslado de recursos).
5	Apoyar a los Gestores de ética formulación y desarrollo del Plan de acción de la gestión ética.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	5%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
6	Definición e implementación del programa institucional de salud ocupacional	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	9%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
Subtotal			30%				

	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

2. INDICADOR: Porcentaje de acciones realizadas para el fortalecimiento del clima laboral y la cultura organizacional de la SDS - Peso porcentual 30%

A. Proceso de Inducción, reinducción y jornadas informativas (peso porcentual 7.5%):

1. Este proceso dio inicio en el mes de mayo de 2013, después de realizar la verificación de la planta, establecer que servidores se habían vinculado en el primer trimestre y aquellos que por diferentes razones no asistieron a jornadas anteriores, se estableció el cronograma de ejecución de dichas actividades.
2. De igual manera, por decisión establecida en Comité Directivo, se determinó que el proceso de inducción y reinducción debía hacerse en un término de tres (3) días y de carácter obligatorio, con el fin de contar con el tiempo suficiente para abordar todos los temas identificados.
3. La primer jornada se programó para los días 15 y 16 de abril de 2013 a la cual se convocaron 10 servidores y asistieron seis (6), los cuatro que no asistieron pertenecen al nivel directivo.
4. A partir del mes de junio se dio inicio al trabajo conjunto con la Dirección de Planeación y Sistemas de la construcción de la inducción institucional en plataforma e-learning, producto del cual, en el mes de diciembre se citó un grupo de servidores para que realizaran una prueba piloto.
5. Como resultado de esa prueba piloto, se realizaron ajustes a la plataforma quedando lista para dar inicio formal con su ejecución.
6. Una vez ajustada la plataforma se citó a los cuatro (4) servidores que no asistieron a la inducción en el mes de abril y a aquellos servidores que habían ingresado durante el segundo semestre del año, estableciendo que su ingreso a la plataforma debía hacerse entre el 20 y 30 de diciembre de 2013.
7. Con corte a 30 de enero de 2014, no todos los convocados a realizar el proceso de inducción habían realizado el ejercicio, razón por la cual se requerirá su ingreso a modulo mediante oficio y copia a la hoja de vida.
8. En relación con las jornadas informativas, se realizó convocatoria para el 30 de agosto y el 03 de septiembre inicialmente, no obstante, de los 150 convocados solo asistieron 64, razón por la cual y por orden del Señor Secretario de Salud, el día 02 de septiembre se realizó una jornada masiva de carácter obligatorio para todos los contratistas vinculados a la SDS; en esa fecha asistieron un total de 521 servidores, lo que equivale al 50% de la población vinculada a través de prestación de servicios.


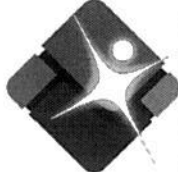
	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

B. Gestión con Comités Institucionales (peso porcentual 7.5%):

1. La Dirección de Desarrollo del Talento Humano participa como apoyo en los Comités de Convivencia y Comisión de Personal, los cuales se realizan con una periodicidad mensual y en los que se tratan temas como: Acoso Laboral, Quejas contra servidores de la Entidad, Clima Organizacional y todos los aspectos de Carrera Administrativa y apoyo económico para estudio.
2. Durante toda la vigencia se trabajó conjuntamente con la Oficina de Comunicaciones en el diseño y envió por correo SDS de tips relacionados con la convivencia laboral a fin de crear conciencia y cambio de cultura frente a la manera de resolver conflictos y demás situaciones presentadas en el ámbito laboral.

