	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	CÓDIGO	ES-SIG-RG-19
		VERSIÓN	6
		FECHA DE APROBACIÓN	29/08/2024
		PÁGINA	1 de 5


CÓDIGO AUDITORÍA	001-2024
------------------	----------

OBJETIVO	<p>Evaluar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión con los requisitos de las Normas NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015 y NTC-ISO 45001:2018; verificar la eficacia de las mejoras implementadas en el componente de calidad del Sistema de Gestión; asegurar la eficaz implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión Integrado; e identificar oportunidades de mejora en el sistema integrado de gestión.</p>
----------	--

ALCANCE	<p>Auditar las actividades correspondientes a los 15 Procesos que están clasificados como Estratégicos, Misionales, de Evaluación y de Apoyo, que se aplican en la Gobernación de Santander.</p> <p><b>MISIONALES.</b> Desarrollo Sostenible y Competitivo, Seguridad y Convivencia, Salud y Seguridad Social, Gestión Educativa.</p> <p><b>ESTRATÉGICOS.</b> Sistemas Integrados de Gestión, Atención al Ciudadano, Planeación Estratégica, Gestión Estratégica del Talento Humano, Dirección y Comunicaciones.</p> <p><b>EVALUACIÓN.</b> Control y Evaluación.</p> <p><b>APOYO.</b> Gestión Jurídica, Gestión Financiera, Administración Institucional, Tecnologías de la Información y Comunicación, Compras y Contratación Pública.</p>
---------	---

CRITERIOS	<p>Manual del Sistema Integrado de Gestión, Políticas y Objetivos del Sistema Integrado de Gestión, documentos establecidos en los procesos, programas HSEQ, requisitos legales y reglamentarios aplicables, así como los establecidos en las normas NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015 y NTC ISO 45001:2018.</p> <p>Decreto 1072 de 2015</p> <p>Resolución 0312 de 2019</p> <p>Procedimientos internos de las dependencias/áreas.</p> <p>Requisitos del sistema integral de gestión.</p> <p>Información actualizada y documentada</p> <p>Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG para los procesos que aplique.</p> <p>Política de Administración del Riesgo de la Entidad.</p>
-----------	--

METODOS DE AUDITORIA	<p>Los métodos de auditoría son técnicas y enfoques utilizados por los auditores para evaluar y verificar el cumplimiento de los procesos y sistemas con respecto a los criterios establecidos, como normas, políticas internas, regulaciones legales, entre otros. A continuación, se presentan algunos de los métodos de auditoría más comunes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Entrevistas:</b> Consisten en reuniones directas con el personal involucrado en los procesos auditados. Las cuales permiten al auditor recopilar información cualitativa, comprender mejor los procedimientos y verificar si el personal está consciente y cumple con las políticas y procedimientos establecidos.</li> <li>2. <b>Revisión de documentos:</b> Este método implica la evaluación de documentos, registros y reportes relacionados con los procesos auditados. Los auditores revisan procedimientos escritos, políticas, registros de calidad, informes de cumplimiento, entre otros, para asegurarse de que estén completos, actualizados y cumplan con los requisitos establecidos.</li> <li>3. <b>Observación directa:</b> El auditor observa directamente las actividades y procesos en el lugar de trabajo para verificar que se ejecuten según lo documentado. Esto permite al auditor identificar discrepancias entre la práctica real y la documentación del proceso, así como detectar posibles áreas de mejora.</li> </ol>
----------------------	---

	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	CÓDIGO	ES-SIG-RG-19
		VERSIÓN	6
		FECHA DE APROBACIÓN	29/08/2024
		PÁGINA	2 de 5

