



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

## MEMORANDO

OCI – 319

**PARA:** JULIÁN MORENO PARRA  
Director Poblacional

**DE:** GUSTAVO RAYO MORALES  
Jefe Oficina de Control Interno

**ASUNTO:** Informe Final auditoria interna de Verificación de requisitos esenciales en Salud, de los servicios Sociales de la SDIS

Cordial y Respetuoso saludo Doctor:

Conforme al Programa de Auditoría aprobado para la presenta vigencia, cordialmente adjunto el Informe Final de la Auditoría Interna de Verificación de requisitos esenciales en Salud, de los servicios Sociales de la SDIS.

Cordialmente,

  
**GUSTAVO RAYO MORALES**  
Jefe Oficina de Control Interno

Proyecto: Giovanni Salamanca  
Anexo: Informe final de Auditoria



PROCESO: MEJORA CONTINUA  
PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORÍA INTERNA

**FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA**

Código: F-MC-SI-005

Versión: 2

Fecha: 19/09/2012

Página: 1 de 30

Auditoría a: SCI  
S&SO

X
X

SGC X  
SRS

SIGA  
SGA

SGSI

## 1. INFORME

AUDITORÍA DE VERIFICACION DE REQUISITOS EN SALUD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA SDIS, VIGENCIA 2015.

## 2. CRITERIOS DE AUDITORÍA

1. Constitución Política de Colombia 1991, artículos 44 y 49.
2. Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 Bogotá Humana
3. Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios
4. NTD SIG 001: 2011 Sistema Integrado de Gestión
5. MECI: Modelo Estándar de Control Interno. -Decreto 943 de 21 de Mayo de 2014
6. NTCGP 1000:2009 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
7. Decreto 607 de Diciembre 28 de 2007 "Por el cual se determina el objeto, la Estructura Organizacional y Funciones de la Secretaría Distrital De Integración Social".
8. Ley 100 de 1993 artículo 173.
9. Resolución 2003 de Ministerio de Salud y Protección Social del 28 de Mayo de 2014.
10. Resolución 3678 de Ministerio de Salud y Protección Social Agosto 28 de 2014: Por la cual se modifica la Resolución 2003 de 2014.

## 3. LÍDER-ESA DEL PROCESO

De conformidad con el Artículo 3 del Decreto 607 de 2007 "Por el cual se determina el Objeto, la Estructura Organizacional y Funciones de la Secretaría Distrital de Integración Social", los responsables de la Gestión Poblacional y Territorial de la Entidad, están a cargo del Dr. Julián Moreno Parra de la Dirección Poblacional y la Dra. María Antonia Velasco Guerrero de la Dirección Territorial.

## 4. EQUIPO AUDITOR

El equipo auditor que desarrolló la presente auditoría está conformado por:

- El Jefe de la Oficina de Control Interno – Dr. Gustavo Rayo Morales.
- Auditores OCI: Giovanni Salamanca R, Luz Stella Carvajal y Mauricio Rodríguez.

## 5. OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de requisitos esenciales en salud de Los Centros de Servicio Social de la Secretaría Distrital de Integración Social de acuerdo con la Normatividad vigente.

## 6. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Se verificó el cumplimiento de requisitos esenciales en salud de los Centros de servicio social de la SDIS relacionados y comprometidos con la salud de los usuarios de acuerdo con la Misionalidad de la SDIS y las regulaciones vigentes en salud.

De acuerdo con la base de datos de los Centros de Servicio Social solicitada a las Direcciones Poblacional y Territorial de la SDIS. Se tomó una muestra estratificada y representativa de este Universo discriminada por tipo de Centro. Se seleccionó aleatoriamente los Centros a visitar.

## 7. METODOLOGÍA

Este proceso inició con definición de la muestra de auditoría, con el fin de determinar el número de sedes a visitar. Para esto se solicitó a las Direcciones Poblacional y Territorial y sus respectivas Subdirecciones la base de datos actualizada de los centros de atención de la SDIS, mediante Memorandos INT-9136 e INT 9138 ambos del 27/Ene/2015. Esta base de datos suministrada se cruzó con la Base de datos de la Mapoteca publicada en la intranet con corte a febrero de 2015. Una vez realizado el cruce se pudo determinar la magnitud del universo y así se estableció una muestra estratificada, tomando los 581 centros reportados y definiendo una muestra de 60, en la cual se discriminó porcentualmente el número de centros a auditar por Subdirección para abarcar la totalidad de los servicios en la Dirección Poblacional y los Comedores para el caso de la Dirección Territorial. Así las cosas, se contaría con una muestra representativa tanto del Universo, como de cada Subdirección.

La muestra de la auditoría (60 sedes), fue tomada bajo la metodología de muestreo probabilístico aleatorio simple para poblaciones finitas, con un Universo de 581 sedes. Esta muestra arroja un nivel de confianza del 90% y un error máximo de estimación del 10%.

### Matriz de Tamaños Muestrales para diversos márgenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas

N [tamaño del universo]	581
-------------------------	-----

← Escriba aquí el tamaño del universo

p [probabilidad de ocurrencia]	0,5
--------------------------------	-----

← Escriba aquí el valor de p

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

#### Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left( \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

### Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 581 con una p de 0,5

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	60	73	89	111	141	184	244	327	432	535
95%	82	98	119	147	183	231	295	376	468	548
97%	98	116	140	170	209	260	325	402	485	554
99%	129	152	180	214	257	310	373	442	510	561

Por otra parte y para realizar una verificación completa del cumplimiento de los requisitos en Salud, se realizó una encuesta de percepción de la prestación de los servicios, esto teniendo en cuenta que no se entrevistó a personas con discapacidad cognitiva, menores de edad y aquellas que por su ámbito se les pudiera vulnerar su derecho a la privacidad con el diligenciamiento de la misma. Así las cosas, se planeó aplicar 2 encuestas por centro visitado a participantes adultos en uso de sus plenas capacidades mentales en varias de las sedes visitadas.

Cabe anotar que en el caso de Infancia, se aunaron esfuerzos y debido a la magnitud de esta subdirección, las visitas a los 33 jardines fueron realizadas simultáneamente con la auditoría del REI que está realizando la Oficina de Control Interno, dejando claro que simultáneamente con la auditoría REI 2015, se realizaría en la misma visita la verificación de requisitos en salud de los Jardines, dando cumplimiento al plan de auditoría socializado y difundido con antelación en la Dirección Poblacional. Se aprovechó y maximizó el recurso desplazado ya que el componente de salubridad de los Jardines se encuentra estandarizado en el I.U.V (Instrumento único de verificación).



PROCESO: MEJORA CONTINUA  
PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORÍA INTERNA

**FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA**

Código: F-MC-SI-005

Versión: 2

Fecha: 19/09/2012

Página: 3 de 30

Una vez definida la muestra, se procedió a elaborar el Plan de Auditoría en el cual se establecieron el objetivo, alcance, criterios y el cronograma de ejecución de la misma, la cual tendría una duración de 11 meses calendario.

Seguidamente al Plan de Auditoría se procedió a realizar la revisión documental, verificando toda la normatividad vigente aplicable en el tema de requisitos en salud a la SDIS, dentro de esta fase se verificó un requerimiento puntual de la Secretaría de Salud donde esta entidad manifestaba que si la Secretaría Distrital de Integración Social estaba prestando servicios de salud, debería habilitarlos de acuerdo a la Resolución 2003 de 2014: los resultados de esta fase de verificación y su posterior confirmación mediante las visitas en campo, se describen en el numeral 10.1 Fortalezas, 10.2 Oportunidades de Mejora y 10.3 No Conformidades del presente informe.