C. Acciones y/o estrategias que favorezcan la comunicación interna (peso porcentual 7.5%):


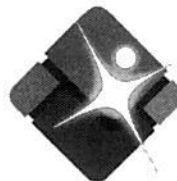
1. Durante el período enero – febrero, se gestionó con la caja de compensación familiar Compensar la puesta en funcionamiento en las instalaciones de la SDS de unas pantallas informativas con el fin de ubicarlas en lugares estratégicos, sin embargo, esta negociación no llegó a feliz término por dificultades logísticas entre compensar y el operador técnico (telefónica).
2. Se adelantó junto con la Dirección Administrativa y la Oficina de Comunicaciones la Campaña de sensibilización sobre el porte del Carné de identificación institucional.
3. Como estrategia se empezó a enviar vía correo electrónico una tarjeta de bienvenida a los servidores de planta que se vinculaban a la entidad.
4. Durante toda la vigencia 2013, se realizó seguimiento continuo a la información publicada en las carteleras de Talento Humano, a fin de brindar al público interno datos actualizados frente a las diferentes actividades e información relacionada con dicho proceso.
5. De igual manera, se mantuvo constantemente el envío de información relacionada con Salud Ocupacional.
6. Se realizaron actividades que permitían la participación de todos los servidores para que opinaran que faltaba en la Entidad para tener un trabajo digno, en el marco de la estrategia de entornos de trabajo saludables.
7. Con base en esta información se presentó informe a la Directora de Desarrollo de Servicios a fin de establecer el plan de trabajo para la vigencia 2014.

	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

D. Programa Anual de Incentivos (peso porcentual 7.5%)

1. En el mes de junio de 2013 se dio inicio a la construcción del plan Anual de Incentivos a través de la invitación a los servidores de carrera administrativa a participar en el proceso, previa revisión de los documentos de la vigencia anterior.
2. Durante el mes de julio de 2013 se generó la Resolución No.698 del 24 de junio de 2014 la cual sería modificada por la Resolución No.0849 del 26 de julio de 2013, modificando los objetivos estratégicos consignados en la primera, plazos de ejecución, categorías y ajuste a los lineamientos.
3. Una vez se cumplieron los plazos de presentación, se verificó que solo dos (2) equipos de trabajo se inscribieron, no obstante, al revisar el cumplimiento de requisitos y aspectos técnicos se presentó ante la Comisión de Personal, determinándose que ninguno de los dos equipos cumplía, razón por la cual fue declarado desierto el proceso.
4. En relación con la selección del mejor funcionario de carrera administrativa y libre nombramiento y remoción, durante los meses de septiembre y octubre se realizó la verificación de la EDL y consulta a la Oficina de Asuntos Disciplinarios para determinar su situación disciplinaria.
5. En noviembre se genera la Resolución No.1352 de 2013, mediante la cual se definen las directrices y se establece el método de desempate, sin embargo, se debió realizar una Resolución aclaratoria dado que se habían dejado por fuera dos servidores que tenían derecho a participar.
6. Posterior a esa modificación se realizó citación para el sorteo de los mejores funcionarios de carrera y libre nombramiento y remoción.
7. A través de la Resolución No.1432 de 2013 se proclaman los resultados finales.

Como resultado de la ejecución de las actividades antes descritas se concluye que del 30% de cumplimiento proyectado para la meta, el proceso cumplió con 28.5% dado que en el desarrollo del proceso de inducción, reinducción y jornadas informativas falta generar acciones que realmente sean eficaces y eficientes, por otro lado, en valdría la pena revisar si realmente la actividad de gestión con Comités Institucionales dan valor agregado al proceso como para ser medidas dentro del POA del proceso.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04	Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Control Documental Dirección Planeación-SIG 
---	---	---

ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL INDICADOR.

CUADRO No.2


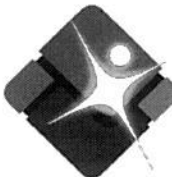
No.	Aspectos a Verificar	Herramientas de Auditoria	%	Cumple			Observaciones
				SI	NO	Parcial	
1	Definición y desarrollo del programa de incentivos 2013	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	7,5%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
2	Ajustar y desarrollar programa de inducción, reinducción y jornadas informativas.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	6,0%			X	Se reporta un avance significativo en el desarrollo del mismo, sin embargo, la ejecución y eficacia de las acciones no dan el cumplimiento total de la meta.
3	Gestión con Comités Institucionales (Convivencia y Comisión de Personal).	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	7,5%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
4	Definición e implementación de acciones y/o estrategias que favorezcan la comunicación interna de la SDS en el marco de la gestión del TH	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	7,5%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
Subtotal			28,5%				

