 Instituto Nacional de Salud	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 1 de 20</b>

## 1. SISTEMA Y PROCESOS AUDITADOS:

El proceso de auditoría se llevó a cabo al Sistema Integrado de Gestión (SIG) para el ciclo 2019, auditando los siguientes procesos durante los días 12, 13, 14 y 15 de noviembre del año 2019 así:


Etapa de Planeación: 16 horas.

Proceso	Tiempo Estimado en Horas
<i>Producción</i>	16
<i>Equipos de Laboratorio</i>	5
<i>Investigación</i>	16
<i>Calidad</i>	4
<i>Gestión Ambiental</i>	8
<i>Redes</i>	16
<i>Adquisiciones de Bienes y Servicios</i>	4
<i>Gestión Humana</i>	4
<i>Gestión Humana SST</i>	8
<i>Observatorio</i>	4
<i>Vigilancia</i>	5
<i>Planeación</i>	4
<i>Control Institucional</i>	4
<i>Recursos Físicos</i>	6
<i>Gestión Jurídica</i>	3
<i>Atención al Ciudadano</i>	6
<i>TIC</i>	6
<i>Comunicaciones</i>	2
<i>Gestión Financiera</i>	2
<i>Gestión Documental</i>	6
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>

## 2. DEPENDENCIA/GRUPO/LABORATORIO AUDITADO

De acuerdo con el Programa de Auditoría se definieron las siguientes dependencias/grupo/laboratorio a auditar en la presente vigencia así:

DEPENDENCIA/GRUPO/LABORATORIO AUDITADO	FECHA
<i>Planeación</i>	12/11/2019
<i>Gestión de Calidad</i>	14/11/2019
<i>Comunicación Institucional</i>	14/11/2019
<i>TIC</i>	14/11/2019
<i>Redes Salud Pública</i>	14/11/2019-15/11/2019
<i>Vigilancia</i>	15/11/2019
<i>Investigación</i>	13/11/2019-14/11/2019-15/11/2019
<i>Producción</i>	12/11/2019 – 13/11/2019
<i>ONS</i>	14/11/2019
<i>Gestión Humana SST</i>	12/11/2019
<i>Gestión Humana</i>	13/11/2019
<i>Adquisiciones de Bienes y Servicios</i>	14/11/2019-15/11/2019

 Instituto Nacional de Salud	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 2 de 20</b>

<i>Gestión Documental</i>	15/11/2019
<i>Equipos de Laboratorio</i>	13/11/2019
<i>Gestión Ambiental</i>	12/11/2019
<i>Gestión Jurídica</i>	13/11/2019
<i>Atención al Ciudadano</i>	13/11/2019
<i>Gestión Financiera</i>	14/11/2019
<i>Recursos Físicos</i>	13/11/2019-14/11/2019
<i>Control Institucional</i>	12/11/2019

### 3. RESPONSABLE DEL PROCESO DE AUDITORIA:

Para esta vigencia se definieron los siguientes responsables por cada proceso con su correspondiente auditor interno:

DEPENDENCIA/GRUPO/LABORATORIO AUDITADO	RESPONSABLE	AUDITOR
<i>Planeación</i>	William Jiménez	Jaime Martínez
<i>Gestión de Calidad</i>	William Jiménez	Mauricio Amézquita
<i>Comunicación Institucional</i>	Martha Ospina	Jaime Martínez
<i>TIC</i>	Elsa Baracaldo	Jaime Martínez
<i>Redes Salud Pública</i>	Carolina Flórez	Karime Varón
<i>Vigilancia</i>	Franklin Prieto	Gissela Mejía
<i>Investigación</i>	Yamileth Ortiz	Mauricio Amézquita
<i>Producción</i>	Edgar Arias	Mauricio Amézquita Karime Varón
<i>ONS</i>	Carlos Castañeda	Gissela Mejía
<i>Gestión Humana</i>	Diana Rojas	Gissela Mejía
<i>Adquisiciones de Bienes y Servicios</i>	Paula Camila Campos	Gissela Mejía
<i>Gestión Documental</i>	Carolina Botón	Jaime Martínez
<i>Equipos de Laboratorio</i>	Juan Carlos Bocanegra	Mauricio Amézquita
<i>Gestión Ambiental</i>	Milena Quiroga Castro	Karime Varón
<i>Gestión Jurídica</i>	Luis Ernesto Flórez	Jaime Martínez
<i>Atención al Ciudadano</i>	Amanda Rivera	Jaime Martínez
<i>Gestión Financiera</i>	Luz Stella Pradilla	Jaime Martínez
<i>Recursos Físicos</i>	Fernando Neira Escobar	Gissela Mejía
<i>Control Institucional</i>	Cielo Castilla Pallares	Jaime Martínez


### 4. OBJETIVO DE LA AUDITORIA:

Realizar la Auditoria Interna al Sistema Integrado de Gestión, evaluando su grado de conformidad de acuerdo a las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, y al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo incluido dentro del Decreto 1072 de 2015, para los todos procesos del Instituto Nacional de Salud en las instalaciones del CAN, Chapinero y Hacienda Galindo.

Como objetivo específico:

- Evaluar el grado de conformidad de los procesos dentro de la organización.

### 5. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 3 de 20</b>

Auditoría interna del Sistema de Gestión Integral cubriendo los 19 procesos el INS, incluyendo las sedes Principal, Chapinero y Hacienda Galindo.

## 6. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

ISO 9001:2015; ISO 14001:2015; DUR 1072:2015 SGSST; requisitos internos definidos por la Organización y demás requisitos legales aplicables a la operación del INS en materia de Calidad, Seguridad, Salud en el Trabajo (SST) y Ambiental.

## 7. FECHA DE INICIO:

12-11-2019

## 8. FECHA DE TERMINACIÓN:

15-11-2019

## 9. LUGAR DE REALIZACIÓN:

Sede Principal, Chapinero y Hacienda Galindo.