<b>RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA</b>	<p><b>Responsables de procesos auditados:</b> Asistir a las reuniones y entrevistas programadas, suministrar información requerida, revisar los hallazgos, identificar las causas de las No Conformidades y gestionar la implementación de planes de acción.</p> <p><b>Auditor líder:</b> Coordinar la ejecución de la auditoria, definir el correspondiente plan de auditoria, aplicar los criterios relacionados con las normas a auditar y presentar los resultados de la auditoria al proceso, consolidar los resultados de la auditoria para el informe final, así como solicitar la evaluación del equipo auditor al auditado, recopilar los registros de reunión de apertura, entrevista y cierre de auditoria.</p> <p><b>Auditor de apoyo:</b> Brindar apoyo en la planeación y ejecución de la auditoria, apoyar la consolidación del informe final.</p>
<b>DECLARACIÓN DE IMPARCIALIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL EQUIPO AUDITOR</b>	Los auditores líderes y de apoyo deben diligenciar y firmar el formato ES-SIG-RG-193 DECLARACIÓN DE IMPARCIALIDAD Y CONFIDENCIALIDAD AUDITORIA INTERNA SIG


<b>PROCESO</b>	Salud y Seguridad Social
----------------	--------------------------

<b>FECHA DE LA AUDITORÍA</b>	05 al 30 de septiembre de 2024	<b>FECHA DEL INFORME</b>	Martes 24 de septiembre de 2024, a las 2:00 p.m. Despacho Secretario de Salud
------------------------------	--------------------------------	--------------------------	--


<b>AUDITADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edwin Antonio Prada Ramírez, <b>Secretario de Salud.</b></li> <li>• Samuel Santamaría Hernández, <b>Director de Planeación y Mejoramiento en Salud.</b></li> <li>• Karen Tatiana Castro Bohórquez <b>Directora Administrativa y de Control Financiero</b></li> <li>• Zulema Galvis Villareal, <b>Director en Salud Integral.</b></li> <li>• Antonio José Monroy Vecino, <b>Director de Desarrollo de Servicios, Inspección Vigilancia y Control.</b></li> <li>• Alba Rocío Ordúz Amezcuita, <b>Laboratorio en Salud Pública</b></li> </ul>
------------------	---

<b>AUDITOR LÍDER</b>	Carolina Osma Meléndez
<b>AUDITORES APOYO</b>	Elizabeth Caballero Zabala

No.	FORTALEZAS
1	Compromiso y disponibilidad del secretario, directores, funcionarios y contratistas auditados en cada una de las dependencias, en la entrevista de auditoría.
2	Se evidencia el sentido de pertenencia y apoyo institucional en el cumplimiento de las metas plasmadas en el PDD
3	La entrega en el desarrollo de las funciones propias de cada dirección, en el buen funcionamiento de las mismas
4	Atención asertiva ante las observaciones realizadas en el momento de la entrevista de auditoría
5	La actualización de formatos a todo el proceso de salud, lo que permitió una depuración en el sistema, puesto que es un proceso que tenía muchos formatos obsoletos o sin uso.
6	Los procedimientos de la Dirección de Salud Integral y Administrativa y de control financiero se encuentran documentados de la forma correcta, lo que sirve de referencia para las direcciones que tienen oportunidades de mejora en este aparte.
7	El proceso de inducción que realizan en el grupo de Calidad y Control Financiero de la Red Hospitalaria en la Dirección Administrativa y de Control Financiero, ya que esto permite que las personas que ingresan al grupo tengan el conocimiento base para el buen desarrollo de los procedimientos.
8	La Dirección Administrativa y de Control Financiero se encuentra al día en la presentación de los planes de acción de las auditorias anteriores, lo que evidencia el compromiso y responsabilidad de la Dirección.