3. Porcentaje de hojas de vida actualizadas de los servidores de planta de la SDS - Peso porcentual 15%.

A. Actualización historias laborales (peso porcentual 15%)

1. Se verifica el indicador % de Hojas de Vida actualizadas de los servidores de planta de la SDS, cuya meta para dicha vigencia eran 355 historias laborales organizadas físicamente y cargadas en el aplicativo PERNO – SICAPITAL, a lo que le dieron un peso porcentual de 15, con un cumplimiento mensual de 1.25%.
2. Se aclara que aunque los movimientos de planta varían el número de hojas de vida activas (retiros e ingresos), la meta se mantiene fija para la vigencia 2013.
3. Para el periodo Enero – Febrero 2013 se depuraron físicamente 52 hojas de vida.
4. De este número se seleccionaron al azar seis (6) historias laborales para verificar su estado y el archivo de los documentos acorde con los lineamientos impartidos por el archivo central de la SDS.

- Consuelo Peña
- Aldo Enrique Cadena Rojas

	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG	
---	---	---	---

- María Nubia Hernández
- Edilberto Sanchez Rios
- Juan Carlos Ordoñez
- Henry Alejo

5. Se logró establecer que los documentos siguen el orden determinado para su archivo y que fueron ingresados al aplicativo PERNO, pero en fechas posteriores, debido a que las dos actividades iniciaron en fechas distintas y eran realizadas por diferentes personas, esta situación generó que los reportes mensuales no tuvieran una coincidencia en cifras.
6. Por otro lado, el proceso realizó dos (2) acciones correctivas, la primera en agosto cuando reforzó el talento humano destinado para dicha actividad contratando más personal y la segunda, en el mes de noviembre generando cruce de información de los registros en físico contra el aplicativo PERNO, lo cual evidenció que durante la vigencia 2012 se habían revisado e incluido en el sistema 167 historias laborales que no se habían contabilizado, razón por la cual se incluyeron en el mes de diciembre de 2013, aumentando considerablemente el número reportado y permitiendo cumplir la meta señalada.
7. Sin embargo, frente a la información y datos reportados a la Dirección de Planeación y Sistemas (POA mensual), contra la verificación de los soportes, se establece que no coinciden para los tres primeros meses (enero – marzo).

Reportan en Enero – Febrero: 54 con cumplimiento del 15%
Reportan en Marzo: 09 con cumplimiento del 3%

	No. Hojas Sistema	No. Hojas Físicas	% total	% Avance Sistema	% Avance Físicas
Enero	52	11	9%	15%	3%
Febrero	27	20	7%	8%	6%
Marzo	2	17	3%	1%	5%

8. Aunque los datos reportados dentro del periodo abril a diciembre coinciden con los soportes, la sumatoria del reporte no podría darles 100% de cumplimiento de la meta, teniendo en cuenta que el primer trimestre presenta inconsistencia.

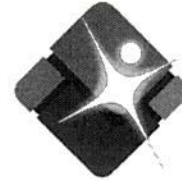
TOTAL HV Proyectadas para el 2013

355



OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME DE AUDITORIA
Código: 114 EVA FT 03 V.04


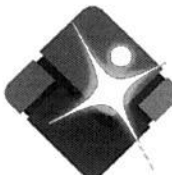
Elaborado por:
Oscar Reyes
Revisado por:
Elizabeth Fajardo Velásquez
Aprobado por:
Elizabeth Fajardo Velasquez
Control Documental
Dirección Planeación-SIG



	No. Hojas Sistema	No. Hojas Físicas	% total	% Avance Sistema	% Avance Físicas
Enero	52	11	9%	15%	3%
Febrero	27	20	7%	8%	6%
Marzo	2	17	3%	1%	5%
Abril	18	14	5%	5%	4%
Mayo	25	17	6%	7%	5%
Junio	0	11	2%	0%	3%
Julio	0	11	2%	0%	3%
Agosto	38	12	7%	11%	3%
Septiembre	48	15	9%	14%	4%
Octubre	66	15	11%	19%	4%
Noviembre	29	25	8%	8%	7%
Diciembre	50	187	33%	14%	53%
	355	355	100%	100%	100%

9. En relación con la actividad de respuesta a solicitudes de funcionarios o entes de control como Contraloría, Procuraduría, Personería, Fiscalía, y Oficina de Control Interno de la entidad, relacionadas con la entrega o préstamo supervisado de documentos que reposan en las historias laborales, se establece que se presentaron picos en meses como enero, febrero y octubre; los otros meses se reporta desarrollo de esta actividad en un porcentaje más bajo.
10. Frente a la "Elaboración de la propuesta del procedimiento para el préstamo de las hojas de vida de los servidores de planta de la SDS", fue revisado el procedimiento y la gestión documental del procedimiento de Permanencia, determinando obsoletos los instructivos identificados con los códigos 114 THO INS.003 y 012, y el formato 114 THO FTO.015.