## 10. EQUIPO AUDITOR:

EQUIPO AUDITOR	ROL			
	AUDITOR LIDER	AUDITORES	OBSERVADOR	EXPERTO TECNICO
NOMBRE				
Mauricio Amézquita	X		N/A	N/A
Jaime Martínez		X	N/A	N/A
Gissela Mejía		X	N/A	N/A
Karime Varón		X	N/A	N/A


N/A: No aplica

## 11. AUDITADOS

AUDITADOS		
PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO	NOMBRE	CARGO
Adquisición de Bienes y Servicios	Paula Camila Campos	Coordinadora Gestión Contractual
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
Atención al Ciudadano	Amanda Rivera	Coordinadora Atención al Ciudadano
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
Control Institucional	Cielo Castilla Pallares	Jefe de Control Interno
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
Equipos de Laboratorio	Juan Carlos Bocanegra	Coord. Grupo Equipo Laboratorio
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
Gestión Financiera	Luz Stella Pradilla	Coordinadora Gestión Financiera
	Personal referenciado en listado	Ver listado de asistencia

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 4 de 20</b>

	de asistencia	
<b>Gestión Jurídica</b>	Alejandra Vega	Abogada OAJ
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Recursos Físicos</b>	Fernando Neira Escobar	Coordinador Gestión Administrativa
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>TIC</b>	Elsa Baracaldo	Jefe Oficina TIC
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Producción</b>	Edgar Arias	Director de Producción
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
	Mónica Sarmiento	Profesional Universitaria
	Carlos Castro	Técnico Contratista
	Carlos Briceño	Auxiliar
	Santiago Cruz	Pasante Universitario
<b>ONS</b>	Carlos Castañeda	Director ONS
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Vigilancia</b>	Franklyn Prieto	Director de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Comunicación Institucional</b>	Carolina Monroy	Asesora Dirección General
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Gestión Ambiental</b>	Milena Quiroga	Líder gestión ambiental
	Camila Chávez	Profesional Ambiental
	David Murcia	Profesional Ambiental
	Yeison Ospina	Pasante Universitario
<b>Redes de Salud Pública</b>	Carolina Flórez	Directora Redes en Salud Pública
	Melania Ríos	Representante de calidad
	Ester Cristina Barrios	Profesional despacho Redes
	Karina Gutiérrez	Gestión calidad
	Antonio Bermúdez	Grupo Genética
	Andrés Otálora	Subdirección Calidad
	Sonia Morales	Subdirección Calidad
	Jazmín Arias	Profesional Grupo de donación y trasplantes
	Liliana Santa Coloma	Grupo Entomología
<b>Planeación</b>	William Jiménez	Jefe Oficina Asesora de Planeación
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Calidad</b>	William Jiménez	Jefe Oficina Asesora Planeación
	Diana Mercedes Martínez	Profesional Especializado
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Investigación</b>	Yamileth Ortiz	Directora de Investigación en Salud Pública
	Personal referenciado en listado	Ver listado de asistencia

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 5 de 20</b>

	de asistencia	
<b>Gestión Humana</b>	Diana Rojas	Coordinadora Gestión Talento Humano
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Gestión Humana SST</b>	José Cáceres	Contratista SST
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia
<b>Gestión Documental</b>	Carolina Botón	Coordinadora Gestión Documental
	Personal referenciado en listado de asistencia	Ver listado de asistencia

## 12. RESUMEN DEL PROCESO DE AUDITORÍA (PHVA):

El proceso de Auditoría Interna realizado para esta vigencia 2018-2019, buscó la verificación de la conformidad de los requisitos normativos, legales e institucionales con enfoque en el ciclo de mejora continua PHVA, en donde se partió de la planeación consignada en los diferentes procedimientos definidos por el Instituto en cada uno de los procesos, posteriormente se procedió a verificar la implementación de los mismos, observando el seguimiento y medición que desarrolla cada uno de los procesos a través de los diferentes indicadores propuestos, su análisis de resultados y la generación de planes de mejora o acciones correctivas, registradas en la herramienta SIGEM, donde se evidenciaron planes de mejoramiento en los procesos con su seguimiento y correspondiente eficacia.

La secuencia de verificación anteriormente descrita con enfoque al Ciclo de Deming, fue desarrollada por cada uno de los auditores asignado a cada proceso.

## 13. OPINIONES DIVERGENTES SIN RESOLVER ENTRE EL EQUIPO AUDITOR Y EL AUDITADO:

A partir de la evidencia consignada por los auditores en las listas de chequeo FOR-E01.0000-004 Versión 10, no se presentaron opiniones divergentes que se hubieran expresado a los auditores durante el desarrollo de la auditoría.

## 14. DIVULGACION DEL INFORME DE LA AUDITORÍA:

El presente informe será divulgado inicialmente con la Oficina de Control Interno y los líderes de los procesos de SST, Ambiental y Calidad, posteriormente se socializó con los líderes de cada uno de los procesos auditados y finalmente fue socializado a la Dirección General del Instituto Nacional de Salud.


Como metodología de comunicación, se estableció realizar una retroalimentación una vez se terminará la auditoría con cada uno de los procesos, de modo que se dieran a conocer los hallazgos y se tuviera la oportunidad de aclarar cualquier opinión divergente existente entre las partes.

## 15. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

### 15.1 ASPECTOS A DESTACAR

Como aspectos a destacar se exponen los siguientes:

1. Los procesos de INS tienen una metodología robusta de planificación de los procesos que incluye el POA, cronogramas y controles de proceso.

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 6 de 20</b>

2. Dependiendo de la naturaleza del proceso, cada área del Instituto ha desarrollado mecanismos de control de procesos lo cual asegura intervenir proactivamente potenciales fallas en las actividades.
3. Se evidenció compromiso con la mejora continua en procesos que han migrado de actividades manuales a procesos sistematizados.
4. Se evidencia apropiación del concepto de Manejo del Cambio con la aplicación de la metodología institucional la cual es muy robusta.
5. Desarrollo de Comités SIG trimestrales, en los cuales hay un representante de Calidad para cada uno de los procesos del INS.
6. Se destaca un alto compromiso con el SIG al interior del Instituto Nacional de Salud y se observa varios directores empoderados con el control de su proceso.
7. Todas las áreas tienen definidos indicadores de gestión que se miden trimestralmente lo cual permite una mejora continua dentro de sus procesos.
8. Amabilidad de todo el personal durante el ejercicio de auditoría, mostraron sus procesos y su desarrollo de manera transparente y con positiva capacidad de escucha en las oportunidades de mejora dadas.
9. Se destaca que se tienen muy bien establecidos los requisitos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente para los diferentes contratistas de acuerdo a la labor a realizar.