Así mismo en esta fase del proceso se depuraron las bases de datos, se confirmaron direcciones y sedes, se verificó en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) los servicios de la SDIS que se encontraban habilitados usando el NIT y esta revisión definió que a Febrero de 2015 la Secretaría contaba con 6 servicios habilitados. Adicionalmente en esta fase se programaron las visitas a lo largo de la vigencia 2015, la logística de vehículos para los desplazamientos, se establecieron los recursos requeridos (cámara fotográfica, grabadora de periodista, téster eléctrico, termómetro de luz infrarroja, guantes, tapabocas, cofias, linterna, termo higrómetro y pulsioxímetro) y se definieron los contenidos de las listas de verificación y de la encuesta a aplicar a los participantes.

Posteriormente con la información recopilada se procedió a remitirla a los Auditados mediante Memorando INT 12203 y Memo INT 12204 del 06 de Febrero de 2015.

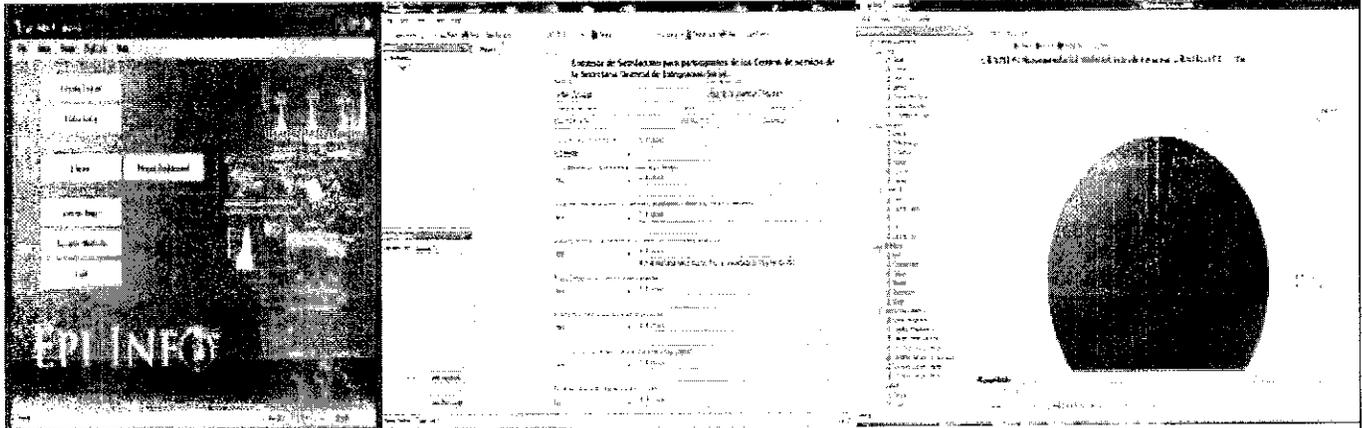
Una vez remitido el Plan se procedió a la convocatoria para la Reunión de Apertura por parte de la Oficina de Control Interno, donde se realizó una reunión el 13 de febrero de 2015, no obstante en esta, la Dra. María Antonia Velasco, Directora Territorial, expresó puntualmente que la reunión de apertura de la presente auditoría debería contar con la presencia del Comité Directivo y se comprometió a convocarla para una nueva fecha. Así las cosas, se realizó la segunda y definitiva reunión de apertura el 16 de Febrero de 2015 donde se dió inicio a la misma, se aprobó el plan de auditoría y se confirmaron los canales de comunicación.

Luego de culminadas las fases anteriores del proceso de auditoría, se dio inicio a las vistas programadas, donde en cada visita se realizó el levantamiento de información mediante recorrido interno en las sedes y encuestas a los participantes (cuando aplicaba). Posterior a cada visita el equipo auditor se reunía y con las evidencias recopiladas (archivos de audio, fotografías, encuestas, planillas de asistencia, etc) se elaboraba un acta de visita por cada sede visitada y se remitía al delegado de la Dirección Poblacional la respectiva acta para que esta fuera distribuida a discreción con los involucrados en el proceso y así se pudiera iniciar el plan de mejoramiento respectivo atendiendo el principio de celeridad teniendo en cuenta que el informe final está planificado para el mes de diciembre. Las actas de la Subdirección de Infancia y Los Comedores a cargo de la Dirección Territorial no tuvieron la misma dinámica y el motivo obedeció a la magnitud de la Subdirección de infancia y al tamaño de su muestra de 33 Jardines Infantiles. Se aunaron esfuerzos aprovechando los desplazamientos de los equipos auditores en el marco de la auditoría REI 2015. Tomando ventaja de revisar simultáneamente el componente de salubridad de los Jardines y visitando algunos de los comedores en las Localidades.

Paralelamente a esta labor, en las visitas en donde el equipo auditor consideró que la sede ameritaba una Alerta Temprana se generó y en el desarrollo de esta auditoría se remitieron dos (2) Alertas Tempranas una al Señor Secretario, Dr. Jorge Enrique Rojas en relación con la Casa de la Juventud de Chapinero y otra a la Dra. María Antonia Velasco Directora Territorial por el Comedor Comunitario Santa Fe. Dichas alertas se generaron teniendo en cuenta la Sentencia C-103 de 2015 de la Corte Constitucional y la Circular 047 de la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. del 31 de Marzo de 2015.

Una vez recopilada la información de la encuesta de los participantes se procedió metodológicamente a cargar la información en el Software de Epi info para su correspondiente tabulación y análisis. Se eligió este aplicativo por

ser el programa de vigilancia Epidemiológica más distribuido y soportado por el Centro de Control de Enfermedades (Atlanta- Georgia) con la ventaja de ser un software de distribución gratuita.



Cuando se culminaron las visitas a la totalidad de sedes seleccionadas, la Dirección Poblacional solicitó realizar mesas de trabajo, con la finalidad de realizar un plan de choque con el resto de Áreas y Subdirecciones involucradas en el tratamiento de las observaciones que quedaron consignadas en las actas de visitas.

Posteriormente la Dirección Poblacional solicitó una reunión con el equipo auditor de la OCI para presentar la línea que dio el Subdirector(a) a las diferentes Sedes, donde las acciones a tomar no solo aplicarían a los centros auditados sino a la totalidad de Centros a cargo.

En estas mesas de trabajo, el equipo auditor de OCI valoró las respectivas evidencias documentales que traían las diferentes subdirecciones en relación a las mejoras que se han derivado producto de las visitas.

Luego, los auditores OCI aleatoriamente visitaron una sede por subdirección con el fin de corroborar las evidencias de avance presentadas, estas visitas se realizaron el día 25 de noviembre de 2015.

A partir de los resultados en las visitas consignados en las actas, la mejora presentada a través de las evidencias documentales en las mesas de trabajo, las visitas de confirmación de evidencias y los resultados consolidados se procedió a realizar el presente informe con los hallazgos confirmados.

## 8. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

La presente auditoría se realizó del 27 de enero al 16 de Diciembre de 2015. Se verificó información y cumplimiento de requisitos para la vigencia 2015.