En conclusión, se establece que del 15% proyectado por el proceso, las actividades realizadas dan cumplimiento al mismo, no obstante el reporte realizado al POA difiere en los datos del primer trimestre.

	<p align="center">OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04</p>	<p>Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG</p> 
---	--	---

ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL INDICADOR.

CUADRO No.3

No.	Aspectos a Verificar	Herramientas de Auditoria	%	Cumple			Observaciones
				SI	NO	Parcial	
1	Depuración y actualización de las Hojas de Vida de los servidores de planta previstas para 2013, lo cual incluye organización física y cargue en el sistema PERNO.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular					Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
2	Respuesta a solicitudes de funcionarios o entes de control como Contraloría, Procuraduría, Personería, Fiscalía, y Oficina de Control Interno de la entidad, relacionadas con la entrega o préstamo supervisado de documentos que reposan en las historias laborales.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	15%	X			
Subtotal			15,0%				

4. Número de acciones requeridas para la gestión efectiva de casos de servidores de la SDS relacionados con temas propios de su condición de pre pensionados - Peso porcentual 15%

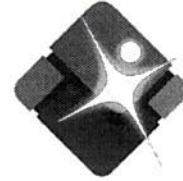
A. Asesoría y Asistencia Técnica a funcionarios y exfuncionarios (peso porcentual 15%)

1. Durante la vigencia anterior, no se llevó un plan de trabajo estructurado, dado que se inició la gestión con aquellos casos puntuales que requerían intervención, bien sea por demoras en tramites con el Instituto de Seguro Social u otros aspectos que demandaban un análisis y trámite especial.
2. Se intervinieron 194 casos de los cuales ya están 32 resueltos (pensionados), casos antiguos se tienen aún vigentes dos (2).
3. Durante el primer semestre se realizó un trabajo de planeación y verificación de la situación particular con cada servidor en calidad de pre pensionado, a fin de determinar la gestión a seguir para cada caso. Esto se hizo a través de entrevistas con los servidores.
4. Se abrieron carpetas o expedientes para cada servidor los cuales contienen toda la trazabilidad del proceso y el resumen de su historia laboral.




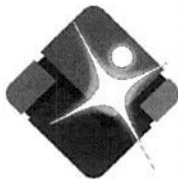
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD
CONTROL DOCUMENTAL
INFORME DE AUDITORIA
Código: 114 EVA FT 03 V.04

Elaborado por:
Oscar Reyes
Revisado por:
Elizabeth Fajardo Velásquez
Aprobado por:
Elizabeth Fajardo Velasquez
Control Documental
Dirección Planeación-SIG



5. Se tuvo dificultad al iniciar el proceso en la Entidad, en razón a que coincidió con la liquidación del ISS y su paso a COLPENSIONES, situación que retrasó y complicó en gran medida la gestión emprendida; solo hasta el mes de junio se empezó a dar respuesta a los requerimientos radicados por SDS en COLPENSIONES.
6. Una vez revisados, depurados y tramitados los casos puntuales, se estructuró el trabajo con los servidores próximos en edad o por cumplimiento de requisitos para solicitar el trámite de pensión.
7. Cabe anotar que paralelamente se realizaba el trámite de recursos (jurídicos) tales como correcciones de historias laborales, traslados, tutelas, incidentes de desacato, derechos de petición, recursos de reposición ante las instancias competentes (juzgados y Administradora de Fondos) y visitas de seguimiento a los despachos judiciales y COLPENSIONES para conocer el estado de las solicitudes.
8. Frente a la expedición de bonos pensionales, durante el primer trimestre se reportó un incremento considerable debido a que se traía un rezago del año anterior, uno de los servidores encargados del tema tomó su periodo de vacaciones y posterior salió pensionado, lo cual sobrecargó el trabajo.
9. Se reporta dificultades frente al gran número de solicitudes efectuadas por los servidores activos sin que estén adportas de realizar su trámite pensional, o solicitan generación de reportes de manera puntual (mes a mes) de los últimos 10 años de labor.
10. Se presenta un alto número de solicitudes radicadas en SDS que corresponden a los Hospitales ESE, debiéndose dar traslado a través de oficio.
11. De igual manera, las ESE remiten gran número de solicitudes sin previa verificación de correspondencia hacia la SDS, es decir, sin confirmar si realmente corresponde a esta Entidad brindar la información al peticionario inicial.