## 15.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS

RESULTADOS AUDITORIA INTERNA SIG (Vigencia)				
PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO		N° NO CONFORMIDAD	N° OPORTUNIDADES MEJORA	TOTAL
<b>Estratégico</b>	<b>Planeación Institucional</b>	0	0	0
	<b>Gestión de Calidad</b>	0	1	1
	<b>Comunicación Institucional</b>	0	2	2
	<b>TIC</b>	0	5	5
<b>Misional</b>	<b>Redes en Salud Pública</b>	5	1	6
	<b>Vigilancia</b>	0	1	1
	<b>Investigación</b>	0	4	4
	<b>Producción</b>	5	6	11
	<b>ONS</b>	0	1	1
<b>Apoyo</b>	<b>Gestión Humana</b>	7	6	13
	<b>Adquisiciones de Bienes y Servicios</b>	1	5	6

	<b>Gestión Documental</b>	0	4	4
	<b>Recursos Físicos</b>	0	2	2
	<b>Gestión Ambiental</b>	2	1	3
	<b>Gestión Financiera</b>	0	0	0
	<b>Gestión Jurídica</b>	0	1	1
	<b>Equipos de Laboratorio</b>	0	2	2
	<b>Atención al Ciudadano</b>	0	2	2
<b>Mejora</b>	<b>Control Institucional</b>	0	0	0
<b>Totales</b>		20	44	64

### 15.3 RESULTADOS CUALITATIVOS


#### NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

##### Gestión de Calidad

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 10.2.2 de ISO 9001:2015		X	Se realizó verificación de Informe de Auditoria de Certificación de 2018 evidenciando 4 observaciones. Se sugiere tener consolidada esta información.

##### Comunicación Institucional

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 10.2 de ISO 9001:2015		X	Fortalecer los mecanismos de seguimiento a planes de mejoramiento (sobre no conformidades derivadas de herramientas de seguimiento – indicadores – del proceso) para confirmar la eficacia de las acciones correctivas en términos de la no recurrencia del hallazgo de no conformidad.
Numeral 7.1 de ISO 9001:2015		X	Fortalecer la estructura de comunicaciones (matriz o similar) tanto para condiciones

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 8 de 20</b>

			normales como para condiciones de emergencia (en HSE como en calidad).
--	--	--	--

## TIC

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 10.2 de ISO 9001:2015		X	Fortalecer los mecanismos de seguimiento a planes de mejoramiento (sobre no conformidades) para confirmar la eficacia de las acciones correctivas en términos de la no recurrencia del hallazgo de no conformidad.
Numeral 7.1.4 de ISO 9001:2015		X	Asegurar que en las áreas de ubicación de equipos electrónicos (servidores, redes y demás) no se ubique material inflamable por el riesgo asociado.
Numeral 8.5.1 sección a) de ISO 9001:2015		X	Fortalecer los mecanismos de aseguramiento de disponibilidad de la información (continuidad de negocio).
Numeral 7.1.2 de ISO 9001:2015		X	El proceso debe separar las funciones de administración de las bases de datos y del manejo de la infraestructura tecnológica de la entidad, ya que se evidenció que un solo funcionario realiza ambas actividades.
Numeral 8.5.3 de ISO 9001:2015		X	Revisar la posibilidad de que se encripte la información sensible de las bases de datos con los administradores de los sistemas de información Misionales que reposan en el Data Center.


## Investigación

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 10.3 de ISO 9001:2015		X	Incentivar en el personal del proceso el registro de planes de acción para reforzar la dimensión del Actuar.
Numeral 7.5.1 sección b) de ISO 9001:2015		X	En general los registros correspondientes al proceso se vienen diligenciando correctamente, sin embargo, algunos espacios se dejan en blanco por lo que se sugiere tacharlos o dejar la observación correspondiente a N/A.
Numeral 6.1.2 de ISO 14001:2015		X	La iluminación de las áreas del laboratorio se tiene con balastos, se sugiere iluminar con luminarias LED ya que los balastos tienen mercurio que es altamente contaminante, igualmente hay algunas de esas luminarias que ya están fuera de uso.
Artículo 2.2.4.6.25 DUR 1072 de 2015		X	La zona de laboratorios tiene extintores de Solkaflam 123 se sugiere revisar la conveniencia de cambio de éstos por agente limpio CO2 ya que estos tienen agentes clorofluorocarbonados que afectan la capa de ozono y la autoridad ambiental recomienda evitar su uso.

## Producción

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 7.5.2 Sección c) de ISO 9001:2015		X	En la Caracterización de Proceso se debe se debe subir el proveedor R02 (Vigilancia y




 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 9 de 20</b>

			Control Salud Pública) a la actividad 2.
<b>Numeral 7.5.2 Sección c) de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Los cambios en la documentación se resaltan en rojo, se debe asegurar la totalidad de éstos para que se reflejen en el sistema.
<b>Numeral 10.3 de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Se cuenta con 5 Planes de Auditoría Interna que deben ser cerrados en conjunto con Control Interno.
<b>Numeral 7.5.1 Sección b) de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Reforzar la ruta de recuperación del documento INT-A05.0000-004 Desactivación de Residuos Peligrosos.

### Producción – Hacienda Galindo

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 2.2.4.6.11 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>		No se evidencian los registros de inducción al SST de los trabajadores Carlos Briceño (trabajador directo del INS) y Santiago Cruz (Pasante Universitario). Adicionalmente, no se evidencian registros de capacitación sobre el uso de hojas de seguridad y sobre instrucciones en el uso, limpieza y manejo de la protección respiratoria suministrada. Otras de las capacitaciones que no se evidencian, están relacionados con la capacitación en seguridad vial que debe recibir la Profesional Universitaria, quien en algunas oportunidades utiliza su vehículo para el transporte de muestras hacia la sede del CAN. Lo anterior incumple lo establecido en el parágrafo 2 del DUR 1072/2015 Artículo 2.2.4.6.11.
<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>		En recorrido por las instalaciones de la Hacienda Galindo, se evidenciaron medidas de prevención y control que no cumplen con las normas de seguridad industrial y salud laboral (Ver detalle en el ítem: DUR 1072/2015 Artículo 2.2.4.6.24. (Medidas de prevención y control de la presente lista de chequeo), la evidencia del incumplimiento de las medidas de prevención y control, relacionadas en este capítulo, incumple lo establecido en el artículo 24 del DUR 1072/2015. Evidencia: No se evidencia la hoja de seguridad de la gasolina, combustible utilizado para abastecer la hoyadora agrícola. No se evidencia la implementación de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de herramientas manuales (destornilladores, alicates, seguetas) y mecánicas (hoyador agrícola) y equipos (como el tractor) utilizados en las operaciones en la Hacienda Galindo. De la misma manera, no se evidencia la implementación de inspección de estas herramientas y equipos. En el área de Potriles, se encuentra un mesón en donde hay un lavaplatos en el cual se hacen procedimientos operativos con los caballos y a su vez se utiliza para el lavado de pocillos usados para el consumo humano. En este mesón también se encuentra una estufa utilizada para la preparación de café.
<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>		En cuanto a la prevención, preparación y respuesta ante emergencias en la Hacienda Galindo, no se evidencian: Procedimientos normalizados para el manejo de la evacuación

