



Management System Certification/ **Certificación de Sistemas de Gestión**

Audit Summary Report / **Reporte Resumido de Auditoría**

Organization/ <b>Organización:</b>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>				
Address/ <b>Dirección:</b>	-AV CALLE 26 #51 -20 -Hacienda Galindo, Km 5 Vía Madrid- Bojaca - Puente Galindo_ Vereda Corte - Archivo general del INS Chapinero, Carrera 14 · 58-A-29 Barrio Chapinero.				
Standard(s)/ <b>Norma(s):</b>	ISO 9001:2015 - NTC GP 1000:2009	Accreditation Body(s)/ <b>Acreditación(es):</b>	ONAC		
Representative/ <b>Representante:</b>	(E) LUIS ERNESTO FLOREZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN				
Site(s) audited/ <b>Sitio(s) auditados:</b>	Instalaciones principal, Hacienda Galindo, Archivo.	Date(s) of audit(s)/ <b>Fecha(s) de Auditoría(s) :</b>	1,2,3 NOVIEMBRE /2017 (6 días auditor)		
EAC Code/ <b>Código EAC:</b>	36	NACE Code/ <b>Código NACE:</b>	75.11	Technical Area code / Area Técnica	36.1
Effective No. of Personnel/ <b>Número efectivo de Empleados:</b>	570		No. of Shifts/ <b>Número de Turnos:</b>	1	
Lead auditor/ <b>Auditor Líder:</b>	Ing. Jazmin Flechaz Muñoz	Additional team member(s)/ <b>Miembro(s) adicional(es) del equipo auditor:</b>	Ing. Gilma Gonzalez (GG) Dra. Andrea Coronado (AC)		
Additional Attendees and Roles / <b>Asistentes adicionales y roles</b> <b>N.A.</b>					
This report is confidential and distribution is limited to the audit team, audit attendees client representative and the SGS office / Este reporte es confidencial y su distribución se limita al equipo auditor, al representante del cliente y a la oficina de SGS.					

1. *Audit objectives/* **Objetivos de Auditoría:**

<p><i>The objectives of this audit were/</i> Los objetivos de la auditoría fueron:</p> <p><i>To determine conformity of the management system, or parts of it with audit criteria and its:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ability to ensure applicable statutory, regulatory and contractual requirements are met,</li> <li>• effectiveness to ensure the client can reasonably expect to achieve specified objectives, and</li> <li>• <b>ability</b> to identify as applicable areas for potential improvement</li> </ul> <p>Determinar la conformidad del sistema de Gestión, o partes de esta con los criterios de auditoría y su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para asegurar el cumplimiento de los de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables</li> <li>• Eficacia para asegurar al cliente que los objetivos específicos son razonablemente logrados, y</li> <li>• <b>Capacidad</b> para identificar cuando aplique áreas de mejora potenciales.</li> </ul>
--

2. *Scope of certification/* **Alcance de la certificación:**

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ <b>CONFIDENCIAL</b>	Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	1 of 6	

<p>Coordinación, asesoría y supervisión de la Red Nacional de Laboratorios, de la red de bancos de sangre y trasfusión y de la red de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública. Generación de conocimiento científico Tecnológico en salud y biomedicina y diseño, desarrollo. Producción de biológicos, reactivos y biomodelos para diagnóstico y referencia. Analizar y divulgar la situación de salud de la población colombiana y sus determinantes.</p>			
<p>Has this scope been amended as a result of this audit?/ Ha sido modificado este alcance como resultado de esta auditoría?</p>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No/No	
<p>This is a multi-site audit and an Appendix listing all relevant sites and/or remote locations has been established (attached) and agreed with the client/ Esta es una auditoría multisitio y con el cliente se ha establecido y acordado una lista con todos los sitios y/o instalaciones remotas relevantes (anexo).</p> <p><b>Se revisó archivo que queda ubicado en Chapinero y la hacienda Galindo que queda ubicado el serpentario.</b></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No	
<p>For integrated audits, confirm the current level of the client's IMS integration / Para auditorías integradas, confirmar el nivel actual de integración del Sistema de Gestión Integrado del cliente.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Basic / Básico	<input type="checkbox"/> High / Alto

### 3. Current audit findings and conclusions/ Hallazgos y conclusiones de la actual auditoría

<p>The audit team conducted a process-based audit focusing on significant aspects/risks/objectives required by the standard(s). A sampling process was used, based on the information available at the time of the audit. The audit methods used were interviews, observation of activities and review of documentation and records. El equipo auditor condujo un proceso de auditoría basado y enfocado en aspectos/riesgos/objetivos significativos como lo requiere la(s) norma(s). El proceso de muestreo fue empleado, basado en la información disponible a lo largo del tiempo de auditoría. Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas, observación de actividades y revisión de documentación y registros.</p>			
<p>The structure of the audit was in accordance with the audit plan and audit plan included as an annexe to this summary report. La estructura de la auditoría estuvo de acuerdo con el plan de auditoría incluido como un anexo anexos a este reporte de auditoría.</p>			
<p>The audit team concludes that the organization/ El equipo auditor concluye que la organización</p>	<input checked="" type="checkbox"/> has/ ha	<input type="checkbox"/> has not / no ha	<p>established and maintained its/ Establecido y mantenido su</p>
<p>Management system in line with the requirements of the standard and demonstrated the ability of the system to systematically achieve agreed requirements for products or services within the scope and the organization's policy and objectives. Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la norma y demostrado la capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos o los servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización.</p>			
<p>Number of nonconformities identified/ Número de no conformidades identificadas:</p>	<p>0</p>	<p>Major/ Mayor</p>	<p>1</p> <p>Minor/ Menor</p>
<p>Therefore the audit team recommends that, based on the results of this audit and the system's demonstrated state of development and maturity, management system certification be/ Por lo tanto el equipo auditor, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del sistema, recomienda que la certificación del sistema de gestión sea:</p>			
<p> <input checked="" type="checkbox"/> Granted/ Otorgada           <input type="checkbox"/> Continued / Mantenida           <input type="checkbox"/> Withheld / Retenida           <input type="checkbox"/> Suspended until satisfactory corrective action is completed/ Sujeta a que la acción correctiva sea completada satisfactoriamente.         </p>			

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	2 of 6

#### 4. Previous Audit Results/ Resultados de Auditorías Anteriores

<p>The results of the last audit of this system have been reviewed, in particular to assure appropriate correction and corrective action has been implemented to address any nonconformity identified. This review has concluded that:/ Los resultados de la auditoría anterior a este sistema se han repasado en detalle, para asegurar que la apropiada corrección y acción correctiva ha sido implementada para atender la no conformidad identificada. Esta revisión concluye que:</p>	
<input type="checkbox"/> NA	<p>Any nonconformity identified during previous audits has been corrected and the corrective action continues to be effective. (Refer to section 6 for details) / Cualquier no conformidad identificada durante auditorías anteriores ha sido corregida y la acción correctiva sigue siendo efectiva: (Consulte la sección 6 para más detalles)</p>
<input type="checkbox"/> NA	<p>The management system has not adequately addressed nonconformity identified during previous audit activities and the specific issue has been re-defined in the nonconformity section of this report./ El sistema de gestión no ha tratado adecuadamente la no conformidad identificada durante las actividades de auditoría anteriores y puntos específicos han sido redefinidos en la sección de no conformidades del informe.</p>

#### 5. Audit Findings/ Hallazgos de auditoría

<p>The audit team conducted a process-based audit focusing on significant aspects/risks/objectives. The audit methods used were interviews, observation of activities and review of documentation and records./ El equipo auditor condujo la auditoría basado en procesos y enfocado en aspectos/riesgos/objetivos significativos. Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevista, observación de actividades y revisión de la documentación y de los registros.</p>		
<p>The management system documentation demonstrated conformity with the requirements of the audit standard and provided sufficient structure to support implementation and maintenance of the management system./ La documentación del sistema de gestión demostró conformidad con los requisitos de la norma de auditoría y provee la estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No
<p>The organization has demonstrated effective implementation and maintenance / improvement of its management system and is capable of achieving its policy objectives, <b>as well as and the intended results of the respective management system(s).</b>/ La organización ha demostrado la efectiva implementación y mantenimiento/ mejora de su sistema de gestión y es capaz de alcanzar sus objetivos de política, <b>así como los resultados esperados para el respectivo sistema de gestión.</b></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No
<p>The organization has demonstrated the establishment and tracking of appropriate key performance objectives and targets and monitored progress towards their achievement./ La organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento apropiado de los objetivos y metas, así como el monitoreo del progreso de los mismos dirigido a lograrlos.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No
<p>The internal audit program has been fully implemented and demonstrates effectiveness as a tool for maintaining and improving the management system./ El programa de auditorías internas se lleva a cabo y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el sistema de gestión.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No
<p>The management review process demonstrated capability to ensure the continuing suitability, adequacy, effectiveness of the management system./ El proceso de la revisión por la gerencia demostró su capacidad para asegurar la continua conveniencia, adecuación y efectividad del sistema de gestión</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No
<p>Throughout the audit process, the management system demonstrated overall conformance with the requirements of the audit standard./ A través del proceso de auditoría, el sistema de gestión demostró conformidad general con los requisitos de la norma de auditoría</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No
<p>Certification claims are accurate and in accordance with SGS guidance and the organization is effectively controlling the use of certification documents and marks./ Las demandas de la certificación son exactas y de acuerdo con las guías de SGS y la organización controla eficazmente el uso de los documentos de certificación y marcas.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL	Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	3 of 6	

## 6. Significant Audit Trails Followed/ Líneas de investigación significativas durante la auditoría

*The specific processes, activities and functions reviewed are detailed in the Audit Planning Matrix and the Audit Plan. In performing the audit, various audit trails and linkages were developed, including the following primary audit trails, followed throughout / Los procesos, las actividades y las funciones específicas revisadas se detallan en la matriz de planeación de auditoría y el plan de auditoría. En el desarrollo de la auditoría se siguieron varias líneas de investigación e interacciones, incluyendo las siguientes líneas de investigación primaria de auditoría:*

Relating to Previous Audit Results/ **En relación con los resultados de la auditoría anterior:**

Fase 1: 1. Identificar la versión de la guía para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de Función pública versión 3, año 2014, se evidencia que fue incluido el 30 de octubre de 2017, controlada desde el listado maestro de documentos externos.