Teniendo en cuenta que en vigencias anteriores no se había incluido esta actividad en la gestión de la Entidad, se considera que ha sido eficaz y efectiva generando valor agregado al proceso, sin embargo, debe establecerse un plan de trabajo mas estructurado acompañado de una estrategia dirigida a los servidores públicos que estan en proceso de prepensión.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04	Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG	
---	---	---	---

ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL INDICADOR.


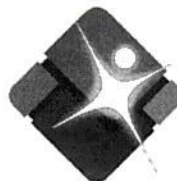
CUADRO No.4

No.	Aspectos a Verificar	Herramientas de Auditoria	%	Cumple			Observaciones
				SI	NO	Parcial	
1	Implementación de acciones necesarias para contribuir de forma efectiva a resolver los casos de servidores de la SDS relacionados con temas propios de su condición de prepensionados., lo cual incluye: * Asesoría y asistencia técnica a funcionarios y exfuncionarios. * Expedición de bonos pensionales. * Trámite de Recursos jurídicos.	Prueba de Cumplimiento Inspección Ocular	15%	X			Se logró el cumplimiento de lo establecido dentro del plan.
Subtotal			15,0%				

7.2 PROMEDIO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES.

CUADRO No.5

No.	Descripción de la Meta	Indicador	Resultado Verificación
1	Socialización e implementación de las acciones contempladas en la Guía de Entornos de Trabajo Saludables que permitan mejorar las condiciones de los trabajadores del sector salud	Porcentaje de avance de las acciones formuladas y desarrolladas para el fortalecimiento de los entornos de trabajo saludables de los trabajadores del sector salud	30%
2	Implementación y evaluación de las acciones para el fortalecimiento del clima laboral y la cultura organizacional de la SDS.	Porcentaje de acciones realizadas para el fortalecimiento del clima laboral y la cultura organizacional de la SDS	29%
3	Actualización de hojas de vida de los servidores de planta de la SDS.	Porcentaje de hojas de vida actualizadas de los servidores de planta de la SDS	15%
4	Ejecución de acciones requeridas para la gestión efectiva de casos de servidores de la SDS relacionados con temas propios de su condición de prepensionados.	Número de acciones requeridas para la gestión efectiva de casos de servidores de la SDS relacionados con temas propios de su condición de pre pensionado	15%
Subtotal			89%

	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

7.3.EVALUACIÓN CONTROL INTERNO (cumplimiento de la eficacia y eficiencia de las metas e indicadores)

Criterio Evaluado	Indicador de Medicion	Cumplidos	Total	Resultados = Cumplidos / total	Cumplimiento (Cumple o No cumple)
Eficacia Cumplimiento de metas.	– Metas de cumplidas/Total de metas a cargo X 100	4	4	89%	C
Eficacia y eficiencia- Cumplimiento en el resultado de indicadores	Indicadores cumplidos /Total de indicadores a cargo X100	4	4	100%	C

C=CUMPLIDO TO=TOTAL CUM=CUMPLIMIENTO C=CUMPLE – MAYOR DEL 85%
NC=NO CUMPLE –MENOR DEL 85%

En este cuadro se encuentran los resultados de la evaluación de control interno EFICACIA-CUMPLIMIENTO DE METAS su resultado de calificacion es del 89%,es decir que su calificacion es CUMPLE.


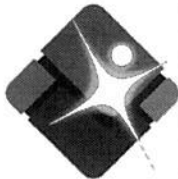
8. ASPECTOS POSITIVOS.

8.1. Se evidencia compromiso por parte del proceso en gestionar acciones que promueven la participación del total de los servidores y su mejoramiento en la calidad de vida.