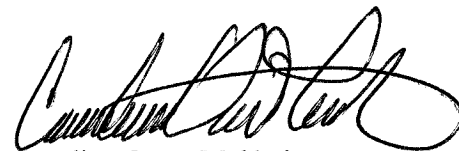
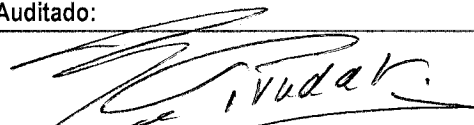

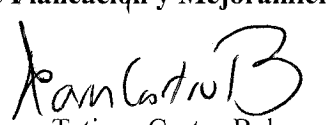
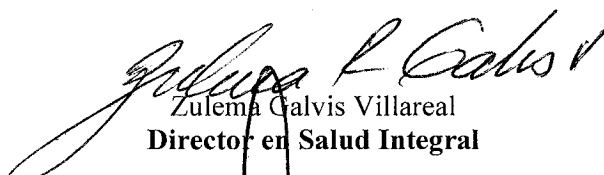
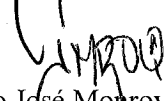
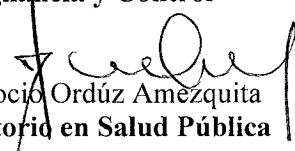
	<b>INFORME AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	CÓDIGO	ES-SIG-RG-19
		VERSIÓN	6
		FECHA DE APROBACIÓN	29/08/2024
		PÁGINA	3 de 5
9	Cuenta con la Dirección de Planeación y Mejoramiento en salud, quienes entienden la importancia de la revisión juiciosa, verificación y ajuste de los todos los procedimientos de la Secretaria		

No.	OPORTUNIDADES DE MEJORA		
<b>DESPACHO SECRETARIA DE SALUD</b>			
1	Gestionar capacitación con la dirección SIG, con el fin de recibir información respecto a la navegación por la intranet y consulta del mapa de procesos, planes de acción, indicadores, auditorías anteriores y demás que tengan que ver con el sistema de gestión de calidad.		
2	Definir procedimiento relacionado con las funciones propias que desarrolla el despacho de la secretaria de salud, teniendo en cuenta los puntos de control y los registros que se llevan en cada uno de los pasos.		
3	Realizar revisión de las Tablas de retención documental con el acompañamiento de la oficina de gestión documental, teniendo en cuenta que no se lleva archivo físico con respecto a la serie proyectos. Especificar si se va a llevar desde el despacho, para que de esta forma quede la documentación, o si se debe eliminar de las TRD.		
4	Revisar la caracterización del proceso en el hacer, se mencionan actividades que no son realizadas por el despacho y son ejecutadas por las direcciones.		
5	Establecer un enlace preferiblemente un funcionario de planta que tenga a cargo el proceso y consolide toda la información relacionada con el sistema de gestión de calidad y que sean propios de la dirección, grupo o dependencia; importante que quede en cabeza de un funcionario que dé continuidad al trabajo desarrollado.		
6	Solicitar de manera puntual la necesidad de personal de planta en cada una de las direcciones. Como líder del proceso se sugiere consolidar los requisitos, roles y perfiles que se requieren para cubrir esas necesidades.		
No.	OPORTUNIDADES DE MEJORA		
<b>DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL</b>			
7	Realizar revisión de los procedimientos que están cargados en la dirección, toda vez que se pudo evidenciar que hay posible duplicidad en los mismos con otras direcciones o dependencias		
8	Parametrizar los formatos que se mencionan en los procedimientos, en el procedimiento de cuentas médicas el formato de lista de chequeo no está parametrizado.		
9	Revisar la estructura y descripción de los procedimientos que cumplan con las especificaciones de creación de un procedimiento, en algunos procedimientos tienen el mismo documento como punto de control y registro		
10	Solicitar a la Dirección de Talento Humano, la actualización del decreto de grupos que están asociados al proceso de salud, llevando a cabo una mesa de trabajo para definir la correcta estructura jerárquica donde se incluya la importancia del grupo de cuentas médicas con su respectiva coordinación; y se identifique la funcionalidad del grupo de servicios de salud individual, por decreto esta en salud integral y realiza las funciones en los grupos de la dirección de desarrollo		
11	Establecer un enlace preferiblemente un funcionario de planta que tenga a cargo el proceso y consolide toda la información relacionada con el sistema de gestión de calidad y que sean propios de la dirección, grupo o dependencia; importante que quede en cabeza de un funcionario que dé continuidad al trabajo desarrollado.		
12	Gestionar capacitación con la dirección SIG, con el fin de recibir información respecto a la navegación por la intranet y consulta del mapa de procesos, planes de acción, indicadores, auditorías anteriores y demás que tengan que ver con el sistema de gestión de calidad. Sistema de gestión ambiental y sus programas ambientales, y con los programas de seguridad y salud en el trabajo.		
13	Revisar las Tablas de retención documental, hay documentos que ya no lleva la dirección, especificar si debe continuar o eliminar de las TRD. Dentro de cada carpeta debe contener el cuadro de control de documentos que no se está llevando.		
No.	OPORTUNIDADES DE MEJORA		
<b>DIRECCIÓN PLANEACIÓN Y MEJORAMIENTO EN SALUD</b>			
14	Responder de manera oportuna a los seguimientos de planes de acción, ya que se encuentran bajo la responsabilidad de esta dirección y actualmente en la intranet se encuentra en estado atrasada, incluyendo auditorías desde el 2021		
15	Establecer un procedimiento que describa el hacer propio de la dirección, y en el que se incluya el seguimiento que debe realizar al sistema de gestión de calidad de cada una de las direcciones del proceso.		
16	Realizar una revisión a los procedimientos cargados en las direcciones, teniendo en cuenta la estructura, especificación, puntos de control y registro.		