2. El seguimiento de las partes interesadas el seguimiento se realizará en la revisión por la dirección.

3. Así mismo de acuerdo a la decisión que establezca la entidad para adoptar el decreto 1499 de 2017 se realizará la revisión del manual al uso del termino aplicabilidad.

Relating to this Audit including any significant changes (eg: to key personnel, client activities, management system, level of integration, etc.):/ **En relación con esta auditoría/ incluyendo cualquier cambio significativo( ej: personal clave, actividades de los clientes, sistema de gestión, nivel de integración, etc):**

### **PRODUCCIÓN**

#### **Hacienda Galindo**

**Auditados:** Francisco Ruiz – profesional especializado, Coordinador serpentario, Carlos Castro – Auxiliar, José Peña – Auxiliar (ausente), Mónica Sarmiento – Médica veterinaria.

La Hacienda dispone de serpientes de especies de varias regiones del país que son donadas por universidades y corporaciones, pues en la actualidad no se tiene un permiso por parte del Ministerio de Ambiente para la colecta.

Se cuenta con un Instructivo de captura y transporte de serpientes (INT-R04-6031-003, v3, 2016/12/15) el cual es socializada a los donadores de serpientes.

También se albergan mulares (caballos, mulas, asnos) que son usados para inocular el veneno de a serpiente y finalmente obtener plasma inmune para producir el anti-veneno, en el laboratorio del INS.

Se hizo un recorrido por las instalaciones del serpentario, evidenciando: condiciones medioambientales controladas de temperatura y humedad, mediante el uso de un termómetro calibrado (por ejm. cód HG-084 y HG-110 con sello de calibración del laboratorio Alpha), áreas identificadas, separadas, ordenadas, limpias, control de aire en el área, recipientes y herramientas para su mantenimiento, alimentación, la extracción del veneno, entre otras actividades. También se dispone de otros equipos de seguimiento y medición como balanzas calibradas, tanque de nitrógeno,

Fueron evidenciados los siguientes registros: Control ingreso a laboratorios del INS, ficha de identificación de animales, registro de magnitud, registro de inspección e inventario diario, limpieza de equipos, control de tanques de nitrógeno, registro de alimentación, lotes de veneno congelado, limpieza y desinfección de áreas y superficies de los laboratorios, registro de limpieza y desinfección de cajas y bebederos del serpentario, registros de resultados de pruebas de laboratorio con el proveedor LMV. Se revisó las Historia clínica de la serpiente Micsur00014 y de la mula 49.

Además esta Hacienda, produce Hemoderivados de origen animal, usados para la fabricación de agares.

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	4 of 6

- **Fabricación de Suero antiofídico**

**Auditados:** Néstor Mondragón – Director de producción, Nidia Marcela Orjuela – Coordinadora del grupo de aseguramiento de calidad, Carlina Castillo – Coordinadora producción y desarrollo tecnológico y Ricardo Vanegas – Coordinador de animales de laboratorio.

Las actividades de este proceso de producción, en el INS, se divide en:

- Planta de producción Anti-veneno: Se trazó la fabricación del Lote 16 SPA-02, que inicia con la solicitud en un Memorando 2321 de feb de 2016 ss aprox 9000 viales (10 ml). Registros evidenciados: Orden de producción: 22/2/2016, Protocolos de operación, Informe de resultados de cada etapa, Lista chequeo batch record fraccionamiento, Orden de formulación, Formulación de un lote de antiveneno, Registro de liberación de área esterilización, pesaje; Envase y grafado de un lote en la planta de suero hiperimmune, control de volumen de envases, Rotulo de envase

Inspección por parte de aseguramiento de calidad (14 personas: microbiólogos y QF, asistentes de lab, ing de biomédicos): Prueba de hermeticidad, Inspección visual de un lote de antiveneno al 100%, Viales rechazados durante la inspección, Informe de resultados del semiterminado, Resultados de análisis de timerosal con Química Ltda. Orden de acondicionamiento y empaque: tercerizada con Favser Laboratorio Ltda. (etiquetas y cajas). Protocolo de operación de acondicionamiento. Producción controlada por un miembro de aseguramiento en las instalaciones del proveedor. Producto con registro sanitario. Acta de destrucción de material de acondicionamiento. Certificado de análisis de producto terminado. Muestreo de 25 viales, que son aprobados por Invima para comercializarlo: emite certificado de liberación. Liberación de producto al mercado: firmado por la DT ante Invima.

Mejora: En proceso de implementación Resol 821 de 2017 para BPM para fabricantes de Antivenenos.

Almacenamiento: en almacén de INS, refrigeración. Control de temperatura

En cuanto a la Comercialización, se revisó para el cliente Distribuidora nacional DISNAL, ss 32 cajas, cotización y documento de recaudo de contado. Precios por resolución,

Seguimiento al cliente: encuestas. Informe de resultados de percepción de productos y servicios de 2017, aplicada en sept y oct. 63 clientes encuestan, con resultados de satisfacción. Medición Semestral.

- Fabricación de medios de cultivo y soluciones:

Se planea la producción a necesidad de las áreas internas, más las necesidades del Invima.

Orden de producción de producto terminado: solución amortiguadora de fosfatos lote 170-01 de marzo de 2017

Orden de producción para Agar saboureaud, lote 068B-10 de marzo de 2017. Certificado de calidad, Informe de resultados de 217/03/08.

- Biomodelos, abarca Bioterio: (*roedores: ratones y cobayos*) y *la prestación de salas de experimentación*

Se mantienen Roedores libres de patógenos, programación de llegada, certificados de origen – Charles River.

Se controla condiciones: Seguimiento a encierros primarios, Control microbiológico, limpieza y desinfección de área y superficies de los laboratorios, control de temperatura y humedad: Informe de variables macro-ambientales de las zonas de alojamiento de animales, con datalogger calibrados. Reporte de novedades. Informe de resultados muestras de agua. Pesaje de hembras. Operación en estas instalaciones desde diciembre de 2016.

Se revisó solicitud del cliente: Invima 12/09/2017. Suministro de bienes y servicios con animales de laboratorio, incluye una encuesta al cliente, con resultados de satisfacción.

Ningún producto no conforme se ha presentado.

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	5 of 6

Cuando se presta servicio: Hoja de trabajo con animales: 2017-09-25, Invima. identificación de animales en ABSL-2. Limpieza del área.

El proceso tiene riesgos identificados: 1 corrupción y 4 de gestión. Caracterización del riesgo 2017/01/17, controlados trimestralmente por Control interno. Se revisó el riesgo R04 – producción genero un Plan de mejoramiento R04-03-2017A

Indicadores: Porcentaje ponderado de producción, trimestral, resultado satisfactorio – 51.5%. mide eficacia

Se revisó información de indicadores de 2016 disponibles en página web, resultados disponibles de los 4 trimestres del año, acumulado del ultimo muestra 106. En rendición de cuentas se presentan resultados.

- **Equipos de laboratorio**

Auditados: Edwin Melo - Coordinador, Angela Acero, Tatiana Diaz, Diana collazos, Angie Rodríguez y Angela Cortes.

Equipos agrupados por familia y corresponden a 4000 equipos aproximadamente.

Alcance: calibración, mantenimiento preventivo o correctivas

Se dispone de un Cronograma de operaciones de confirmación metrológica 2017: Bioterio y laboratorios de producción, investigación y redes (una coordinadora para cada área). Fueron revisados los registros disponibles para:

- Camara de extracción, 10 equipos redes, producción 1, investigación 3
- Patrón: termocuplas: investigación 0, producción 2 calibraciones con Metrolabor. Redes 8
- Refrigerador de sueros: adquisición de diciembre, equipo 32159. Con reporte de calificación 06/0217.
- Sistema de ventilación bioterio, por tiempo no fueron chequeados
- Cromatógrafo de gases
- Balanza electrónica – bioterio

Plan de aseguramiento metrológico:

Contrato de calibración con terceros. 431 de 2016, plazo de ejecución 2018. Se evidenció Certificación de pago e Informe de octubre de 2017.

La cámara de extracción 10796 y 16046 reportaron fallas y se evidenciaron cotizaciones con proveedores para el suministro de filtros Hepa, en proceso de compra.

Gestión de conocimiento: correo electrónico del área indicando que debe planearse

Se controla el ingreso del informe del laboratorio, mediante control reportado en el registro Verificación de operaciones de confirmación metrológica y/o puesta en marcha: 2017/10/06.

Técnica, Contrato 447 de 2106. Certificado del ensayo N° 422102017.

Indicador trimestral de cumplimiento del plan de aseguramiento: meta 90%, resultados trimestrales de 80, 95 y 95%. 2016 - con resultados de cumplimiento.

Metrología: ing, técnicos, tecnólogos: Goanny Ortiz, profesional contratista.

Se indagó sobre los resultados de la última auditoria interna: Lista de chequeo de auditoria interna: julio 2017, reporta 5 oportunidades de mejora. Soporte de actividades, gestión sobre las oportunidades. Trimestralmente reporte a control interno.