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 10 de 20</b>


			de heridos, no se evidencia la ejecución de simulacros en 2019, no tiene conformada de manera formal la brigada de emergencias y no se evidencia la capacitación requerida a los trabajadores para el manejo de las emergencias, lo cual se encuentra incumpliendo lo establecido en el artículo 2.2.4.6.24. Del DUR 1072/2015.
<b>Numeral 2.2.4.6.34 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>		No se evidencia la implementación de planes de acción derivados de los monitoreos de iluminación ni de las inspecciones de seguridad, llevadas a cabo en mayo de 2019, lo cual incumple lo establecido en el artículo Artículo 2.2.4.6.34, del DUR 1072/2015.
<b>Numeral 8.2 de ISO 14001:2015</b>	<b>X</b>		En 2019 no se han llevado a cabo simulacros relacionados con el manejo de las emergencias ambientales (derrames de productos químicos) y no se tiene conformada una brigada para el manejo de emergencias ambientales. Lo anterior incumple lo establecido el numeral 8.2.de la Norma ISO 14001:2015.
<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072/2015</b>		<b>X</b>	Se recomienda hacer un seguimiento más cercano a los esquemas de vacunación, para evitar desviaciones relacionadas a la prevención de enfermedades y evitar incumplimientos del DUR 1072/2015 en el artículo 2.2.4.6.24.
<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072/2015</b>		<b>X</b>	Una vez se hayan determinado las acciones para la evacuación de heridos, se recomienda incluir este escenario de emergencia dentro de la programación de simulacros para la Hacienda Galindo, para garantizar el cumplimiento del artículo 2.2.4.6.24. del DUR 1072/2015.

### Equipos de Laboratorio


CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 7.5.1 sección b) de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Se realizó revisión aleatoria de carpetas de Cabina de Seguridad en la cual se evidencia que el registro de "Hoja de Vida" Cód. FOR-A04.0000-001 en su columna de garantía no se tiene diligenciamiento. Así mismo el registro "Verificación de Operaciones de Confirmación Metrológica y/o Puesta en Marcha" Cód. FOR-A04.0000-004 sin diligenciamiento en el espacio de observaciones. Igualmente se validó carpeta de Balanzas en la cual el registro "Verificación de Operaciones de Confirmación Metrológica y/o Puesta en Marcha" Cód. FOR-A04.0000-004 tiene el espacio de observaciones sin diligenciar.
<b>Numeral 10.2 de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Para el cierre efectivo de la no conformidad de la auditoría 2018 relacionada con no controlar sustancias químicas se debe asegurar montar el plan de acción de incidente ocurrido el jueves 7 de noviembre ocurrido a las 11:20 am con su respectivo cierre.

### Gestión Humana

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 2.2.4.6.8 del DUR 1072 de 2015</b>	<b>X</b>		La Dirección NO garantiza que la persona responsable de la implementación del SG-SST, cumpla con el perfil establecido en el Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019.


 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 11 de 20</b>

<b>Numeral 2.2.4.6.22 del DUR 1072 de 2015</b>	<b>X</b>	<p>No se evidencia la evaluación de los resultados de los programas de rehabilitación de la salud de los trabajadores tal y como lo especifica el numeral 7 del Artículo 2.2.4.6.22. (Indicadores que evalúan el resultado del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST) pues no se cuenta con un programa de rehabilitación establecido en la institución.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072 de 2015</b>	<b>X</b>	<p>La institución ha identificado y evaluado el factor de riesgo psicosocial de acuerdo a lo exigido por la Resolución 2646 de 2008, por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional, sin embargo, ha incumplido su artículo 12 pues la última aplicación de la batería de riesgo psicosocial se realizó en el año 2014 y en la resolución se establece que debe actualizarse anualmente.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072 de 2015</b>	<b>X</b>	<p>La institución cuenta con 8 vehículos propios operando actualmente y un vehículo que se encuentra en proceso de legalización. Adicionalmente, tiene conductores dentro del personal trabajador por lo tanto, se evidencia un incumplimiento de la Ley 1503 de 2011 en su ARTÍCULO 12 que dice:      Toda entidad, organización o empresa del sector público o privado que para cumplir sus fines misionales o en el desarrollo de sus actividades posea, fabrique, ensamble, comercialice, contrate, o administre flotas de vehículos automotores o no automotores superiores a diez (10) unidades, o contrate o administre personal de conductores, contribuirán al objeto de la presente Ley. Para tal efecto, deberá diseñar el Plan Estratégico de Seguridad Vial. La Resolución 1565 de 2014 contiene todas las directrices para que cada empresa implemente un Plan Estratégico de Seguridad Vial, destinado a reducir la accidentalidad y consolidar una cultura de mayor responsabilidad vial. La Resolución 1531 de 2016 adopta el documento guía para la evaluación de los planes estratégicos de seguridad vial.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072 de 2015</b>	<b>X</b>	<p>La institución no está cumpliendo con la Resolución 1956 de 2008 (Artículos 1,2 y 4) por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo y de tabaco y con la resolución 089 de 2016 (Artículos 1 y 3), por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas ya que no cuenta con un política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas y un programa de prevención implementado.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.34 del DUR 1072 de 2015</b>	<b>X</b>	<p>No se ha implementado un sistema globalmente armonizado para identificar sustancias cancerígenas lo cual incumple requisito de resolución 0312 del 14 de febrero de 2019 en su</p>