9. HALLAZGOS DE NO CONFORMIDAD.

10.1. Verificados los soportes de la gestión realizada en cumplimiento del indicador: “Porcentaje de avance de las acciones formuladas y desarrolladas para el fortalecimiento de los entornos de trabajo saludables de los trabajadores del sector salud”, se establece que la ejecución del PIC 2013 fue baja, solo tres (3) capacitaciones se ejecutaron de las trece (13) programadas; sumando el tema de la fecha de legalización, entre otras situaciones que no contribuyeron a su implementación.




	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

10. CONCLUSIONES.

- 10.1. El proceso en términos generales cumple con los objetivos y metas planteados en el Plan Operativo Anual, sin embargo, es importante reforzar algunas actividades que impactan en alto grado el cumplimiento de la meta y la parte presupuestal, como es el caso del Plan Institucional de Capacitación.
- 10.2. El proceso ha planteado actividades y estrategias que buscan mejorar la calidad de vida de los servidores de la Entidad, como el Programa de Prepensionados y otras actividades enmarcadas en el Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, sin embargo, es necesario fortalecer los canales de comunicación a fin de lograr mayor participación y aprovechamiento de los recursos.
- 10.3. Si bien se mencionó que dentro del Plan de Bienestar no se habían desarrollado algunas de las actividades como la de cierre de fin de año 2013, se aclara que esto obedeció a decisiones de la administración y a otros temas puntuales que no correspondían al manejo del proceso Gestión del Talento Humano.
- 10.4. Las actividades listadas y desarrolladas dentro de la Gestión con Comités Institucionales, no generan un valor agregado al proceso, terminan siendo como la obligatoriedad de mantener al día la transferencia documental, por lo anterior, es conveniente revisar y verificar su pertinencia.
- 10.5. Se debe fortalecer la gestión realizada en el Proceso de Inducción, Reinducción y Jornadas Informativas, dado que aún se sigue presentando en alto grado la no participación de los colaboradores de la Entidad.
- 10.6. Establecer Plan de Trabajo de las acciones desarrolladas con el proceso de prepensionados.

11. RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO

- 11.1. Revisar las actividades que fueron medidas en la vigencia anterior y establecer si efectivamente generan valor agregado al proceso.
- 11.2. Definir e implementar mecanismos efectivos que permitan ejercer un desarrollo y control adecuado a las jornadas de inducción, reinducción e informativas, dado que se está generando un alto riesgo a la Entidad con su cumplimiento parcial.

	<p align="center"> OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: 114 EVA FT 03 V.04 </p>	<p> Elaborado por: Oscar Reyes Revisado por: Elizabeth Fajardo Velásquez Aprobado por: Elizabeth Fajardo Velasquez Control Documental Dirección Planeación-SIG </p> 
---	---	--

- 11.3. Fortalecer la gestión desarrollada en el marco del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, generando estrategias de divulgación y participación mas amplios.
- 11.4. Asi mismo se requiere articular el Programa de Pre pensionados con la gestión jurídica realizada, a fin de no tener acciones aisladas apuntando a la misma meta.
- 11.5. Teniendo en cuenta la dinámica que durante los últimos tres años ha llevado la entidad frente a la ejecución de actividades como la de cierre de fin de año, se sugiere que desde la programación de las mismas se revise su pertinencia y realmente se establezcan actividades que impacten de manera positiva la gestión realizada, con el animo de no dejar de ejecutar los recursos y propender por el mejoramiento de la población de la SDS.

12. ANEXOS (OPCIONAL)

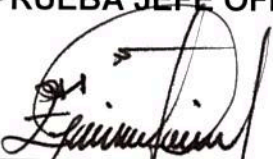
No se anexan archivos.

NOMBRE Y FIRMA DE AUDITOR

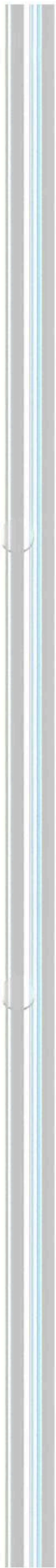


INGRID IVONNE OCHOA TAUSA

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO



EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA



Handwritten text, possibly a signature or initials, located in the lower right quadrant of the page.