### Planeación Institucional

**Carolina Monroy/ Asesor - Luis Ayala / Profesional especializado - Diana Martinez/ Profesional especializado- Milena Veloza Duque/ Profesional especializado- Oscar David Camacho/ Profesional universitario – Wilson Castro / Profesional universitario.**

**Documentos revisados:** Caracterización versión 04 - Procedimiento POA versión 08,

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	6 of 6

Procedimiento del plan anual de adquisición versión 7 de 10 de mayo de 2017, procedimiento gestión indicadores institucionales versión 6 de 2017-10-27.

**Evidencias revisadas:** Capacitación el 6 de diciembre de 2016, se revisa correo para el 1 de diciembre de 2017 de Director Técnico Jorge Martín Rodríguez mediante el cual designan a Edwin Melo, se revisa plan de mejoramiento. En el aplicativo sistema integrado de gestión se evidencian los POA realizan el seguimiento a través de informes trimestrales, se revisa el informe semestral de 2017 con el avance a 2017. Se revisó informe de 2016 “avance plan operativo último corte IV”, 3,17 no cumplieron la meta investigación, análisis del riesgo y Secretaria General, sin embargo se espera que para la vigencia de 2017 se cumpla.

Con relación al procedimiento plan anual de adquisición se revisa: la publicación del plan anual de adquisiciones inicial.

Se revisa el procedimiento gestión indicadores institucionales se establece el avance y cambio de indicador del proceso de recursos físicos relacionado al cambio de indicador de mantenimiento, realiza informe de seguimiento indicadores se revisa el informe de junio de 2017 de los 54 indicadores, 34 de apoyo, 2 control y 21 misionales, se pudo identificar en general el cumplimiento de indicadores el único indicador no cumplido fue en el proceso ambiental, indicador relacionado a vertimientos.

Planes de mejoramiento: Se revisa el número DO1-03-2016 hallazgo relacionado a que en las vigencias futuras 2015 durante el 2014 se dejaron de comprometer \$536 millones de vigencias futuras frente a lo aprobado, así mismo para el 2015 \$589 millones. El INS no aprobó como mínimo el 15% de los recursos en el presupuesto de la vigencia en la que se aprobaron incumple ley 819 de 2003 art 10, se identifica la causa raíz: falta de un procedimiento que unifique los criterios de solicitud de tramites presupuestales, plan de acción realizar resolución mediante la cual se fijen tiempos por todo el procedimiento relacionado a vigencias futuras, se encuentra pendiente de la revisión de eficacia por la OCI se pudo evidenciar la circular de 4 de mayo de 2017.

Riesgo: Decisiones ajustadas a intereses de propios o terceros al distribuir el presupuesto de inversión.

-Incumplimiento de compromisos al realizar el seguimiento y asesoría a las actividades programadas planes, programas, proyectos, convenios para la adecuada y oportuna toma de decisiones y se establece en “bajo” la evaluación de riesgo en enero de 2017.

### Comunicaciones institucional

**Contactos:** Carolina Villada Mejía/Profesional de comunicaciones.

**Documentos revisados:** Proceso de comunicación institucional versión 4, 2017-07.14, Gestión de las comunicaciones internas versión 4, 2017-09-22.

**Evidencias revisadas:** 24 de agosto se establece la actualización de inventario de bisusuarios.

Reporte de Prensa 8 de junio de 2017, carta de invitación, INS informativo se pudo evidenciar foro investigación en salud y seguridad vial.

Indicadores: Eficacia del plan de actividades de comunicación, trimestral.

-Efectividad de las estrategias de comunicación externa para posicionamiento

-Efectividad de las actividades y piezas de comunicación interna se evalúa el 100% se establece el cumplimiento general boletín “lo último” con 20 encuestadas.

Planes de mejoramiento: D03-004-2016 se revisa tipo plan de mejora: durante el desarrollo de auditoría se reflejan debilidad desconocimiento referente de zika, sobre aspectos que pueden

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	7 of 6

afectar el mantenimiento del SIG se revisa análisis de causas: la ausencia de articulación se establece las actividades tales como la capacitación y campaña de SIG.

Riesgos: Uso indebido de información privilegiada.

**Atención al ciudadano**  
**Miguel Angel Jiménez G**

**Documentos revisados:** Caracterización versión 7 de 2017-05.03

**Evidencias revisadas:** Se establece el sistema PQRS de 1 de septiembre de 2017, 7240 reclamo relacionado a que no ha llegado paquete del programa de evaluación externo del desempeño de química clínica hematología ciclo 2016-2017 de laboratorio ESE de SACHICA, el cual fue cancelado 26 de agosto de 2016, recibido el 2 de enero de 2017, se envió respuesta el 13 de enero de 2017 coherente por la Dirección de Redes lo hace enviar.

- Se revisa No.7279 petición de información de 10 de enero de 2017 solicitud de información relacionado a guía atención integral de paciente con dengue, si tiene carácter obligatorio la notificación de casos con dengue grave, que consecuencias tienen no reportar enfermedad, contesta la Dirección de vigilancia el 14 de febrero de 2017, se pudo observar la respuesta que es coherente con la solicitud de cliente.

-PQR 43 de nuevo aplicativo, ingreso el 11/09/2017, repuesta de Redes y Vigilancia, el 19 de septiembre se evidencia la respuesta relacionada, dentro del término.

Indicadores: Efectividad: Clientes satisfechos o usuarios con los bienes y servicios prestados por el INS: Anual, se encuentra en informe de fecha 15 de septiembre de 2017 de 12 de octubre de 2017 a 63 encuestados la población ciudadano clientes bioterio, suero antiofídico y medio de cultivo registrado en la Dirección de Producción en general se evidencia cumplido.

-Eficiencia: Oportunidad en el direccionamiento de las peticiones, quejas reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias a las diferentes dependencias INS, se revisa para los 3 trimestres e cumplimiento al 100 se pudo observar el analisis de datos, se radicaron 524 al siguiente dia hábil de radicación.

Planes de mejoramiento:

-Se establece plan de mejora derivada a indicador con formula que no mide oportunidad de definida en el objetivo de indicador.

-Se evidencia inoperabilidad en el canal de atención telefonica ya que al realizar llamada el 28 de junio a las 3:25 pm no fue atendida, se evidencia causas y actividades entre ellas seguimiento semanal el cual se pudo constatar.

Riesgo: Incumplimiento legal al informar al grupo de control interno disciplinario los términos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. Se evidencian los controles A08-003-2017.

**Gestión Jurídica**  
**Luis Ernesto Florez S. / Anderson Lopez / Diego Noruega.**

**Documentos revisados:** Caracterización versión 5 de 2017-05-03, procedimiento brindar asesoria dentro del marco normativo versión 2 de 2015-11-30, procedimiento elaboración y liquidación de convenios versión 4 de 13 de mayo de 2014.

**Documentos evidenciados:** Convenio interadministrativo cooperación No.05, en el cual establecen el objeto de estadística de vigilancia de eventos en salud pública con ejecución a 30 de diciembre de 2017.

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	8 of 6

- Solicitud de juzgado de 17 de enero de 2017, radicado 16A, Entidad Juzgado Tercero Ejecución Civil Municipal de Medellín, se evidencia respuesta del 19 de enero de 2017, se evidencia respuesta técnica coherente a la solicitud.

Indicadores gestión: Número de respuesta emitidas a las acciones de tutela por OAJ dentro de las 8 horas hábiles siguientes a la radicación, frecuencia: semestral.

-Controversias contractuales resueltas en sede administrativa, resultado al 100,

-Conceptos jurídicos, en 20 días hábiles se evidencia el cumplimiento al mismo.

Planes de mejoramiento: Incluir dentro del sistema de gestión formatos registro de actividades se establece la formalidad de dependencia judicial, registro de trámite de tutela.

Riesgo: Incumplimiento legal durante la actuación jurídica, del cual se evidencia los controles.

### Gestión Documental.

**Diana Rojas**

**Documentos revisados:** Caracterización del proceso de versión 5 de 2017-09-22, procedimiento transferencias documentales versión 3, 2014-dic-05.

**Documentos evidenciados:** FUID establece el inventario.

Planes de mejoramiento: Ante AGN se presentaron observaciones por revisión: se establece el 5 de septiembre la actualización de TRD, se encuentra en estado de respuesta por AGN, otro hallazgo fue organizar los archivos de gestión con base a TRD, otro de los hallazgos es el diligenciamiento del FUID el cual se ha realizado se mantienen los planes de mejora en ejecución.

**Riesgos:** Incumplimiento legal de las políticas de archivo y los procedimientos para la selección, conversión y administración de archivo físico y digital, se corrobora la evaluación en bajo.

### ARCHIVO Archivo general del INS Chapinero, Carrera 14 · 58-A-29 Barrio Chapinero.

Se revisa transferencia de Grupo de Genética y Crónicas el 28 de junio de 2017, se corrobora caja que contiene 3 carpetas de 2012, unidad reproductora 5040 serie documental 091.

Se corrobora en base de datos las siguientes muestras con ubicación:

-Existe inventario caja 1453, módulo 9, estante 5 entrepaños, acta de consejo directivo 2011.

-Gd001525 correspondencia Dirección genética.

Se revisa el seguimiento que realizan termohigrometro se pudo identificar el registro "registro de magnitud V 3 de 2017-04-01 del mes de octubre de 2017, LEI 007 así mismo se constata LEI 009 de 18 al 19 grados y humedad entre 44 a 35 --

### Gestión de calidad.

**Oscar David Camacho/ Profesional universitario**

**Carolina Monroy/ Asesor**

**Diana Martínez/ Profesional especializado-**

**Documentos revisados:** Procedimiento control de documentos y registros versión 17, Procedimiento de acciones correctivas y preventivas. procedimiento control de salida no conformes versión 7, 2017-10-10. Procedimiento revisión por la dirección versión 7.