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 12 de 20</b>

			<p>Artículo 16 Hoja 20 que dice que se debe hacer la Identificación de sustancias cancerígenas según criterios del Sistema Globalmente Armonizado (categorías I y II). El programa de riesgo químico no se implementado en la organización y había sido hallazgo de una auditoría del año anterior que no se cerró.</p>
<b>Numeral 10.2.1 literales c y d de ISO 9001:2015</b>	<b>X</b>		<p>El proceso no revisa periódicamente la eficacia de las acciones correctivas tomadas para eliminar las no conformidades identificadas y evitar su reincidencia, dado a que se evidencio en el proceso de gestión de calidad que el plan de mejoramiento No 89 registrado en el aplicativo SIGEM, no se registra monitoreo de acuerdo a las fechas establecidas, manteniendo la desactualización a la fecha del documento ( Manual de Bioseguridad), incumpliendo el requisito 10.2.1 literal c y d de la ISO 9001:2015</p>
<b>Numeral 2.2.4.6 del DUR 1072 de 2015</b>		<b>X</b>	<p>Se recomienda hacer un refrescamiento a todas las áreas del INS sobre el contenido de la política integrada del sistema de gestión para que los trabajadores tengan una fácil recordación de los compromisos establecidos por la alta dirección.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.12 del DUR 1072 de 2015</b>		<b>X</b>	<p>Se requiere hacer una revisión de los expedientes físicos de cada trabajador para asegurar que no contengan historias clínicas sino únicamente el certificado de aptitud médica ya que dentro de la muestra revisada, se encontró en una carpeta la HC y esta información es confidencial y solo debe estar en custodia de la IPS contratada por el Instituto.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.15 del DUR 1072 de 2015</b>		<b>X</b>	<p>Se evidenció que las personas que viajan a campo no solo hacen desplazamientos terrestres y aéreos sino también fluviales y ese riesgo no está identificado en la matriz y no se tienen establecidos los controles. Es necesario identificar ese riesgo en la matriz y establecer los programas preventivos a implementar.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.25 del DUR 1072 de 2015</b>		<b>X</b>	<p>El equipo de brigadistas con el que se cuenta actualmente (10 personas) no es suficiente para el tamaño de la organización, ya que se tienen 430 trabajadores de planta y existe una población adicional de contratistas, lo que hace que pueden llegar a ser 600 personas en las instalaciones. Se hace urgente realizar una convocatoria con el fin de lograr mayor participación que incluya como mínimo dos representantes por área o procesos.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.25 del DUR 1072 de 2015</b>		<b>X</b>	<p>Durante la auditoría no se aseguró que todo el grupo de auditores recibieran la inducción de seguridad para los visitantes ni durante el proceso de ingreso a través de los vigilantes, ni dentro de las instalaciones a través del área de SST.</p>
<b>Numeral 2.2.4.6.25 del DUR 1072 de 2015</b>		<b>X</b>	<p>En el proceso de ingreso de visitantes, es necesario solicitar información adicional de emergencias muy relevante para el Instituto como: EPS, ARL, Nombre y datos de contacto de una persona en caso de emergencia y tipo de sangre.</p>


### Adquisiciones de Bienes y Servicios

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 13 de 20</b>

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 9.1.2 de ISO 9001:2015	X		Se evidencia el incumplimiento del requisito 9.1.2 Satisfacción del cliente, ya que no se cuenta con un mecanismo para conocer la percepción del cliente sobre el servicio que desde esta área se presta a la organización teniendo en cuenta que adquisición de bienes y servicios es una pieza fundamental para obtener el engranaje perfecto y apoyar el logro de los objetivos de todos los demás procesos de la Institución.
Numeral 2.2.4.6.28 del DUR 1072 de 2015		X	Fortalecer el proceso de adquisición de bienes y servicios en lo relacionado a los requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente con el fin de garantizar que todos los contratos inicien cumpliendo con los requerimientos de los anexos exigidos por la institución durante la fase precontractual. Adicionalmente el contratista deberá incluir un plan de SST y Ambiental para ser ejecutado durante la vigencia del contrato y el seguimiento deberá estar a cargo del supervisor del contrato.
Numeral 2.2.4.6.34 1072 del DUR 1072 de 2015		X	Documentar de acuerdo a lineamientos del SIG, cualquier acción que se genere por las fuentes de Autocontrol y/o Auditoría, con la finalidad de mejorar productos y/o servicios que se brindan, dado que se evidenció acciones de mejora implementadas no registradas en el SIGEM.
Numeral 8.1 de ISO 9001:2015		X	El proceso cuenta con un papel de trabajo denominado "Lista de Chequeo Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo" y "Lista de Chequeo Proveedor Único Ciencia y Tecnología" que tiene una columna de verificación con los espacios SI y N/A, que no se diligencian en el formato, solo se diligencia la columna anexo con la relación de folios soporte. Se sugiere quitar los espacios en blanco del registro dado que no agregan valor en la gestión del proceso.
Numeral 9.1 de ISO 9001:2015		X	Teniendo en cuenta que hay procesos de contratos que presentan demoras que afectan la percepción del servicio por parte de clientes internos y externos, se sugiere implementar metodología de Acuerdos de Niveles de Servicio para tipificar por tipo de contrato, el tiempo razonable negociado con el proceso y los clientes para gestionar los contratos y llegar a un acuerdo entre las partes involucradas.
Numeral 9.1 de ISO 9001:2015		X	Debido a que desde hace 3 años se vienen midiendo estos indicadores de gestión, se recomienda realizar un análisis de tendencias para determinar si se han ido mejorando los servicios suministrados y los tiempos de respuesta para poder establecer qué mejoras requieren implementar en este proceso para lograrlo.

### Gestión Documental

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 7.5.3 de ISO 9001:2015		X	Con el fin de asegurar el cumplimiento de la Normatividad Vigente que le aplica a la

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 14 de 20</b>

			organización documental de las historias laborales, desarrollar actividades de control.
<b>Numeral 7.1.3 de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Fortalecer las condiciones locativas para la protección de los documentos (Ej.: Techos, estanterías, pisos).
<b>Numeral 6.1 de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	A pesar de tener riesgos relacionados con pérdidas de documentos se recomienda fortalecer los controles que aseguren la custodia de los mismos.
<b>Numeral 8.5.3 de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Generar mecanismos de control para la sede chapinero, relacionados con el recurso humano y la protección y custodia de los documentos.