## 9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO

Teniendo en cuenta que la Secretaría Distrital de Integración Social tiene por objeto orientar y liderar la formulación y el desarrollo de políticas de promoción, prevención, protección, restablecimiento y garantía de los derechos de los distintos grupos poblacionales, familias y comunidades, con especial énfasis en la prestación de servicios sociales básicos para quienes enfrentan una mayor situación de pobreza y vulnerabilidad. Así como, prestar servicios sociales básicos de atención a aquellos grupos poblacionales que además de sus condiciones de pobreza se encuentran en riesgo social, vulneración manifiesta o en situación de exclusión social; y que de acuerdo con los criterios de auditoría, la ley 100 define en su Artículo 1: El Sistema de Seguridad Social Integral

tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

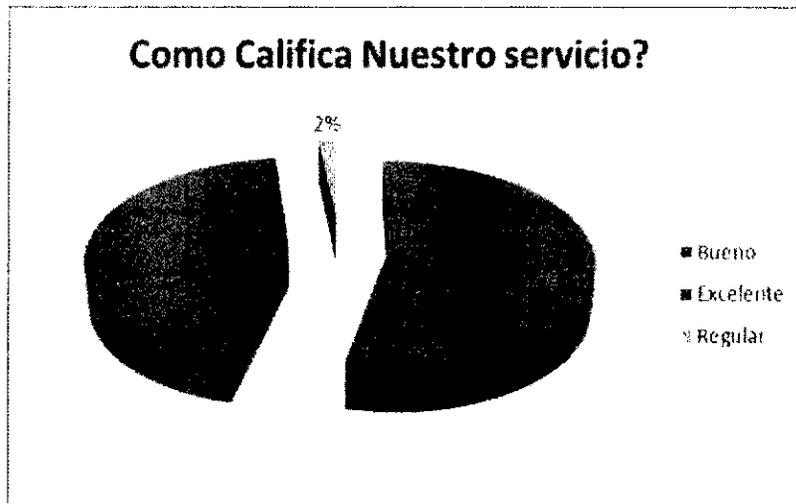
El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro. La auditoría se enmarca en el proceso de prestación de los servicios sociales.

## 10. HALLAZGOS

En la identificación de los hallazgos se enuncian inicialmente las FORTALEZAS, o sea, aquellas actuaciones relevantes detectadas por el equipo auditor en el transcurso de la auditoría; luego, se mencionan las OPORTUNIDADES DE MEJORA, situaciones que no implican incumplimientos de requisitos, pero que deben ser tenidas en cuenta para realizar mejoras en los procesos o mitigar posibles riesgos y por último se plasman las NO CONFORMIDADES que son incumplimientos de requisitos. Es preciso elaborar un plan de mejoramiento en el cual se deben incorporar tanto las acciones de mejora en relación con las oportunidades de mejora, las acciones preventivas para atender los riesgos advertidos, así como las correcciones y acciones correctivas correspondientes a las no conformidades, para lo cual se debe tener en cuenta el procedimiento de acciones de mejora y su correspondiente instrumento de seguimiento y control.

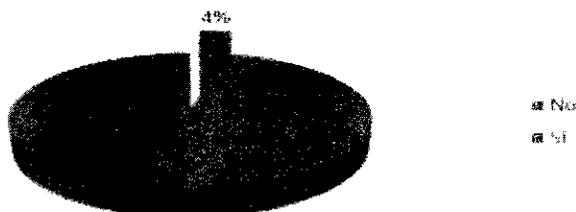
### 10.1 FORTALEZAS

**10.1.1** A través de las visitas a las diferentes sedes de la SDIS, se pudo evidenciar presencia e impacto a lo largo y ancho del Distrito Capital y la vocación de servicio para el desarrollo de las labores sociales, lo cual se confirmó con las entrevistas realizadas a los participantes donde la tabulación a la pregunta No 1 ¿Cómo califica nuestro servicio? Arrojo que el 44.74% definió el servicio recibido como excelente y el 53.51% como bueno.



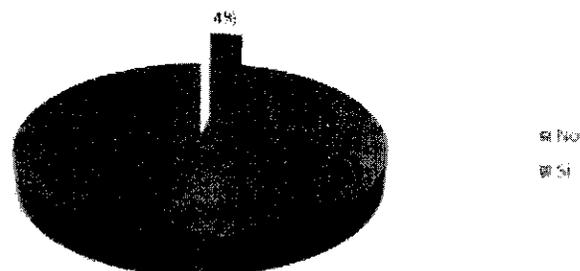
**10.1.2** Se pudo identificar oportunidad en la prestación de los servicios a través de la respuesta No.2 del cuestionario ¿La atención que se le presta es oportuna y a tiempo?, donde el 96,43% manifiesta que sí.

**La atención que se le presta es oportuna y a tiempo?**



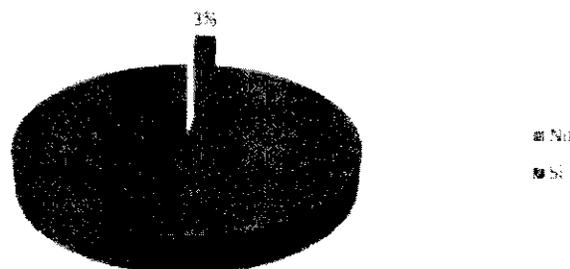
**10.1.3** Así mismo el 96,49% de los encuestados manifestó que las personas del Centro son amables, respetuosas y están dispuestos a colaborarle.

**Las personas en el Centro son amables, respetuosas y están dispuestas a colaborar?**



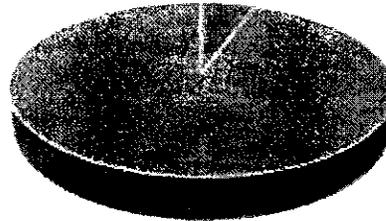
**10.1.4** Con relación al horario, un 97.37% de los encuestados, manifiesta que son convenientes los horarios que maneja el Centro.

**Los horarios que se manejan en el Centro son convenientes para usted?**



**10.1.5** El 94.64% de los encuestados manifiesta que encontró solución a sus expectativas en el Centro.

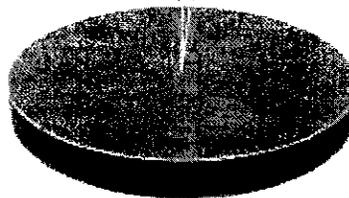
Encontró usted la solución a sus expectativas?



• No • 1%

**10.1.6** Con relación a la presentación personal de los funcionarios y contratistas que atienden en el centro, el 99,12% (es decir 113 de 114 encuestados) manifestó que es la apropiada, confirmando una vez más el esfuerzo y la vocación de servicio que tienen las personas que laboran en las sedes visitadas.

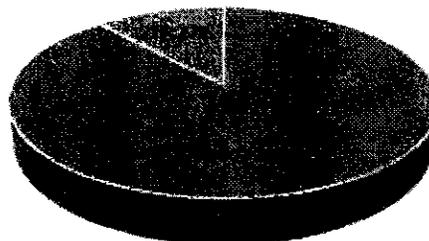
La presentación del personal que atiende es apropiada?



• No • 1%

**10.1.7** Solo el 12% de los participantes encuestados correspondiente a 13 de 111 personas, manifestaron que han colocado alguna queja o reclamo de los servicios.

Ha colocado usted alguna queja o reclamo?