### Evidencias revisadas:

Actualización de documentos: Se corrobora la solicitud de SIG (FOR.D02.0000-004) de la modificación de procedimientos POE D03-0000-001 gestión de comunicaciones, se evidencia la elaboración por Carolina Villalva, Carolina Monroy, Martha Ospina, también se revisa para la modificación del manual SIG la solicitud (FOR.D02.0000-004) Firmado por Oscar David Camacho.

-Se corrobora los documentos originales. Se pudo evidenciar en el listado maestro de

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	9 of 6

documento FOR-D02-0000-01 el manual de SIG y el procedimiento de Gestión de las comunicaciones internas version 4, 2017-09-22.

Se revisa procedimiento control de salida no conformes versión 7, 2017-10-10, se establece la identificación de producto no conforme FOR-R04.6021-008 investigación de resultado fuera de especificaciones, (FOR- D02 0000-020) etiqueta de producto no conforme, (FOR-D02 -000-019) consolidado de salida no conforme, se envía a calidad trimestralmente el producto no conforme trimestralmente en la actividad 3.

Asi mismo establece en el numeral 3.4 del procedimiento evaluar y definir si la salida no conforme amerita plan de mejoramiento para lo cual se debe tener en cuenta el impacto y la reincidencia.

Se corrobora para el primer trimestre 20 de abril de 2017 para el proceso de redes en salud publica, se corrobora para investigacion para el segundo trimestre de 2017. Para producción segundo trimestre hasta el 20 de septiembre de 2017.

Revisión por la dirección: ACTA 002 -2017, realizada el 22 de marzo de 2017 se establece seguimiento a compromisos tal es el caso de mantener capacitándolos diferentes procesos en metodologías de planeación y realización de monitoreo ejecutado por las capacitaciones en diciembre en indicadores, planes de acción, tramites presupuestales.

-Se realizó capacitación ISO 9001:2015 a 30 personas, cada proceso establece los compromisos y como lo ejecutó.

-Con relación a la auditoria interna, desempeño de procesos, seguimiento aaccines, retroalimentación a partes interesadas, clientes grupos o participantes el 31 de marzo revisión, quejas reclamos y apelaciones: la calificación se encuentra entre excelente y bueno.

-Desempeño de proveedores externos: jurídico 227 entre ellos 198 y procesos jurídicos 2, en ejecución 27.

-Producto no conforme detectan en mayor cantidad en el proceso de producción

Indicadores: se estable el cambio de indicadores gestión documental (correspondencia entregada oportunamente).

Establece como compromisos: ajustar las metas del indicador (contratos liquidados, acorde a la capacidad de respuesta.

-Realizar comparativo de tendencia

-Para el proceso de investigación: replantear el método de seguimiento a investigadores

**Observatorio Nacional de salud  
Carlos Andres Castañeda O.**

**Documentos revisados:** Caracterización y Procedimiento POE – R05.7010-001 versión 2

**Evidencias revisadas:** El producto importante del proceso es Informe técnico ONS /OCTAVA EDICION/ 2016-2 CLASE SOCIAL Y SALUD, asi mismo este año se publicará: IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN LA SALUD para publicarlo el 20 de noviembre de 2017.

-Se revisa el soporte de actividades diciembre de 2016, se estableció base de datos con el observatorio de derechos humanos de Presidencia y Centro Nacional de Memoria Histórica para construir el índice de intensidad de conflicto.

-Se corrobora el back up mensual de los meses de julio y octubre de 2017.

Riesgos: -Inexactitud durante la captura y análisis información relacionalada con la salud pública de la población colombiana, se evidencia los controles y la evaluación.

-Incumplimiento de compromisos durante la divulgación de los resultados y tendencias de imapcto alcanzados y en los espacios... se pudo identificar estandarización de la metodología de

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	10 of 6

divulgación, metodología estandarizada para la conformación de redes del conocimiento.

Producto no conforme: no se ha reportado, sin embargo existe el lineamiento de cuales son los productos no conformes se establece en la caracterización, tales como: cuando se supere un numero de cinco modificaciones editoriales.

Indicadores: Cumplimiento de estrategia de divulgacion del conocimiento del observatorio Nacional de Salud, cumpliendo cronograma de comunicaciones.

Cronograma de actividades: video, preaprobación, publicación y difusión en redes sociales, Capsulas informativas, podcast y animación. Se pudo evidenciar el cumplimiento.

**Investigación en salud pública**  
**Jorge Martin Rodriguez H**

**Documentos revisados:** Se revisa caracterización de fecha 2017-05-03 de versión 06. Decreto 2774 de 28 de diciembre de 2012 funciones. Procedimiento gestión de proyectos de investigación PPOR .ROE. 0000.001. –

**Evidencias revisadas:** Existen las siguientes líneas de investigación en total son 8, algunas son:  
 - Biología celular y molecular de los agentes causantes de enfermedades causantes de enfermedades transmisibles y de sus vectores  
 -Biología celular y molecular de enfermedades crónicas.  
 -Resistencia a antibioticos,medicamentos y plagicidas  
 -Riesgo e impacto de contaminantes ambientales en salud.

Las publicaciones dirección investigación:  
 Grupo : Bioquímica y biología celular (11)  
 Grupo : Entomología (21)  
 Grupo : Fisiología molecular (25)  
 Grupo : Grupo de Salud Ocupacional y del Ambiente (1)  
 Grupo : Micobacterias (15)  
 Grupo : Microbiología (53)  
 Grupo : Morfología celular (26)  
 Grupo : Nutrición (22)  
 Grupo : Parasitología (66)  
 Grupo : Salud Ocupacional y del Ambiente (16)  
 Grupo : Subdirección de Innovación en Salud Pública (5)

-Existe aplicación biomedica mediate el cual publican la investigaciones.

-Se revisa el procedimiento de gestión de proyectos de investigación, se corrobora factores determinantes asociados a síndrome metabólico en población escolarizada de algunos municipios del departamento de Cundinamarca. Grupo Nutrición, convocatoria 777 de 2017 de COLCIENCIAS.

Se revisa ficha proyecto de investigación el 2 de junio.  
 Eficiencia artículos científicos publicados para el pimer trimestre fueron 25,

-Artículo “ caracterización de la estructura molecular molecular de la proteínas E del virus ZIKA Y

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	11 of 6

E1 del virus rubeola y posibles implicaciones en el neurotropismo y en las alteraciones del sistema nervioso”.

Indicadores: eficacia en el desarrollo de productos de nuevo conocimiento, se evidencia el cumplimiento.

Riesgo: Incumplimiento a compromiso ante entidades financiadoras de proyectos y actividades de investigación e innovación, establece controles tales como seguimiento a través de POAS, gestión para la consecución de recursos adicionales, actuará lo lineamiento emitidos por contractual.

-Proyecto publicado “estudio neuroanatómico de las dinámicas de infección celular en medula espinal y corteza cerebral en ratones inoculados con el virus de la rabia este proyecto inicio en el 2014 y fue publicado en el 2017, se programa presentar en VI simposio colombiano de virología 2015.

-Se revisa el plan de mejoramientos y reporte de salida no conformes, R03-03-2017 mediante el cual se encuentran en una revisión general del proceso el cual se encuentra abierta a diciembre de 2017, Para actualización de documentos.

**Control institucional**

**Cielo del Socorro Castilla P/ Jefe Oficina Control Interno**

Se revisa el programa anual auditoría interna de 14 de junio de 2017, existe equipo auditor se revisa para el proceso de producción la auditor líder: Angelica Marcela Neira, la auditoría se ejecutó el 29 de junio de 2017.

- Recurso físicos \_ Auditor Líder Norma Celis
- Investigación\_ Lina Tovar

Se pudo evidenciar la selección de auditores internos mediante la cual evalúa competencias ISO 9001:2015 para los dos auditores revisados.

Se revisa la auditoría de los siguientes procesos:

Producción:

Se revisa plan de auditoría 29 de junio de 2017 y se revisa registro de asistencia.

Se pudo identificar no conformidades: el proceso no asegura que la información documentada en SIG se encuentre adecuada al desarrollo de sus actividades diarias, evidenciándose durante la revisión de la entrega de los animales de laboratorio al cliente externo con uso del formato “solicitud del pedido” perteneciente a la división de animales del laboratorio (dependencia inexistente) con fecha del 2017-05-18 para la Universidad Tolima formato que no se encuentra administrado en el SIG, incumpliendo el requisito 7.5.2 creación y actualización información documentada literal c).

Se revisa el informe general de auditoría:.

Investigación

Se revisa el plan de auditoría. De 30 de junio de 2017. En la lista de chequeo se pudo constatar hallazgo relacionado a control de producto no conforme y documental. Se revisó el informe de auditoría.

Redes en salud

Se revisa el Informe general de auditoría FOR-M1- 0000-005, realizada 2 de agosto de 2017 – y término del 4 de agosto 2017, realizado María del Pilar Nieto Cespedes, para el proceso de redes en salud pública.

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	12 of 6

Se revisa el informe de seguimiento trimestral,. Mediante el cual informan por ejemplo los planes evaluados: en total fueron 70 acciones de las cuales 49 son correctivas y realizaron a 65 planes de mejoramiento con cierre efectivo.

Indicadores: Cumplimiento anual de auditoria:

Evaluación oficiaria de control publica dado por la funcion publica = 84.5 subieron 11 puntos.

Seguimiento a riesgos: junio de 2017 se establece evidencia de los controles de producción tienen 3 riesgos en zona alta.

## Gestion Humana

**Gilma Rosa Buitrago/ Coordinadora de grupo de gestion y talento humano.**

### Selección

**Documentos revisados:** Caracterización versión 7, septiembre 8 de 2017. Procedimiento de vinculación personal versión 00 de 31 de marzo de 2014, procedimiento evaluación del desempeño / acuerdos de gestión versión 00 25 de enero de 2017.