## ONS


CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 8.7 de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Buscar una herramienta sistemática que permita que todos los miembros del equipo trabajen sobre la misma versión del informe a generar y así prevenir un error humano que haga que el documento que se envíe a edición, no sea el que incluye todas las observaciones y cambios del equipo. Esto permitiría minimizar el riesgo de error y haría que varias personas tengan la versión final en caso de que el Director, por motivos de fuerza mayor, se ausente y este entregable se encuentre a disposición de otros miembros del equipo.

## Vigilancia

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 10.3 de ISO 9001:2015</b>		<b>X</b>	Documentar de acuerdo a lineamientos del SIG, cualquier acción que se genere por las fuentes de Autocontrol y/o Auditoría, con la finalidad de mejorar productos y/o servicios que se brindan, dado que se evidenció acciones de mejora implementadas con evidencia de cierre que no se encuentran registradas en el SIGEM.

## Gestión Ambiental


CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 8.2 de ISO 14001:2015</b>	<b>X</b>		No se evidencia en el proceso de recursos físicos en la actividad derrame de sustancias peligrosas, como control operacional la instalación de diques de contención; control operacional eficaz como estrategia de control de derrames, lo cual incumple el numeral 8.2. (Preparación y respuesta ante emergencias) de la Norma ISO 14001:15.
<b>Numeral 10.2 de ISO 14001:2015</b>	<b>X</b>		En la revisión del cumplimiento de los programas de gestión ambiental, se encuentra que el programa de gestión ambiental PAUA, no se cumplió en el primer semestre de 2019 y aunque se ha llevado a cabo un análisis de los resultados obtenidos, no se encuentra

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 15 de 20</b>

			documentado el plan de mejoramiento para el cumplimiento de este programa de gestión ambiental. Adicionalmente, no se evidencia el plan de cumplimiento, objeto de la evaluación del cumplimiento legal ambiental. Lo anterior incumple lo tiene establecido en el Procedimiento para acciones correctivas, preventivas y de mejora (POE-D02,0000-04) y el numeral 10.2 (no conformidad y acción correctiva)
<b>Numeral 4.3 de ISO 14001:2015</b>		<b>X</b>	Se recomienda incluir en el alcance del SIG, cómo se considera la autoridad y capacidad para ejercer control e influencia, desde el punto de vista del sistema de gestión ambiental

### Redes

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 9.1.3 y 10 de ISO 9001:2015</b>	<b>X</b>		El incumplimiento del indicador 5 de la DRSP, conllevó a la materialización de uno de los riesgos de gestión del proceso de redes que no fue reportado y a la fecha no se ha documentado el plan de mejora para ninguno de los dos seguimientos, lo cual incumple el procedimiento de acciones correctivas y preventivas y de mejora (POE-D02.0000-004) y el numeral 9.1.3 y 10 de la Norma ISO 9001:2015.
<b>Numeral 2.2.4.6.11 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>		En el grupo de Genética, no se evidencia pleno conocimiento del personal frente al uso de las hojas de seguridad y las instrucciones sobre el uso, limpieza y manejo de la protección respiratoria suministrada, lo cual incumple el artículo 2.2.4.6.11 del DUR 1072/2015.
<b>Numeral 2.2.4.6.15 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>		En el laboratorio de Citogenética del grupo de Genética, no se evidencia el monitoreo de los riesgos higiénicos relacionados con la exposición a vapores orgánicos y no se tiene claramente establecido qué tipo de protección respiratoria debe utilizarse en esta área, lo anterior incumple el artículo 2.2.4.6.15. del DUR 1072/2015.
<b>Numeral 2.2.4.6.15 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>		En la visita al Grupo CRT que se encuentra llevando actividades desde hace 2 años en el Ministerio de Salud, se evidencia que sus puestos de trabajo no cumplen los requerimientos de tipo ergonómico y en algunas ocasiones los trabajadores informan que se presenta mucho ruido dada la cercanía con un rack de radios de comunicaciones. Los trabajadores informan en la entrevista realizada, que en varias oportunidades han notificado esta situación a la subdirectora de la Red Nacional de Trasplantes y Bancos de sangre, pero aún no se les ha dado solución. Verificando en el área de SST, informan al auditor que desconocían que estos trabajadores tuvieran su base de trabajo fuera de las instalaciones del CAN; por lo anterior, no se cuenta con la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos de este sitio. Lo anterior, incumple lo establecido en el artículo 2.2.4.6.15. del DUR 1072/2015.

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 16 de 20</b>

<b>Numeral 2.2.4.6.24 del DUR 1072/2015</b>	<b>X</b>	<p>En la revisión del botiquín del primer piso del grupo de genética se evidenciaron elementos del botiquín vencidos, adicionalmente, los botiquines no cuentan con una guía de uso y no cuentan con el control de consumo de estos elementos. En cuanto a la señalización, ubicación e identificación de extintores no se evidencia un criterio de estandarización. No se evidencian registros de capacitación sobre el uso y manejo de los extintores. En el Grupo de Genética no se tiene conformado un equipo de brigadistas. Con base en lo anterior, la Dirección de Redes se encuentra incumpliendo lo establecido en el 2.2.4.6.24. del DUR 1072/2015.</p>
<b>Numeral 7.5.3.2. de ISO 9001:2015</b>	<b>X</b>	<p>En la revisión al grupo de Trasplantes sede el CAN, en la ejecución de las actividades de promoción de actividades de donación tiene establecido el Procedimiento de promoción de acciones de donación (POE-R01.5100-001 – Versión 0 del 6 de julio de 2018), el cual relaciona que las actividades de solicitudes de promoción, cuando proceda deben registrarse en el formato: FOR-A03.0000.001. En la revisión de las actividades de solicitudes de actividades de promoción, llevadas a cabo en 2019, se evidencia el uso del registro de solicitudes de actividades de promoción a la donación (FOR-R01.5110.044), el cual se encuentra obsoleto en el SIG, tal como lo evidencia el listado maestro de registros, formato que fue eliminado el 6 de julio de 2018. Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 7.5.3.2 de la Norma ISO 9001:15.</p>