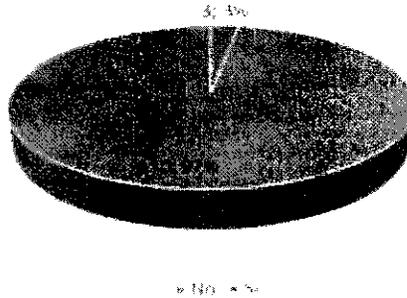


• No • 12%

**10.1.8** Por último, con relación a los resultados de la encuesta, el 97,35% de los participantes encuestados manifestaron que recomendarían este centro de atención por diferentes motivos, dentro de los cuales

están: por ser bonito, porque es uno de los mejores de Bogotá, porque los espacios son muy lindos, entre otros.

**Recomendaría usted este Centro de atención ?**



**10.1.9** Las visitas de Auditoría por parte de la Oficina de Control Interno fueron acompañadas por los referentes y/o gestores del nivel central cumpliendo la Resolución 096 de 2015 que les otorga esta función y agregándole celeridad y proactividad al proceso.

**10.1.10** Se recibió apoyo dentro de todo el proceso de Auditoría por parte de la Dirección Poblacional lo que facilitó el desarrollo de la misma y se manifestó el compromiso con este proceso.

**10.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA**

**10.2.1** Se apreció el uso y de jeringas hipodérmicas para realizar las diluciones de hipoclorito de sodio al 5.25% en áreas de cocinas y en servicios generales, así mismo se emplean estos elementos para dosificar medicinas a los participantes y para facilitar la ingesta de medicamentos en algunos participantes. Lo anterior representa riesgo y extra costos innecesarios para la Secretaría Distrital de Integración Social, debido primero a que las jeringas vienen con aguja y esto amerita la implementación de guardianes con su correspondiente protocolo de recolección de agujas que NO se utilizan. Segundo a la vista de los organismos de control se puede presumir la administración de medicamentos parenteralmente en los servicios y tercero el uso continuo de las jeringas con hipoclorito de sodio al 5.25%, puede causar accidentes laborales ya que el émbolo de caucho se desintegra por la acción del químico pudiendo producir eyección del producto hacia el rostro del operador.

**10.2.2** Se detectaron en los Centros auditados, la presencia de galones con jabón quirúrgico que fueron entregados sin ser solicitados pero que no han sido empleados porque NO tienen uso aprovechable para el nivel de atención de nuestros Centros de atención Social. Cabe anotar que este gran lote de galones de jabón quirúrgico están próximos a vencer (Febrero de 2016).

**10.2.3.** Durante las visitas de auditoría a las diferentes sedes, se pudo interactuar con profesionales del área de salud de la planta de nuestra Secretaría Distrital de Integración Social (Médicos, Odontólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Terapistas, Fonoaudiólogos etc). El personal anteriormente mencionado prestaba servicios de salud pero al deshabilitar servicios se evidenció la subutilización del mismo.

**10.2.4.** Dentro del formato de toma de signos vitales que tienen implementado en algunas subdirecciones, no se encuentra una casilla para la toma de oximetrías siendo importante detectar de forma temprana la saturación de oxígeno como signo de alerta de ciertos participantes (adultos mayores, oxígeno requirientes, participantes con problemas o afecciones respiratorias, etc.).

- 10.2.5.** Pese a que, en algunos de los Centros visitados se tenía personal capacitado como primer respondiente. Se evidenció la falta de adherencia en el protocolo de resucitación cardio pulmonar en los Centros auditados, sumado a lo anterior que la relación personal capacitado como primer respondiente versus participantes es demasiado baja en general.
- 10.2.6** Independiente de lo que significa aparecer en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). Nuestra Secretaría de Integración Social tiene registrados con su número NIT. Los Centros Forjar de la subdirección de infancia con 6 servicios habilitados. La oportunidad de mejora es porque aparecen con dos números NIT diferentes: 859061-9 y el 899999061-9, siendo el segundo el verdadero NIT de Integración Social y el primero un error semántico (ocho, cinco nueve diferente a ocho, cinco nueves), pero que hace aparecer los mismos centros forjar dos veces en la base de datos del REPS.
- 10.2.7** Durante las visitas, se detectó en el diligenciamiento del componente de salud de las historias sociales de los participantes que dentro de las mismas no se conocen los antecedentes de salud lo que impide manejar integralmente al participante sin vulnerar la bioseguridad de la comunidad de los Centros de la SDIS.
- 10.2.8** El proceso de Gestión de Bienes y Servicios es insuficiente en personal y recursos para atender las necesidades de mantenimientos preventivos y correctivos de todos los Centros de la SDIS.
- 10.2.9** La Secretaría Distrital de Integración Social cuenta con un servicio de administración de los medicamentos que la IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) prescribe a los participantes. En ese orden de ideas la dinámica no permite el manejo de medicamentos sin un dueño, ni autoriza la compra de medicamentos en los Centros de atención.
- 10.2.10** Se detectó que solamente los Centros Forjar se encuentran habilitados en el REPS, al visitar el Centro Forjar de Suba y a la Líder del Proyecto 760 en el Nivel Central se pudo determinar que por directriz del ICBF a través de la Resolución 3899 del 8 de septiembre de 2010 (numeral 1, artículo 17) estos centros deberían habilitarse. Al verificar en campo si éstos Centros Forjar cumplían con la totalidad de los requisitos de habilitación se pudo comprobar que a la fecha no se cumplía con éstos requisitos. A futuro cuando Inspección y Vigilancia de la Secretaría Distrital de Salud visite estos Centros se tendrán inconvenientes por cumplir con la normatividad.

### **10.3 NO CONFORMIDADES**

No Conformidades generalizadas en las sedes visitadas:

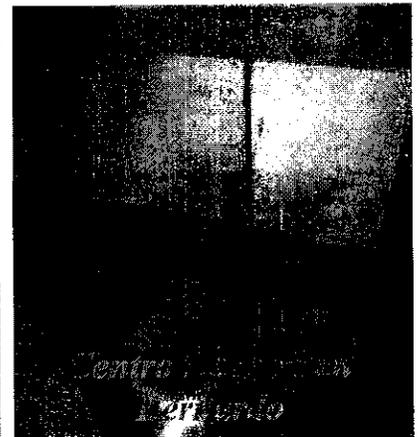
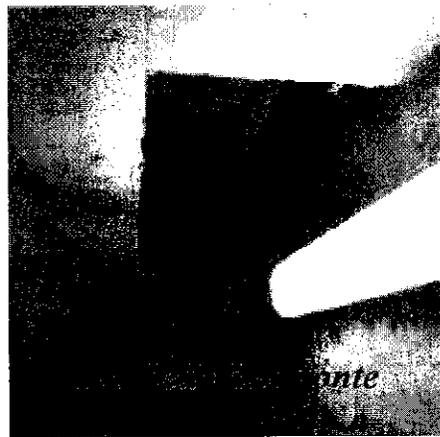
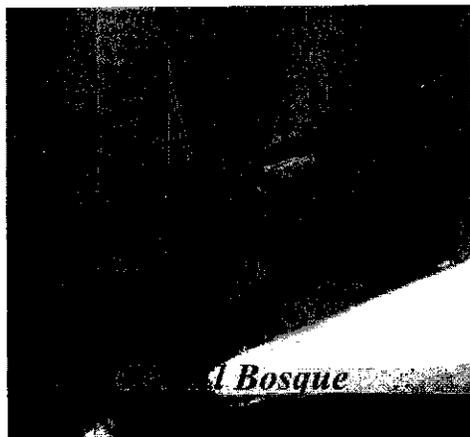
**10.3.1 AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS:** el 85.71% de las sedes visitadas presentan no conformidades relacionadas con ambientes adecuados y seguros. Estas no conformidades están dentro del alcance de la presente Auditoría de verificación de requisitos en salud de los Centros de la SDIS por:

**10.3.1.1 TECHOS Y CUBIERTAS:** Las deficiencias en las cubiertas de los centros alteran la temperatura de las áreas, vulnerando la homeostasis corporal de los participantes. Así mismo, favoreciendo condiciones humedad en el ambiente que exacerban problemas respiratorios en los participantes. Con lo anterior también se promueve un ambiente propicio para el crecimiento del moho y por último se permea la vía de entrada para la proliferación de vectores. Lo anterior contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios.