**Evidencias revisadas:** Se realiza a través de concurso de méritos.

Se revisó la selección de los siguientes cargos los cuales se encontraron conformes a lo requerido -Jorge Luis Diaz Moreno / Dirección de Vigilancia / Profesional especializado grado 15, Ingreso el 8 de mayo de 2017, requiere título médico especialista en epidemiología, experiencia 16 meses, conocimientos de salud pública, comunicación del riesgo y sistemas de información, se pudo observar soportes de certificados que dan cumplimiento a los conocimientos requeridos. Se evidencia del 8 de mayo de 2017 la resolución de nombramiento, acta de posesión del 8 de mayo de 2017. Se establece el control documental en verificación de requisitos para nombramiento y posesión.

Se revisa la resolución 614 de 19 de mayo de 2017 por medio de la cual se modifica parcialmente el manual de funciones y competencias laborales, y se corroboró los requerimientos de educación, experiencia y conocimientos básicos y competencias comportamentales de los cargos revisados.

-Milton Mauricio Camargo Duran / Dirección de Redes /Profesional Universitario 20447, Ingresó el 3 de agosto de 2017. Se revisa registro análisis hoja de vida requiere educación título Química. Se pudo corroborar el cumplimiento al perfil.

### Evaluación de desempeño

Se revisa el procedimiento evaluación del desempeño / acuerdos de gestión versión 00 25 de enero de 2017, se evidencia el correo concertación de compromisos adoptando Acuerdo 565 de 2016, relacionado al tipo de evaluación, se pudo evidenciar los correos de la divulgación metodológica de la evaluación, se revisa el formato 6 reporte de calificación periodo anual u ordinario de:

-Maria Leonor Caldas Profesional Especializado de la Dirección de Investigación, de 1 de febrero de 2017 a 31 de enero de 2018. Evaluación de competencia de Aprendizaje continuo, experticia profesional, compromiso con la organización y trabajo en equipo y colaboración, con un resultado del 44,75 durante el primer semestre.

-Carlos Castro Sandoval, / Provisional, evaluado del 1 de marzo a 30 de agosto, se revisa compromisos laborales y competencias tales como orientación a resultados, adaptación al cambio, relaciones interpersonales y colaboración, con un resultado del 44,75 durante el primer semestre.

### Recursos

Se evidencia solicitud de recursos faltantes 24 de octubre de 2017, al Dr. Fernando Jimenez

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	13 of 6

Rodriguez Director General de Presupuesto Público Nacional, solicitud de giro de recurso del incremento salarial según decreto 999 de 1 de junio de 2017. Adicional solicitandpo faltante de recursos para cubrir nomina de los meses de noviembre y diciembre.

### Capacitación

Cada direccion tiene autonomia para enviar a capacitación el personal derivado a los convenios y proyectos de inversión que maneja cada dirección, se pudo revisar para la Dirección de Producción las siguientes capacitaciones:

- Nidia Marcela Orjuela Sanchez quien participó en el XIV Encuentro internacional de famacoviligancia y IV Encuentro Nacional de famacoviligancia

De la Direccion de vigilancia:

- Magda Rodriguez / Contratación directa realizada el 17 de octubre de 2017.
- Luis Hernando Nieto Enciso/ X Congreso internacional de salud publica. Salud paz y equidad social.

De la Secretaria General:

- Amanda Rivera Murcia / Diplomado control social para la construcción de paz de 1 de agosto y 1 de octubre.

De la Dirección Redes en Salud Publica

- Nohora Gonzalez Beltran / Seminario 13528:2015 métodos estadísticos para su uso en ensayos de aptitud por comparaciones entre laboratorios.

Riesgos: incumplimiento de compromisos en la coordinación, elaboración y seguimiento de los programas de capacitación, bienestar y seguridad y salud en el trabajo, resolución de las diferentes situaciones administrativas de los funcionarios, evaluación del clima organizacional y situación de carácter disciplinario en contribucion al lote de los objetivos. Se encuentra la evaluación extremo y en moderado evaluado despues de controles.

### **Tecnologias de información y comunicaciones**

**Elsa Marlen Baracaldo H.**

**Documentos revisados:** Caracterización versión 6, 3 de mayo de 2017, POE-D04.0000-01 Administración de sistemas de información.

**Evidencias revisadas:** Se revisa seguimiento de informe de supervisión de los meses de julio y abril de 2017, con objeto: Enlace de conectividad terrestre- enlace dedicado a internet - servicio oro – 128 Mbps . Enlace de conectividad terrestre – enlace dedicado entre puntos-servicios de oro – 10 Mbps fecha de inicio 1/12 /16 a 31/11/2017 establecido en el formato de modificacion de ordenes de compra. Con el proveedor LEVEL 3.

- Contratacion\_ sistemas de información la plataforma es microsoft para asegurar licenciamiento, antivirus.
- Back up son actividades internas de la entidad.
- Supervision: contrato soporte de mantenimiento de planta telefónica, microsoft horas de soporte consumidas por demanda, colombia compra de conectividad, firmas digitales.
- Se revisa para conectividad con vigencia futura de 2016.
- POE-D04.0000-01 Administración de sistemas de información se revisa los formatos para solicitud de informacióón, se revisa de red DATA INS (SOFTWARE para manejar el trasplante de organos y tejidos) se evidencia el concepto el 3 marzo de 2015 inician el desarrollo, inician el proyecto con la lista de verificación, las plataformas para mantener la trazabilidad KUNAGI y TFS, se evidencia cronograma a 2017, se evidencia formato historias de usuario para el desarrollo ID-LISTAS DE ESPERA – TRASPLANTES se revisa soporte de actas, se encuentra en pruebas por parte IPS asignados por la

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	14 of 6

Dirección de Redes.

Riesgos: Incumplimiento de compromisos al dar respuesta a las necesidades y/o requerimientos de hardware de la entidad. Se establece control.

-Incumplimiento legal al definir acciones que no garantizan la aplicación de los estándares, buenas prácticas... del cual establecen el plan de mejoramiento DO4-01-2017.

Planes de mejoramiento DO4-01-2017: integrar la política y los componentes de seguridad de la información y hacer seguimiento de cumplimiento

### Gestión Financiera

Juan Carlos Bocanegra

**Procedimiento revisados:** Caracterización versión 5, Proceso Presupuestal 2017 06-09, Procedimiento pago de nomina versión 01

**Evidencias revisadas:** Se revisa la recepción de solicitud, se revisa el soporte del mes de octubre de 2017 a través del aplicativo SISDOC, se establece ante el SIIF la cancelación de contrato de prestación de servicios.

Se revisa la solicitud de CDP 12977 de 20 de enero de 2017 por valor total de 26.451.629.000 firmado y se revisa para el mes de octubre la nomina con soportes, memorando, correo enviados a responsables de nomina con los soportes con cada una de las descripciones.

- Se corrobora orden de pago presupuestal nro de obligación 258317 mediante el cual se cruza y se corrobora con COLPENSIONES al CDP.

Indicadores: Obligaciones tramitadas oportunamente en central de cuentas: se evidencia el análisis de datos de las 370 obligaciones radicadas con un cumplimiento del 100%. El segundo trimestre 637, y en tercer trimestre 880 dando cumplimiento al indicadores.

- PAC gestionado se evidencia que en el mes de marzo se encontró sobre el 88%, quedaron por ejecutar 17% en razón a que se solicitó aplazamiento de gasto de inversión, para los siguientes meses se evidencia el cumplimiento al indicador.

Planes de mejoramiento: Se encuentran desactualizadas las TRD, se encuentra en ejecución A09-07 -2016, existe el análisis de causa derivado a que los mecanismos de concientización no ha sido efectivo, así mismo establecen actividades de actualización de procedimiento tales como generación de pago de 28 de marzo de 2017 versión 3, procedimiento de elaboración de informes de 9 de junio de 2017.

Riesgos: Tráfico de influencias durante el desarrollo de la cadena presupuestal (corrupción), se evidencia los controles.

-Incumplimiento de los compromisos en la coordinación, organización y programación de las actividades necesarias para realizar los pagos de nómina de manera oportuna y efectiva, (contratistas), establece plan de mejoramiento A09-005-2016-A realizar la revisión y seguimiento del estado de las órdenes de pago mediante reporte que se genera SIIF, se realiza revisión y seguimiento de orden de pago de enero a septiembre de 2017.

### COMUNICACIONES – TOMA DE CONCIENCIA

Se revisa a través de correo INS comunicaciones el 19 de octubre se evidencia los elementos nuevos con la relación de la norma ISO 9001:2015 y donde se ubican en el sistema tales como contexto de la dirección.

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	15 of 6

-Se revisa correo electrónicos de la actualización de documentos, en diferentes meses.  
 - 22 de agosto de 2017 correo electrónico mediante el cual se recuerda el envío de producto no conforme.

**Redes en salud pública.**

**Bancos de sangre.**

**María Isabel Bermúdez/Profesional especializado/ Coordinadora.**

Los Usuarios son los Bancos de sangre, Servicios de transfusión, Coordinaciones Departamentales, INVIMA y MINSALUD. En el país son 81 Bancos de sangre.

**Documentos revisados:**

- Caracterización V.06. CAR-R01.0000-001.
- Procedimiento Hemovigilancia – sistema de información. POE-R01.5120-005. V.2.

**Evidencias revisadas:**

- Página WEB. Red Nacional de Bancos de Sangre. Ingresar SIHEVI. Sistema de Información en Hemovigilancia. Se está haciendo la transición de la información al nuevo Sistema. La meta es que al 2018 se encuentre toda la información allí.
- Hemovigilancia Informe estadístico mensual de Bancos de sangre. Coordinación Departamental Red de Bancos de sangre Meta. Dos Bancos de sangre y un puesto fijo de captación. Enero a Julio. Continuar con la migración para agilizar los cierres Departamentales.
- Informe Nacional año 2016. (ANUAL): Resumen General. Cuantos Banco hay, distribución de la captación de sangre, indicadores por Departamento, entre otras.
- Informe de confirmatorias.
- Trazabilidad en Bancos de sangre Hemovigilancia, V.00- Reportada en mayo de 2017. Por confidencialidad no se menciona la Región donde se presentó. Caso para investigación de hemovigilancia. Reacciones adversas a la transfusión: IIT. Entrevista con el donante y anexos de la visita.