		<b>INFORME AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>		CÓDIGO	ES-SIG-RG-19
				VERSIÓN	6
				FECHA DE APROBACIÓN	29/08/2024
				PÁGINA	4 de 5
17	Manejar las TRD de acuerdo a como se encuentran cargadas en la intranet, se encontraron documentos que no están archivados de acuerdo a la serie y la carpeta no contiene el cuadro de control de documentos				
18	Establecer un enlace preferiblemente un funcionario de planta que tenga a cargo el proceso y consolide toda la información relacionada con el sistema de gestión de calidad y que sean propios de la dirección, grupo o dependencia; importante que quede en cabeza de un funcionario que dé continuidad al trabajo desarrollado.				
No.	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>				
<b>DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL</b>					
19	Revisar la carpeta de ETV, ya que esta creada la carpeta de manuales y en la actualidad no manejan manuales, en caso de no estar en uso solicitar su eliminación y cuando se genere la necesidad crearlo.				
20	Revisar cada una de las carpetas de procedimientos registradas en el sistema integrado de gestión dado que, algunas no tienen procedimientos registrados y se evidenció que algunos de los procedimientos están cargados en carpetas que no corresponden a la carpeta de ETV.				
21	Realizar revisión y ajuste de los procedimientos toda vez que las actividades no son descritas con claridad, los puntos de control y registros se debe establecer de acuerdo a su naturaleza y se requiere actualización de procedimientos por cambio de normatividad				
22	Tener en cuenta las solicitudes enviadas al SIG, ya que se están generando modificación de formatos a grupos que no tienen creados los procedimientos				
23	Solicitar capacitación de las tablas de retención documental TRD ya que no se está manejando la foliación, el rotulo, el cuadro de control de documentos y algunos documentos se trabajan de forma electrónica y en las TRD dice físico				
24	Establecer un enlace preferiblemente un funcionario de planta que tenga a cargo el proceso y consolide toda la información relacionada con el sistema de gestión de calidad y que sean propios de la dirección, grupo o dependencia; importante que quede en cabeza de un funcionario que dé continuidad al trabajo desarrollado				
No.	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>				
<b>DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y DE CONTROL FINANCIERO</b>					
25	Ajustar el procedimiento MI-GS-PR-95 ya que se debe especificar en el procedimiento cual es el paso a seguir en caso del incumplimiento de la entrega del informe por parte de los hospitales. A su vez especificar en el procedimiento los tiempos de cumplimiento de la entrega del informe, verbalmente se manifestó que son 45 días y en el procedimiento no está especificado.				
26	Parametrizar el formato de Excel que se maneja en el procedimiento MI-GS-PR-112 en el numeral 1.3 que se describa la verificación que se hace a los documentos.				
27	Establecer un enlace preferiblemente un funcionario de planta que tenga a cargo el proceso y consolide toda la información relacionada con el sistema de gestión de calidad y que sean propios de la dirección, grupo o dependencia; importante que quede en cabeza de un funcionario que dé continuidad al trabajo desarrollado				
28	Eliminar los procesos que corresponden a recursos físicos toda vez que estos no son ejecutados por la Secretaria de Salud sino por la Dirección de Recursos Físicos de la Secretaria Administrativa de la Gobernación de Santander				
No.	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>				
<b>LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA</b>					
29	Incluir en el mapa de riesgo, el riesgo que se está presentando ya que al momento no se cuenta con contrato de recolección de residuos generados por el laboratorio como biológicos, peligrosos y corto-punzantes y vincular a la Dirección SIG en los controles del riesgo formulado, ya que esta dirección es el líder en el cumplimiento de la Norma ISO 14001-2015 y le corresponde participar en la búsqueda de soluciones ante la contratación del gestor de recolección de residuos.				
30	Dar alcance con la oficina de Control Interno con respecto a la respuesta emitida por la Dirección SIG con respeto al gestor de recolección de residuos, toda vez que como líder del cumplimiento de la norma ISO 14001-2015 es deber de participar en la solución que permita la no materialización de los riesgos.				
31	Actualizar el procedimiento MI-GS-PR-77 donde al final de la descripción se incluya el manual que da las instrucciones para las buenas prácticas y recolección de los residuos que genera el LDSP.				