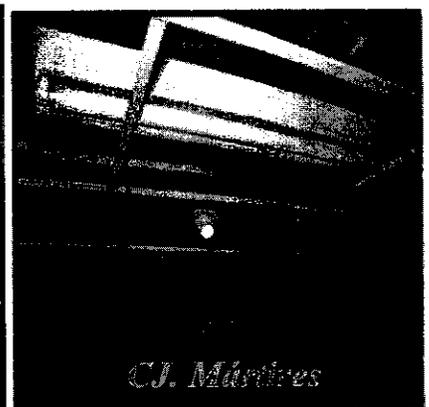
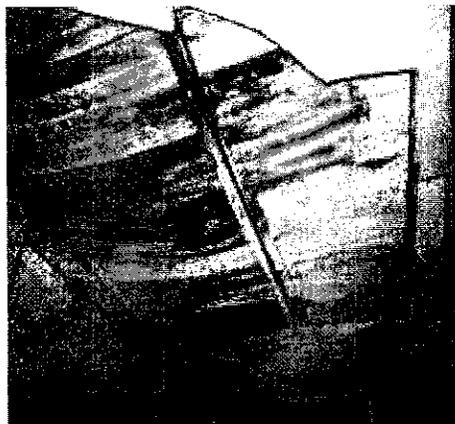
Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez



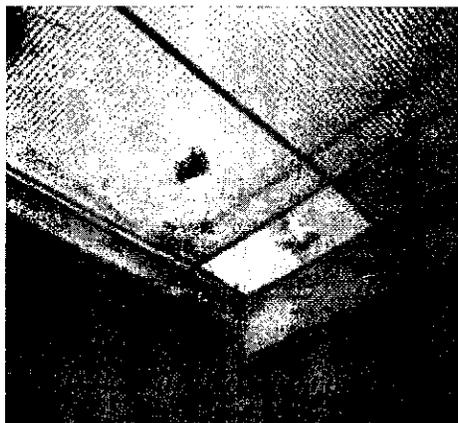
Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez



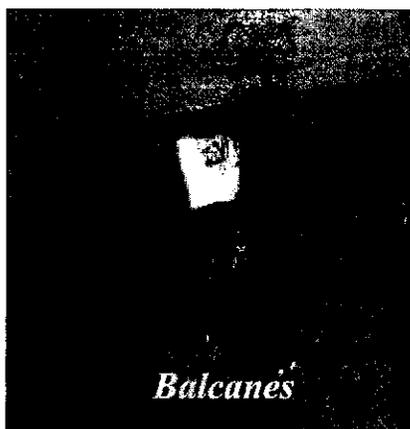
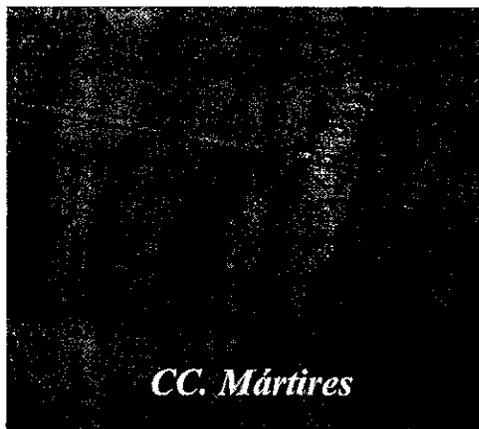
Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud



Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia



Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721



Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia

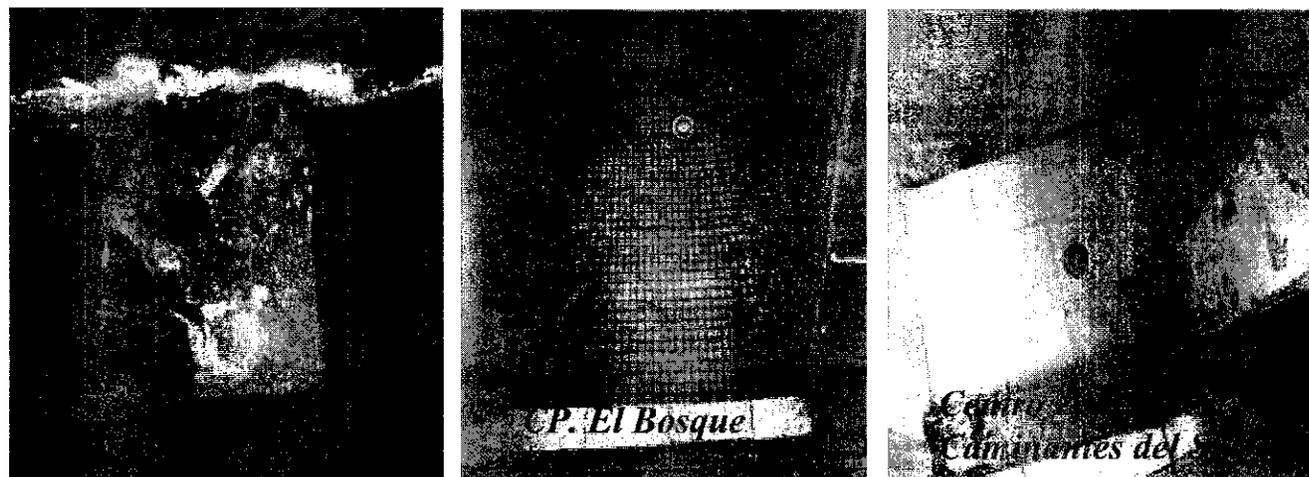


**10.3.1.2 PISOS:** Se evidenciaron pisos con superficies lisas sin la debida instalación de mecanismos antideslizantes lo cual representa riesgos de caídas para las personas. Lo anterior se evidencia principalmente en las áreas húmedas (duchas y baños). También se evidenció ausencia de las rejillas de los desagües, lo que representa riesgo mecánico de atrapamiento y espacio propicio para la entrada de vectores. Así mismo se encontraron grietas, hendiduras y huecos que aparte de representa riesgo de caídas y/o atrapamientos representan espacios retentivos inapropiados para la correcta aplicación de los protocolos de desinfección favoreciendo así la colonización bacteriana y por ende riesgo de contaminación para los participantes. Lo anterior contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios

Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez



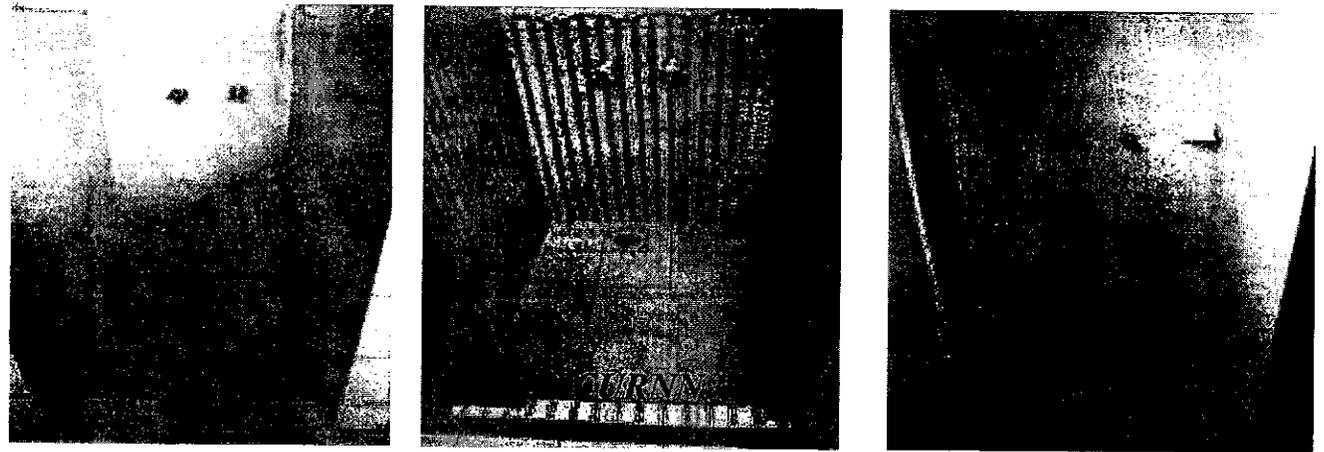
Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez



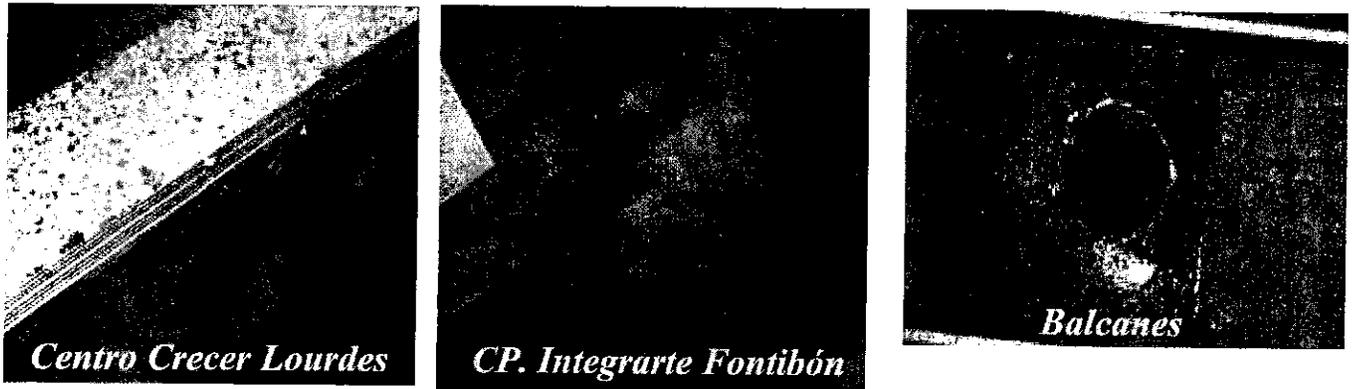
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**

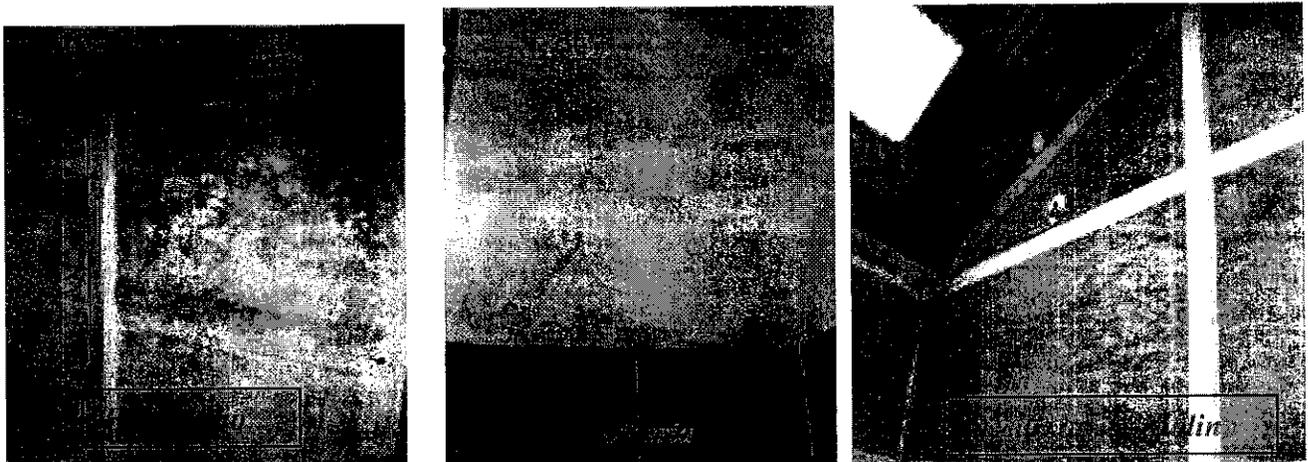


**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**

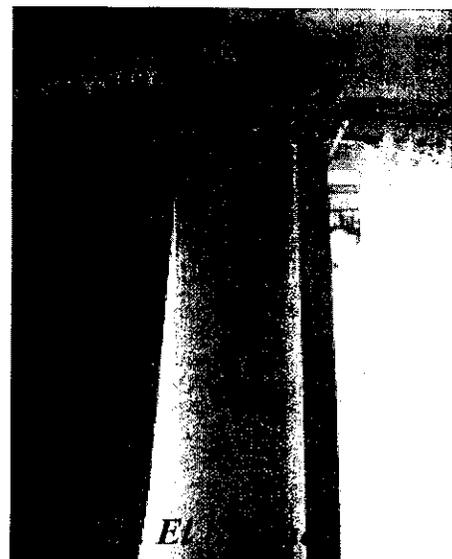
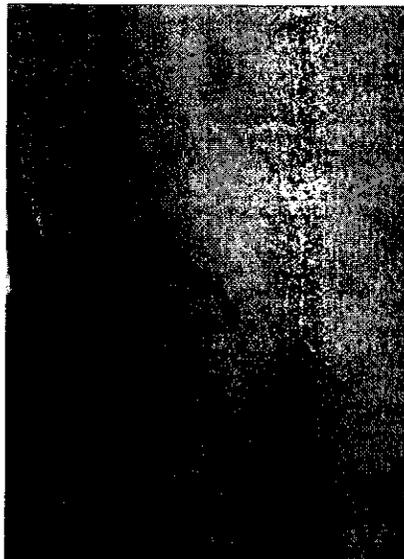


**10.3.1.3 HUMEDADES:** Durante las visitas se detectaron múltiples humedades en paredes, techos y pisos. Estos ambientes poco ventilados y con alto nivel de humedad ambiental, tenderán a estar permanentemente húmedas: el lugar ideal para la proliferación de ácaros y moho. Los ácaros son organismos microscópicos cuyo hábitat son los ambientes de entre 70% y 80% de humedad. Durante el transcurso de nuestra auditoría detectamos múltiples espacios con estas características (vista, olor, termo higrómetro) las cuales representan riesgo para la salud de los participantes. Lo anterior contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios

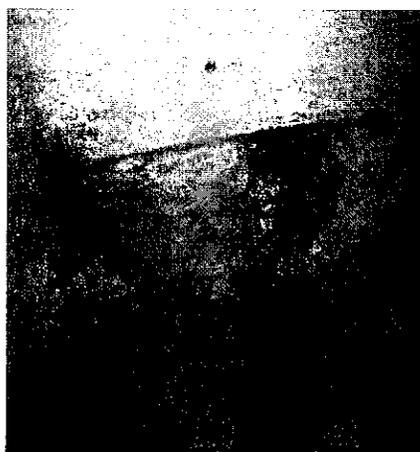
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez**



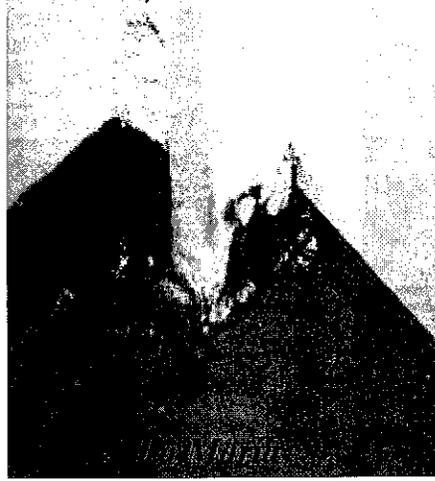
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez**



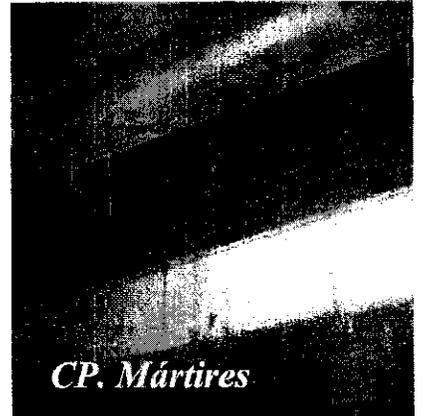
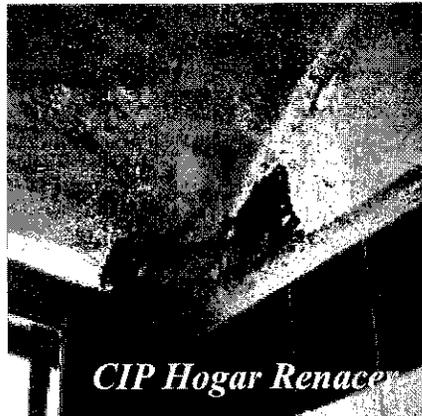
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud**



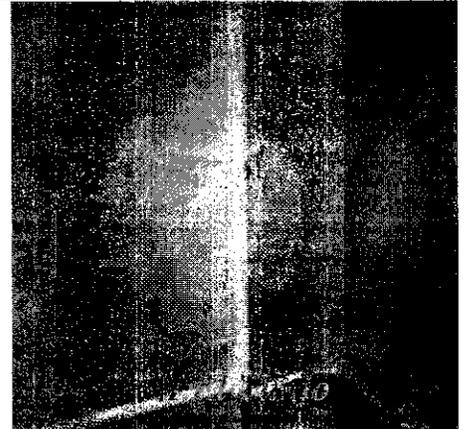
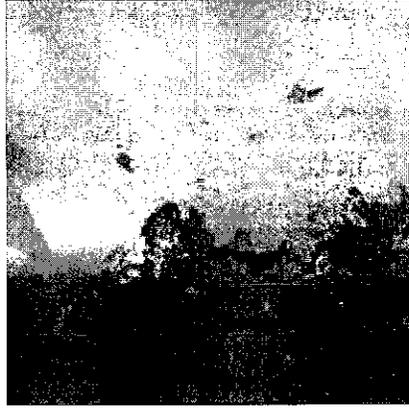
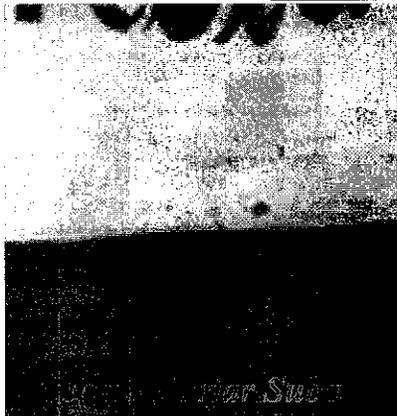
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



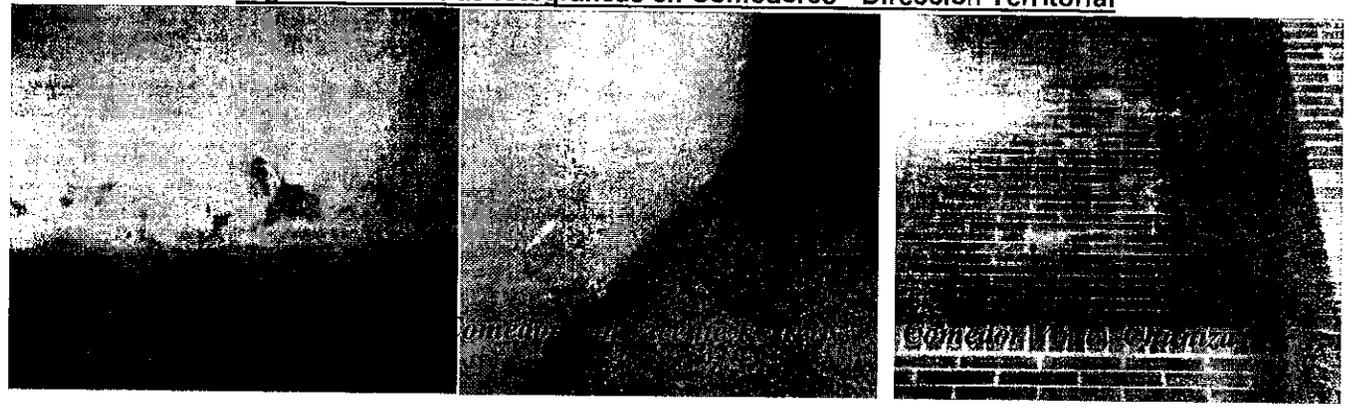
**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**