Se destaca el seguimiento no solo a los departamentos sino Banco por Banco y las campañas que se hacen con los Bancos de sangre para motivar a donar: Cartillas, material de sensibilización.

**Indicador:**

Mejoramiento en la competencia técnica de la red de sangre. Efectividad. Que tantos departamentos han mejorado respecto al resultado anterior y si se han intervenido.

Mejóro de aceptable a satisfactorio.

**Trasplantes:**

**María Angélica Salinas/ Profesional Especializado.**

Son 6 Coordinadores Regionales. Cada una tiene un área de influencia.

En la página web existe un acceso donde las personas expresan la voluntad de donación. La voluntad puede ser afirmativa o negativa. La información llega a la base de datos.

**Documentos revisados:**

- Procedimiento Promoción a la donación de órganos y tejidos. V.02. cód. POE-R01.5110-002:

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	16 of 6

Promociona la Donación. No solo actividades del Instituto sino de otros actores de la red.

**Evidencias revisadas:**

- Registro solicitudes de promoción a la donación de órganos y tejidos. V.02. FOR-F01.5110-044. Se registran las solicitudes de las Coordinadores Regionales.

Muestras: - Solicitud de la Regional 1 Bogotá- Solicitud de información (del 13 de julio) estado de lista de espera para trasplante de órganos 2017. Respuesta julio 13.

- Solicitud de septiembre 12 de la Universidad Sto. Tomás de Villavicencio. Jornada de sensibilización. Evidencia oficio de solicitud y de confirmación. Informe de labores. Asistencia técnica, capacitación. V.1.

- Informe de Promoción primer semestre año 2017. Contiene: Actividades de promoción a la red, indicadores, análisis cualitativos y cuantitativos.

**Indicador:**

- Informes que presentan las Coordinaciones regionales de promoción a la donación. Cumple 50% todas las CR.
- Cumplimiento de actividades: Cumple 100%. Primer semestre de 2017.

**Laboratorios. Parasitología.**

**Martha Ayala/Coordinadora.**

Son dos grupos: Investigación y red.

Se revisa el grupo de Red: Referencia a nivel nacional en Parasitología.-Diagnósticos.

Son 32 laboratorios de salud Pública a nivel nacional.

**Documentos revisados:**

- Procedimiento asistencias técnicas. V. 02. INT-R02.0000-001.

**Evidencias revisadas.**

- Cronograma de actividades, 2017. Se hace seguimiento al cumplimiento en el POA. Muestra. Asistencia técnica en Chagas (estudio especial eliminación de barreras)- presencial. Socorro Santander y Soata Boyacá.
- Correos electrónicos de conformación. Socorro del 12 al 14 de junio y Soatá 5 al 7 de Julio.
- Certificación cumplimiento comisión. Visita, socorro y soata. Certificado de visita de los 2 municipios.
- Registros de asistencia. 12 julio Socorro y 5 de julio Soata.
- Informe conjunto MINSALUD, DNDi y el INS. Encuesta de satisfacción del resultado del taller (Resultado satisfactorio). Conclusiones del resultado del evento.

**Indicador:**

Porcentaje de muestras analizadas oportunamente. Trimestral. Cumple 100%.

Capacidad de respuesta del laboratorio nacional de referencia LNR eventos sujetos a Riesgo Sanitario Internacional. Trimestral. Cumple el 100%.

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	17 of 6

**Son identificados cinco Riesgos:**

Dos corrupciones y 3 de gestión.

Muestra: Uso indebido de información durante la generación, consolidación y emisión de informes y/o resultados, así como el proceso de custodia de muestras.

Causas asociadas: Todas Asociadas con la confidencialidad.

Alto, con valoración de los controles llega a bajo. Plan de contingencia. Controles direccionados a favorecer la confidencialidad. Se evidencia seguimiento semestral, 14 de julio. Se evidencia acta.

**El Proceso tiene identificadas 42 Acciones en el 2017: Consolidado.**

Por Auditorias, autocontrol, riesgos, indicadores, producto no conforme, requisitos clon.

Muestras revisadas: RO1-14-2017. Cerrada. Auditoria Interna. 17043. Cerrada el 17 de octubre.

RO1-06-2017. Mejora. Auditoria 17043. Abierta con seguimiento.

**Producto no conforme: Consolidado.**

Documento: Formato de caracterización de productos o servicios. Se han identificado 10 P.N.C.

Muestra revisada: R01-002-2017. Reportado marzo 29. Tratamiento: Concesión. No se reportó al cliente el mismo día el resultado de la muestra identificar GVI-S-36746.

**Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública.**

**Franklin Edwin Prieto A/Director. Karla Cárdenas Lizarazo/Profesional especializado. Hernán Quijada/Subdirector de análisis de riesgo y respuesta inmediata. Claudia Huguett/ Profesional especializado SIVIGILA. Alejandro Prieto/Contratista. Marly Piedrahita/ Profesional especializado. Iván Camilo Sánchez/ Coordinador grupo ERIA y Plaguicidas.**

La finalidad del Proceso es la detección, análisis y control de eventos en salud pública. Tiene a cargo la Seguridad sanitaria del PAÍS.

**Documentos revisados:**

- Caracterización
- Procedimiento operación del sistema de vigilancia y análisis de riesgo en salud pública.
- Manual SIVIGILA Anexo 1.
- Protocolo de Vigilancia en Salud Pública- DENGUE.
- Lineamientos 2017- vigilancia y control. Para los territorios.
- Procedimiento conceptos toxicológicos y evaluación del riesgo de toxicidad de plaguicidas. V.1. POE-R02-0000-004. V. 1.
- Caracterización del riesgo.

**Evidencias revisadas: Operación del Sistema.**

- Ficha de identificación de eventos: 6. En el SIVIGILA. Se evidencia las fichas. Datos básicos del paciente. Muestra: Evento: Dengue.
- Base de datos código 210- dengue. Por semanas.
- Consolidación información base de datos.
- Boletín epidemiológico semana 42 - dengue. Se consulta en la web. Se evidencia boletines por cada semana.
- Informe evento- FOR-R02.4000-001. V. 2. Dengue. Se publica cada 4 semanas. – semana 36.
- Ficha de vigilancia. Reportada por los departamentos o distritos de todos los eventos.

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	18 of 6

- Boletín epidemiológico semana 42. En la página web- SIVIGILA. Departamentos, Municipios y Unidades primarias generadoras de datos. Cumplen con el 100%, 99.8% y 97% respectivamente.

Cuando se genera un brote por algún evento, se genera el IQUEN. Informe quincenal epidemiológico Nacional. Muestra: Investigación de brote enfermedad diarreica aguda, Ipiales Nariño. Semana del 28 al 34 de 2017.

**Evidencias revisadas: Conceptos toxicológicos.** Se generan conceptos toxicológicos y dictámenes técnicos toxicológicos.

- Registro de solicitudes de calificación toxicológica y evaluación de riesgo en toxicidad de plaguicidas. – Base de datos.
- Para el Radicado N.2017-000095, consecutivo 4049 enero 11 del ICA. Dictamen técnico toxicológico plaguicida BRUPOSER 25 SC. Expediente contiene información de ingrediente activo y producto formulado. Requerimiento 1079, respuesta al requerimiento del 13 de abril pidiendo aplazamiento. Respuesta el 5 de julio por el usuario al requerimiento. Memorando del INS N.3223 del 27 de sept.2017. Dictamen técnico favorable. La trazabilidad de la revisión y aprobación queda registrada en SISDOC.

**Indicadores:**

Efectividad de la capacitación en vigilancia en salud pública para fortalecer competencias del talento humano de las entidades territoriales: Meta: 40%. Semestral. Res. 41%. Se analizan resultados.

Concordancia en la emisión de conceptos y dictámenes toxicológicos: 5% máximo permitido. Res. 4.2%.

Utilidad en la información toxicológica generada en el INS. Se hace a través de una encuesta a las entidades territoriales. Meta: 80%. Res. 81%. Satisfactorio. Se analizan resultados, acorde a las preguntas de la encuesta.

**Riesgos:**

Gestión: Incumplimiento legal durante la operación del sistema de vigilancia a través de procesos sistémicos para la prevención, vigilancia y control en Salud Pública a nivel nacional y territorial. Baja la calificación de extremo a bajo. Plan de contingencia.

**Producto no conforme:**

Informan que no se han presentado PNC.

**Se han identificado 8 acciones durante el año 2017.**

Muestra revisada: **R02-05-2017**. Plan De mejora, análisis de DOFA. Apoyo al Min salud en la elaboración de estándares para el fortalecimiento de las capacidades básicas de respuesta a las entidades territoriales. Abierta en curso.

**Gestión Ambiental.**

**Luz Stella Pradilla N./ Coordinadora Grupo Administrativo.**

**María Camila Chávez/ Contratista.**

**Sergio Becerra/ Practicante del área de Gestión Ambiental.**

**Documentos revisados:**

- Caracterización V.4. CAR-A05.0000.001

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	19 of 6

- Política integrada con los requisitos de Salud y Seguridad en el trabajo, Calidad y Ambiente. Cumple.
- Informe de monitoreo e interpretación de resultados- emisiones atmosféricas por fuentes fijas. Laboratorio externo ANALQUIM LTDA.
- Matriz de aspectos e impactos Ambientales V.1. FOR-A05.2093-002.
- Programas Ambientales: Calidad de vertimientos. Control de plagas. Ahorro y uso eficiente de agua. Gestión integral de residuos. Uso racional y eficiente de energía eléctrica. Aire limpio. Protección de Fauna y flora.