### Recursos Físicos

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 7.1.3 ISO de 9001: 2015</b>		<b>X</b>	<p>Se recomienda hacer un mantenimiento a las paredes de la oficina adaptada para el contratista pues están con mucha humedad y requiere pintura.</p>
<b>Numeral 7.1.3 ISO de 9001: 2015</b>		<b>X</b>	<p>Jornada de orden y aseo en la bodega del almacén y campañas permanentes para mantenerla.</p>

### Atención al Ciudadano

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
<b>Numeral 10.2 ISO de 9001: 2015</b>		<b>X</b>	<p>Fortalecer los mecanismos de seguimiento a planes de mejoramiento (sobre no conformidades) para confirmar la eficacia de las acciones correctivas en términos de la no recurrencia del hallazgo de no conformidad.</p>
<b>Numeral 9.1.2 ISO de 9001: 2015</b>		<b>X</b>	<p>Se sugiere a la Entidad que se defina una metodología para el tratamiento a la falta de atención a las peticiones y a los términos para resolver las PQR's que se encuentran incorporadas en el "Informe de Seguimiento al Cumplimiento de la Oportunidad en la Gestión</p>



 Instituto Nacional de Salud	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 17 de 20</b>

			de PQR's" realizado por el proceso de Atención al Ciudadano en cumplimiento a las disposiciones establecidas en la normatividad vigente (Artículos 14 y 31 de la Ley 1755/2015)
--	--	--	---

### Gestión Jurídica

CRITERIO/NUMERAL	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Numeral 6.1 ISO de 9001: 2015		X	Fortalecer el conjunto de riesgos identificados para incorporar elementos relacionados con el daño antijurídico, del cual no se observó referencia en la matriz de riesgos.

Dónde: NC – No conformidad y OM – Oportunidades de mejora

## 16. CONSOLIDADO RESULTADO GENERAL

### 16.1 CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR TIPO

HALLAZGOS	TOTALES	%
NO CONFORMIDAD	20	31,25%
OPORTUNIDADES MEJORA	44	68,75%
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

### 16.2 CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR REQUISITOS

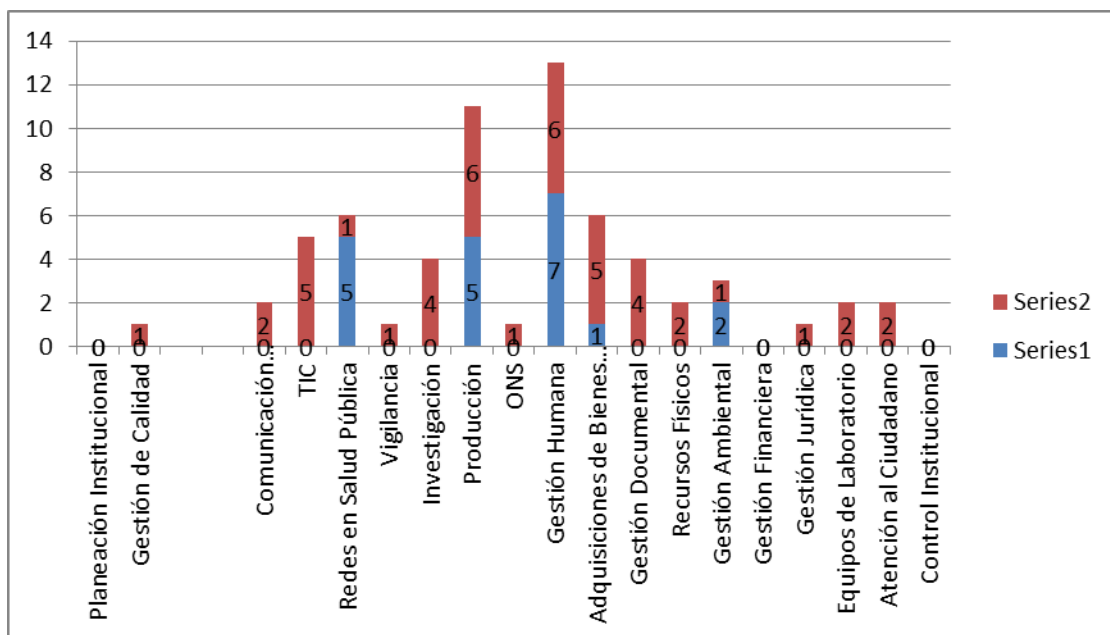
REQUISITO	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
4.3 ISO 14001:2015	1	1.56	1.56
6.1 ISO 9001:2015	2	3.12	3.12
6.1.2 ISO 14001:2015	1	1.56	1.56
7.1 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
7.1.2 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
7.1.3 ISO 9001:2015	3	4.68	4.68
7.1.4 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
7.5.1 sección b) ISO 9001:2015	3	4.68	4.68
7.5.2 Sección c) ISO 9001:2015	2	3.12	3.12
7.5.3 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
7.5.3.2 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
8.1 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
8.2 ISO 14001:2015	2	3.12	3.12
8.5.1 a) ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
8.5.3 ISO 9001:2015	2	3.12	3.12
8.7 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
9.1 ISO 9001:2015	2	3.12	3.12
9.1.2 ISO 9001:2015	2	3.12	3.12
9.1.3 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56

10 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
10.2.1 c y d ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
10.2.2 ISO 9001:2015	1	1.56	1.56
10.2 ISO 9001:2015	5	7.81	7.81
10.3 ISO 9001:2015	3	4.68	4.68
2.2.4.6.8 DUR 1072 de 2015	1	1.56	1.56
2.2.4.6.8 DUR 1072 de 2015	1	1.56	1.56
2.2.4.6.11 DUR 1072 de 2015	2	3.12	3.12
2.2.4.6.11 DUR 1072 de 2015	1	1.56	1.56
2.2.4.6.15 DUR 1072 de 2015	3	4.68	4.68
2.2.4.6.22 DUR 1072 de 2015	1	1.56	1.56
2.2.4.6.24 DUR 1072 de 2015	8	12.5	12.5
2.2.4.6.25 DUR 1072 de 2015	3	4.68	4.68
2.2.4.6.28 DUR 1072 de 2015	1	1.56	1.56
2.2.4.6.34 DUR 1072 de 2015	3	4.68	4.68
<b>TOTALES</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Cabe anotar que se reportan en total sesenta y cuatro (64) hallazgos entre No Conformidades y Oportunidades de Mejora para el SIG.