RESULTADOS DE LA AUDITORIA		
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	NO CONFORMIDADES
9	31	0

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA				
Es conforme con los requisitos de las norma internacionales y con los requisitos propios de la organización para el Sistema Integrado de Gestión	Si	X	No	
Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.	Si	X	No	
<p>Producto de la revisión documental, de las entrevistas y la observación directa, se identificaron las fortalezas y oportunidades de mejora, destacándose la disposición de los funcionarios para la ejecución del proceso de auditoría y el mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión.</p> <p>En general todas las direcciones, coordinaciones y grupos muestran un sentido de pertenencia en su rol y responsabilidad, en el marco del cumplimiento de los objetivos y metas de la Gobernación de Santander, se muestran comprometidos con los planes de acción y las observaciones realizadas en la auditoría.</p> <p>Se pudo evidenciar el compromiso y disposición de todos los funcionarios con el fin de alcanzar objetivos propuestos por esta administración tendientes a generar organización y mejora continua de la Secretaría.</p> <p>Ante el equipo auditado se manifiesta, que se envió correo electrónico al auditor líder de la Dirección SIG, con respecto al paso a seguir para la situación especial y particular de recolección de residuos que está presentando el Laboratorio Departamental de Salud Pública.</p>				

Firma del auditor líder:	Firma del Auditado:
 Carolina Osma Meléndez <b>Auditor Líder</b>	 Edwin Antonio Prada Ramírez <b>Secretario de Salud</b>
	 Samuel Santamaria Hernandez <b>Director de Planeación y Mejoramiento en Salud</b>
	 Karen Tatiana Castro Bohorquez <b>Directora Administrativa y de Control Financiero</b>
	 Zulema Galvis Villareal <b>Director en Salud Integral</b>
	 Antonio José Monroy Vecino <b>Director de Desarrollo de Servicios, Inspección Vigilancia y Control</b>
	 Alba Rocío Ordúz Amezcua <b>Laboratorio en Salud Pública</b>