**Evidencias revisadas:**

- Objetivos Ambientales.
- Salidas o productos no conformes.
- Cronograma de actividades FOR-D01.0000-001. V.03.

Se hace seguimiento a los programas en una base de datos donde consolidan las actividades mensuales y trimestrales. Por cada programa: Actividades ejecutas- programadas y % cumplimiento. Los programas ambientales se encuentran asociados a la matriz de impactos y aspecto y a los Objetivos y política Integral (tema ambiental).

**Indicadores:**

Controlar los vertimientos del INS para dar cumplimiento a la Resolución 3957 de 2009 de la SDA o normatividad aplicable.

Meta: 100%. Resultado: 90%. Primer semestre. Plan de mejoramiento n. a05-08-2017.Hallazgo: Incumplimiento en parámetros de grasas y aceites y DBO. Causa raíz. Establecen plan de acción. Se encuentra en curso su ejecución.

Mantener la eficiencia de combustión de las calderas. Semestral. Mesta: 85 aceptable. Res. 86%. Determinar el incremento en la separación y destinación de residuos de reciclaje. Trimestral. Meta: 40%. Resultado 44%.

**Se identifican 3 Riesgos:** 1 Corrupción y 2 gestión.

Inducir a que se alteren los resultados de laboratorio. Plan de contingencia: A05-001-2016-A.

Incumplimiento en las actividades asociadas a los Programas ambientales. Plan de contingencia N. A05-01-2017.

Incumplimiento legal. Plan de mejoramiento: A05-003-2017-A.

**Recursos físicos.**

**Luz Stella Pradilla N./ Coordinadora Grupo Administrativo.**

**Hugo Rodríguez/ Auxiliar Administrativo.**

**Jorge Soler/ Profesional especializado, grado 15.**

Mantenimiento a la estructura física, equipos de cómputo. Vigilancia, aseo y cafetería.

Almacén.

**Documentos revisados:**

- Caracterización V. 3. CAR-A10.0000.001.
- Procedimiento Mantenimiento de áreas. V.00. POE-A10.0000-001
- Procedimiento Soporte técnico mantenimiento preventivo de dispositivos de entrada y salida

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL	Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	20 of 6	

de información. POE-A10.0000-004 V.01.

**Evidencias revisadas:**

- Diagnóstico De necesidades. Realizado en dic. 2016 por todos los laboratorios
- Programa de actividades de mantenimiento de infraestructura.

Muestras revisadas: Resane, pintura paredes techos, marcos de ventanas y puertas. Atención de mantenimiento y adecuación de áreas. V.1. FOR-A10.2092-004.

Of. Administrativa, vigilancia: 2 y 3 semanas de septiembre. Aplazado por solicitud del área. Observatorio. Marzo ult. Abril. Primera. Subdirección de innovación. 2 ultimas semanas de agosto.

- Herramienta Service Manager. Mantenimiento de equipos correctivos, son solicitados por la Intranet.
- Programación mantenimiento preventivo a equipos de cómputo.
  - Mantenimiento y lista de chequeo preventivo de dispositivos de entrada y salida de información. Evidencias: Despacho de Secretaría General: 10 de octubre.

No se evidencia diligenciamiento del formato establecido en el procedimiento. Diligencian un formato que no se encuentra controlado en el SGC donde no cuentan con la identificación de los equipos a los cuales se les hizo mantenimiento. For-A10.2092-005. V.00. Mantenimiento y lista de chequeo preventivo de dispositivos de entrada y salida de información.

**Indicadores:**

Solicitudes De mantenimiento atendidas satisfactoriamente. Trimestral. Meta: 92%. Logro 95%. Mesas de ayuda.

Efectividad en el servicio. (Encuestas de satisfacción del cliente). 98%. Cumple.

Solicitudes de soporte técnico atendidas en el período. Trimestral.

Identifican 3 riesgos: Documento: Caracterización del riesgo, FOR-D02-0000-029. V.00.

Muestra revisada: Incumplimiento de compromisos en la legalización del ingreso de bienes a la entidad y todas las actividades relacionadas con la entrega y distribución de los mismos para uso interno. Así Como su control en los inventarios personalizados.

Controles adecuados. Plan de mejoramiento N. A10-002-2016-A.

Se identifican 3 acciones por auditoria interna ISO 9001:2015, junio 23 de 2017. Muestra revisada: A10-01-2017.

Manifiestan no haberse presentado Salidas o producto no conforme.

**Adquisición de bienes y servicios:**

**Paula Camila Campos/Asesora Dirección Gral. Coordinadora Gestión contractual.**

**Luceida Garavito/ Profesional Universitario.**

**Documentos revisados:**

- Caracterización V. 06. CAR-A002.0000.001.
- Manual de contratación v.05- MNL-A02.2040-001. Está En actualización por SECOP 2.
- Plan anual de adquisiciones. 2017.

**Evidencias revisadas:**

- Expediente N. 186. De 2017. **KAIKA SAS**. Suministrar reactivos y elementos de laboratorio indispensables para realizar las actividades científicas y tecnológicas que garanticen el

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	21 of 6

cumplimiento misional en el marco de los diferentes proyectos en Salud Pública que se desarrollan por los grupos de las direcciones técnicas del INS. Inicia 25 de sept. y culmina 30 de nov.2017.

- Solicitud De contratación a través del SISDOC.
- CDP y estudios previos contratación directa FOR-A02.0000-008.
- Ficha de especificaciones técnicas para contratación.
- Solicitud de cotización proponente KIKA. Corresponde con las especificaciones técnicas.
- Documentos legales del contratista de acuerdo al Manual de contratación.

Se revisa del contrato N. 64. Prestar el servicio de fumigación desratización y desinfección en los diferentes grupos y áreas del INS. DEL 17 MZ AL 30 DIC 2017. Mínima cuantía.

- Solicitud De contratación.
- Estudios técnicos y económicos que justifican la contratación de mínima cuantía.
- Ficha de especificaciones técnicas. Matriz de riesgos en contratación.
- Anexo N.2 a los estudios previos: Análisis económico del sector.
- CDP.
- Precotizaciones.
- Invitaciones a contratar. Res. 145 del 28 de febrero. Anexos.
- Observaciones y respuestas a ellas.
- Listado de participantes.
- Acta de audiencia de cierre.
- Evaluación técnica, jurídica.
- Propuesta.
- Asignación del supervisor.
- Informe parcial de supervisión. Desde marzo a la fecha.

Los proveedores y contratistas son evaluados en los informes de supervisión y en el informe final: Resultado: Bueno, regular y malo.

#### Indicadores:

Procesos para la adquisición de bienes y servicios adjudicados. Trimestral. Meta: 90%. Res. 83%. Contratos liquidados. Semestral. Meta 70%. Resultado. 47%. Plan de mejoramiento N.A02-12-2016. Las actividades se encuentran finalizadas, se espera que el indicador mejore para el 2do. Semestre.

**Riesgos:** Identifican 4 riesgos: 1 de corrupción y 3 de gestión.

Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante el desarrollo de la etapa precontractual. Plan De contingencia A002-001-2016.

Incumplimiento Legal a no dar respuesta sobre las solicitudes o informes requeridos por parte de los órganos de control. Plan De contingencia N. A02-01-2017.

Inexactitud durante la asesoría y acompañamiento en cada una de las etapas de los diferentes Procesos contractuales. Plan de contingencia N. A02-02-2017.

#### 7. Nonconformities/ No conformidades

NonConformity / No conformidad:	No. <u>1</u> of/de <u>1</u> .	<input type="checkbox"/> Major/ Mayor	<input type="checkbox"/> Minor/Menor
Department/Function/Departamento/Función:	Recursos Fisicos	Standard Ref/ Cláusula norma:	7.1.3 de la norma ISO 9001:2015. 6.3 de la norma NTCGP 1000:2009
Document Ref./ Document Ref.:	Procedimiento soporte tecnico mantenimiento	Issue / Rev. Status/Edición/Revisión	V1

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	22 of 6

	preventivo de dispositivos de entrada y salida de información		
--	---	--	--

**Details of Nonconformity/ Detalles de No conformidad:**

Se evidenciaron desviaciones para dar cumplimiento al registro de los mantenimientos preventivos ejecutados.

Ya que no se evidenció diligenciamiento del formato (FOR-A10.2092-005. V.00); se observó el diligenciamiento de un formato de apoyo no controlado por el sistema, en el cual no identifican los equipos a los cuales se les efectuó el mantenimiento de la Secretaría General así: el 10 de octubre de 2017, a los usuarios: Diana Rojas/ Asesor, Amanda Rivera/Asesor, Martha Cano, Nelson Ruiz y Clemencia Huertas.

Lo anterior incumple el numeral 7.1.3 de la norma ISO 9001:2015 que establece: la organización debe mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos.

E incumple el numeral 6.3 de la norma NTCGP 1000:2009 que establece: la entidad debe mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye cuando sea aplicable equipos y sistema de información.

**Client Proposed Action to Address Minor Non-Conformances Raised at this Audit / acción propuesta por el cliente para atender las no conformidades emitidas en esta auditoría:**

- 

Nonconformities detailed here shall be addressed through the organization's corrective action process, in accordance with the relevant corrective action requirements of the audit standard, including actions to analyse the cause of the nonconformity and prevent recurrence, and complete records maintained. /Las No Conformidades detalladas aquí deberán ser tratadas según el proceso de acción correctiva de la organización, siguiendo los requisitos relevantes de la acción correctiva de la norma de auditoría, incluyendo las acciones tomadas para analizar las causas de la no conformidad y prevenir su recurrencia, y manteniendo los registros completos.