## 17. ANÁLISIS RESULTADOS OBTENIDOS

Hallazgos por Proceso



### Convenciones:

**Rojo:** Oportunidades de Mejora  
**Azul:** No Conformidades

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 19 de 20</b>

Como resultado del proceso de auditoría de la vigencia 2018 – 2019 apreciamos en la gráfica la distribución de hallazgos de No Conformidad (NC) y Oportunidades de Mejora registrando el total de hallazgos obtenidos en cada uno de los procesos del INS.

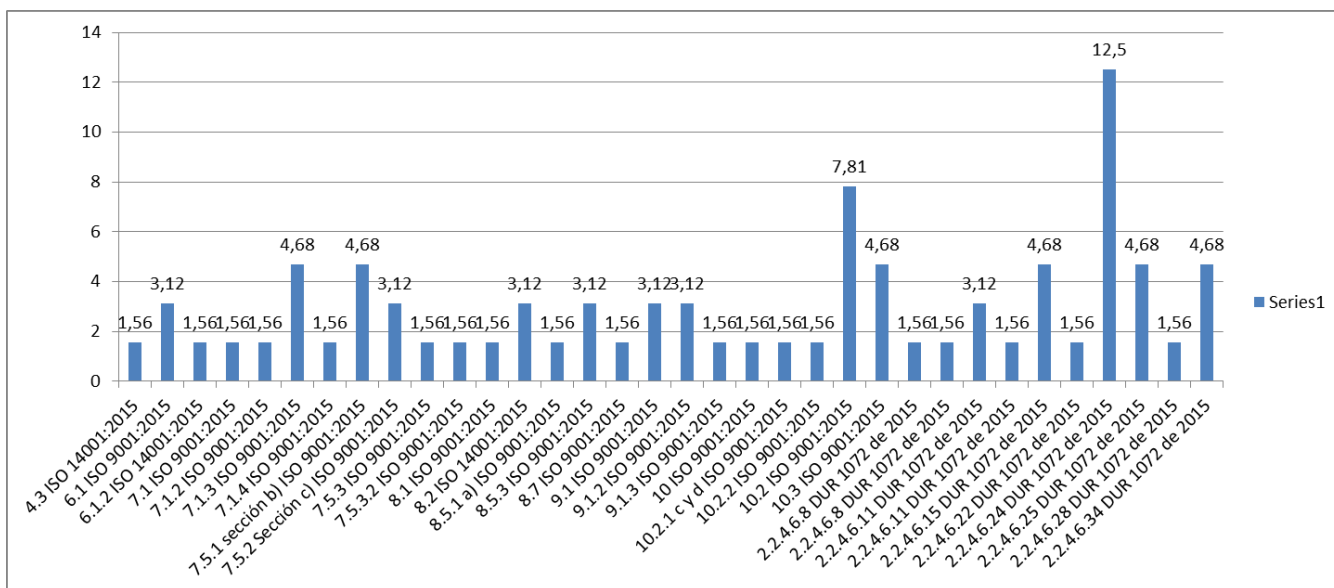
Se obtuvieron en total sesenta y cuatro (64) hallazgos entre No Conformidades y Oportunidades de Mejora, el mayor número de no conformidades (7), se registraron en el Proceso de Gestión Humana, seguido por el Proceso de Redes en Salud Pública con 5 así como el Proceso de Producción que registro igualmente 5 No Conformidades. Dichos hallazgos están relacionados mayormente con aspectos de orden legal en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como en Ambiente.

No se generaron hallazgos de No Conformidad ni Oportunidades de Mejora en los Procesos de: Planeación Institucional, Control Institucional y Gestión Financiera.

Por otra parte, en los Procesos de Producción y Gestión Humana se presentaron 6 Oportunidades de Mejora seguido de 5 generadas en Adquisiciones de Bienes y Servicios.

En cuanto a requisitos normativos se tuvo la siguiente distribución de frecuencia:


**% de Frecuencia de Incumplimiento por Requisito**



Se puede observar que del 100% de hallazgos de NC y OM obtenidos en todos los procesos, 12,5% está relacionado con el artículo 2.2.4.6.24 del Decreto 1072 seguido por el numeral 10,2 de ISO 9001:2015 con un 7,81%.

## 18. CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

- Se logro la verificación de los requisitos normativos y legales correspondientes al SIG que hicieron parte de los criterios de auditoría con las normas ISO 9001:2015; ISO 14001:2015 y DUR 1072 de 2015 en su componente SGSST, de forma transversal en todos los procesos del INS.

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - CONTROL INSTITUCIONAL</b>	<b>INFORME GENERAL DE AUDITORIA AL SIG</b>	<b>Versión: 08</b>
			<b>2018 – 09 - 28</b>
		<b>FOR-E01. 0000-005</b>	<b>Página 20 de 20</b>

- Se presentaron un total de 64 hallazgos de auditoría de los cuales 20 se clasificaron como No Conformidad y 44 como Oportunidades de Mejora, que constituyen un factor determinante en la mejora continua del SIG.
- Se evidenció en la totalidad de los procesos auditados un alto compromiso por parte del personal del INS con referencia a su rol en el SIG.
- La metodología de Manejo del Cambio desarrollada al interior del INS se caracteriza por ser robusta, sistemática, participativa e incluye una concepción integral del manejo del cambio en las dimensiones de Calidad, Ambiente y Salud y Seguridad.
- El ejercicio de Auditoría Interna permitió verificar la pertinencia, eficiencia y eficacia del SIG del Instituto Nacional de Salud, la mejora continua es la base de su filosofía y el compromiso de la Dirección así como de los colaboradores permiten hoy por hoy contar con una herramienta que agrega valor a las actividades desarrolladas de la Institución constituyéndola como un referente a nivel nacional.

<b>GESTOR PROGRAMA AUDITORIA</b>	<b>JEFE OFICINA CONTROL INTERNO</b>	<b>CLIENTE AUDITORIA (Director (a) General)</b>
<b>Elabora</b>	<b>Revisa</b>	<b>Aprueba</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Nombre:</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Cargo:</b>	<b>Cargo:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>