<input type="checkbox"/>	<i>Corrective actions to address identified major nonconformities shall be carried out immediately including a cause analysis, and SGS notified of the actions taken within 30 days. An SGS auditor will perform a follow up visit within 90 days to confirm the actions taken, evaluate their effectiveness, and determine whether certification can be granted or continued./ Las acciones correctivas para tratar las no conformidades Mayores identificadas deberán ser atendidas inmediatamente incluyendo el análisis de causa y se notificará a SGS de las acciones tomadas en el plazo de 30 días. Un auditor de SGS realizará una visita de seguimiento en el plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, para evaluar su efectividad, y para determinar si la certificación puede ser concedida o continuar. La carpeta será evaluada cuando se reciban los planes de acción.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Corrective actions to address identified major nonconformities shall be carried out immediately including a cause analysis, and records with supporting evidence sent to the SGS auditor for close-out within 90 days/ Las acciones correctivas para tratar no conformidades mayores identificadas, deberán ser realizadas inmediatamente incluyendo el análisis de causa, y los registros con la evidencia de soporte enviados al auditor de SGS en un plazo de 90 días. La carpeta será evaluada cuando se reciban los planes de acción.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Corrective Actions to address identified minor non conformities including a cause analysis, shall be documented on a action plan and sent by the client to the auditor within 90 days for review. If the actions are deemed to be satisfactory they will be followed up at the next scheduled visit/ Las acciones correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas incluyendo el análisis de causa, deberán ser documentadas es un plan de acción y ser enviados al auditor de SGS en un plazo de 90 días para su revisión. Si las acciones son consideradas satisfactorias su seguimiento se realizará en la siguiente visita programada. La carpeta será evaluada cuando se reciban los planes de acción.</i>

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	23 of 6

<input checked="" type="checkbox"/>	<p><i>Corrective Actions to address identified minor non-conformities including a cause analysis, have been detailed on an action plan and the intended action reviewed by the Auditor, deemed to be satisfactory and will be followed up at the next scheduled visit./</i>            Las acciones correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas incluyendo el análisis de causa, han sido detalladas en un plan de acción y las acciones propuestas revisadas por el auditor, son consideradas satisfactorias y su seguimiento se hará en la siguiente visita programada.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Appropriate cause analysis and immediate corrective and preventative action taken in response to each non-conformance as required/ Es adecuado el análisis de causas de acciones correctivas y preventivas inmediatas, en respuesta a cada no conformidad según corresponda.</p>

*Note:- Initial, Re-certification and Extension audits – recommendation for certification cannot be made unless check box 4 is completed. For re-certification audits the time scales indicated may need to be reduced in order to ensure re-certification prior to expiry of current certification.*

Nota: - Auditorias Inicial, Re certificación y de Extensión – las recomendaciones para certificación no pueden ser hechas a menos que la lista de chequeo del numeral 4 haya sido completada. Para auditorias de re certificación las tablas de tiempo podrán necesitar ser reducidas para asegurar la re certificación antes de que el certificado vigente expire.

*Note: At the next scheduled audit visit, the SGS audit team will follow up on all identified nonconformities to confirm the effectiveness of the corrective actions taken*

Nota: - Para la siguiente visita programada, el equipo auditor de SGS hará el seguimiento a las no conformidades identificadas para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

## 8. General Observations & Opportunities for Improvement/ Observaciones Generales y Oportunidades para Mejora

### Comunicaciones institucional

Asegurar un repositorio de evidencias que constate de proceso de comunicaciones

### Gestión de calidad.

-Asegurar un repositorio que permita identificar el reporte de los productos no conformes con frecuencia trimestral.

-Fortalecer la descripción de actividades del plan de contingencias ya que al revisar el plan de contingencia D02-002-2016 establece la descripción del plan fue: analisis y diagnostico de las causas que llevaron a la materializacion de riesgo para la toma de acciones.

### Control Institucional

-Consolidar en un repositorio de la informacion de todas las auditoria internas de la entidad independientemente de la ejecucion, conforme a los dispuesto en el procedimiento de auditoria interna.

### Equipos de laboratorio

-Fortalecer el plan de aseguramiento metrológico con alertas de las intervenciones pendientes.

### Adquisición de bienes

-Fortalecer el plan de mejoramiento A02-12-2016 direccionadas al mejoramiento del resultado del indicador contratos liquidados.

### Recursos físicos:

- Revisar la vida útil de los equipos de cómputo y su funcionalidad ya que se evidencia que la lentitud y esto hace que la ejecución de las labores no sea logre de manera eficiente.
- Replantear la meta del indicador: Solicitudes de mantenimiento atendidas satisfactoriamente. Hace cierre del indicador 3 días antes del cierre de mes. (Mesas de ayuda).

### A nivel General:

Fortalecer la identificación de no conformidades y oportunidades de mejora por Autocontrol

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	24 of 6



9. Opening and Closing Meeting Attendance Record/ *Registro de Asistencia de Reuniones de Apertura y Cierre.*

Name/Nombre	Position/Puesto	Opening/ Apertura	Closing/ Cierre
Revisar registro GS0310			

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	25 of 6



## ANEXO TRANSICIÓN VERSION 2015 ISO 9001 / ISO 14001

En las auditorías de transición en ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, además de los requisitos que usualmente son auditados, los siguientes son de obligatoria verificación.

Se deben registrar en este reporte todas las pistas, evidencias, comentarios, muestras, hallazgos, etc., relacionados, de tal manera que se evidencie claramente su grado de cumplimiento:

Clausula	Nombre	Evidencias, pistas, hallazgos, etc.
<b>4.1</b>	<b>COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO (ISO 9001 – ISO 14001)</b>	<p>Procedimiento por la revisión versión 07, de 27 de febrero de 2017, establece en la actividad 8 establece cambios y oportunidades que pueden afectar el SIG DOFA, análisis de aspectos internos o externos FOR –D02.0000.002 sección 1 en sección 2 realizan el las estrategias, en el cual establece seguimiento comité SIG,</p> <p>Se pudo revisar para el proceso redes en salud pública, mediante el cual se establece el seguimiento de estrategias, DOFA y compromisos.</p> <p>En el manual SIG establecen en numeral 4.1 la actividad, así mismo en procedimiento gestión de riesgos versión 2 de 2017 -05-30, en el numeral 5.2.2 las condiciones externas e internas tales factores de internos: atención al ciudadano, cultura organizacional, estructura organizacional, directivos, financieros operativos, externo: económico, geográfico, legal, ambiental, político, social. Tecnológico. Durante la revisión por la dirección todos los procesos entregaron los informes de gestión en el cual identifica una matriz DOFA estrategias y compromisos</p>
<b>4.2</b>	<b>COMPRESION DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS (ISO 9001 – ISO 14001)</b>	Durante la revisión por la dirección se revisa la comprensión y necesidades de partes interesadas
<b>5.1</b>	<b>LIDERAZGO Y COMPROMISO (</b>	La rendición de cuentas en la

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	26 of 6

	<b>ISO 9001 – ISO 14001)</b>	<p>web / publicación TIC con la consolidación de planeación en la página web se pudo ver la publicación de rendición de cuentas 2017.</p> <p>Resolución 1533 de 22 de diciembre de 2015 por la cual modifica la estructura y organización de comité del sistema integrado de gestión del INS antes denominado comité MECI CALIDAD y se dictan otras disposiciones. El comité SIG operará a través de dos instancias comité SIG niveles estratégico y nivel SIG de nivel operativo el cual actúa bajo las directrices de máxima autoridad compuesto por 19 referentes uno por cada proceso quien se reúne comité en el proceso de gestión calidad. Se encuentra aprobado por cada líder el proceso.</p>
<b>6.1</b>	<b>ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES (ISO 9001 – ISO 14001)</b>	Durante la auditoria se revisaron los riesgos de todos los procesos.
<b>5.3 – 6.3 – 8.2.4 – 8.5.6</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS (ISO 9001 – ISO 14001)</b>	La alta direccion establece con seguimiento la planificacion de cambios.
<b>7.1.6</b>	<b>CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN (ISO 9001)</b>	Liderazgo y compromiso: rendición de cuentas en la web / publicación TIC con la consolidación de planeación en la pagina web se pudo ver la publicación de rendición de cuentas 2017. En los procesos misionales gracias a proyectos de inversion se desarrollan capacitaciones, asi mismo en el proceso de investigacion existe un repositorio de investigación.
<b>8.5.5</b>	<b>ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA (ISO 9001)</b>	En los procesos de servicio al ciudadano se informa el seguimiento a quejas por la venta de suero antiofídico En los procesos misionales se

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	3 de noviembre/17	Visit Type/ Tipo de visita:	F2	Visit n°/ Visita No.:	1
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	21	Page n°/ Página No.:	27 of 6

		puede identificar la planeación posterior a entrega.
<b>6.1.2 - 8.1</b>	<b>ENFOQUE A LA PROTECCION DEL MEDIO AMBIENTE Y PERSPECTIVA DEL CICLO DE VIDA (ISO 14001)</b>	<b>N.A.</b>
<b>9.1</b>	<b>DESEMPEÑO AMBIENTAL (ISO 14001)</b>	<b>N.A.</b>

*El diligenciamiento del anterior listado es obligatorio pero no es exhaustivo y por tanto no limita al auditor para que registre dentro del presente informe todas las demás pistas, evidencias, comentarios, muestras, hallazgos, etc., que sean necesarias para evidenciar que la organización cumple con la totalidad de requisitos de ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015.*

Job n°/Certificado No.:	CO/BOG-2000010612	Report date/ Fecha de reporte:	<b>3 de noviembre/17</b>	Visit Type/ Tipo de visita:	<b>F2</b>	Visit n°/ Visita No.:	<b>1</b>
CONFIDENTIAL/ <b>CONFIDENCIAL</b>		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revision No.:	<b>21</b>	Page n°/ Página No.:	28 of 6