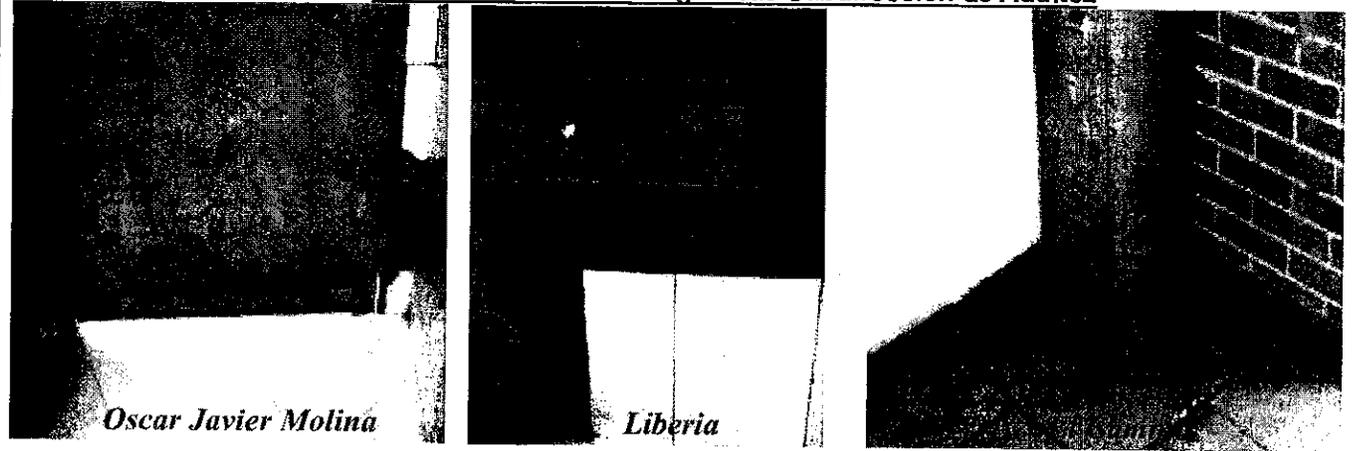


**Algunas evidencias fotográficas en Comedores - Dirección Territorial**



**10.3.1.4 OXIDACIONES:** Se evidenciaron múltiples oxidaciones en ventanearía, puertas, estantes, lockers, lo cual constituye riesgo para los colaboradores y participantes de la SDIS por la generación de óxidos y riesgo en caso de cortes o raspaduras con estas superficies que ameritaría como mínimo activar el protocolo de vacuna antitetánica intrahospitalariamente con los correspondientes costos para la Entidad. Lo anterior contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios

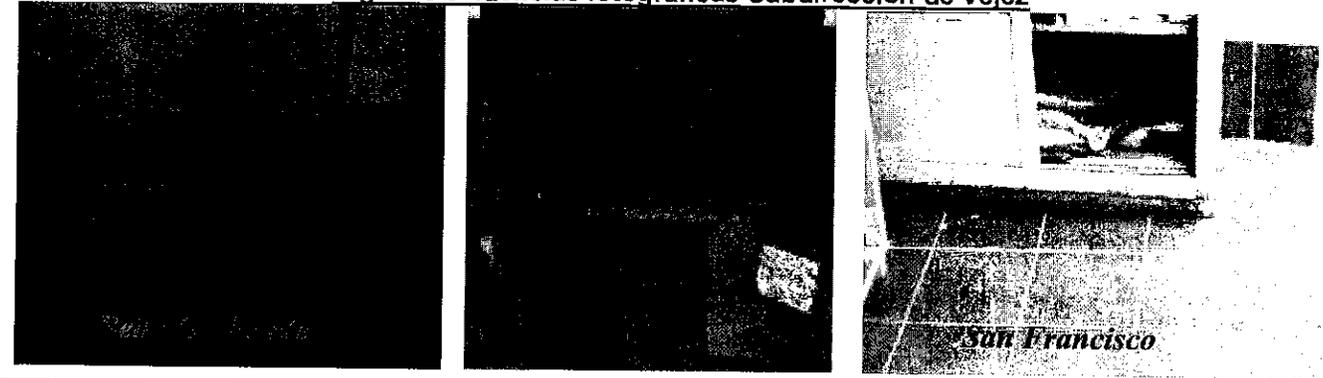
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez**



*Oscar Javier Molina*

*Liberia*

**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez**

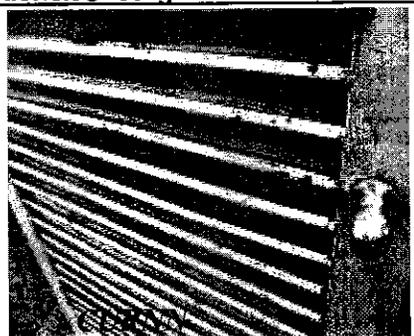


*San Francisco*

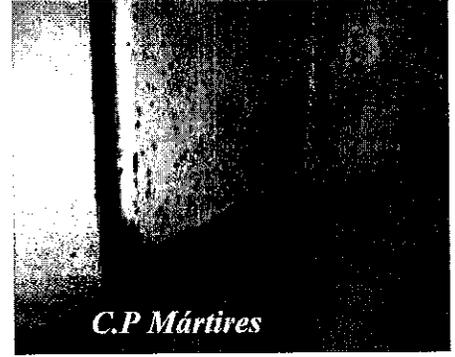
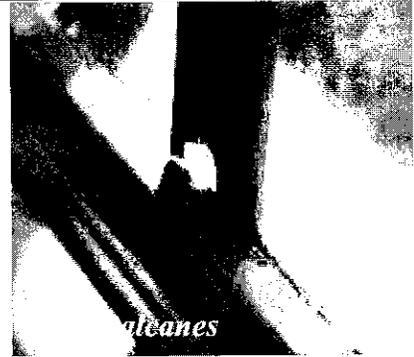
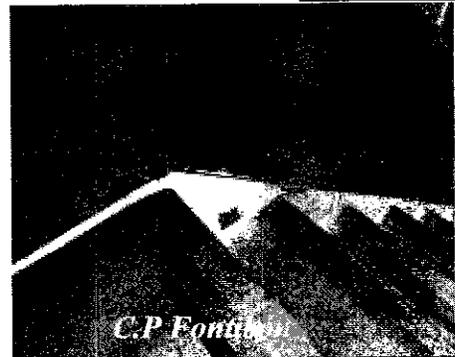
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud**



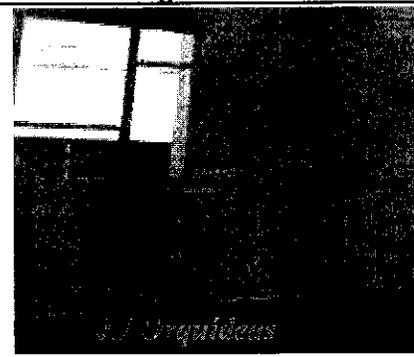
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



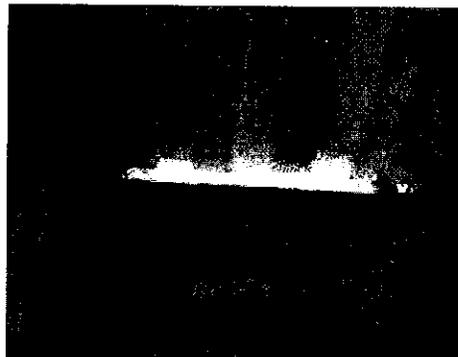
**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**

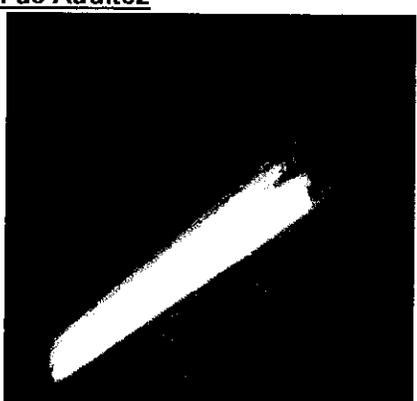
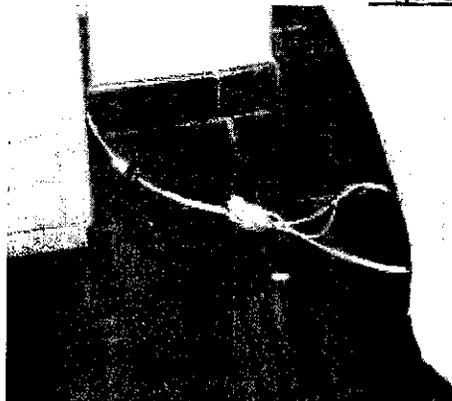


**Algunas evidencias fotográficas en Comedores - Dirección Territorial**

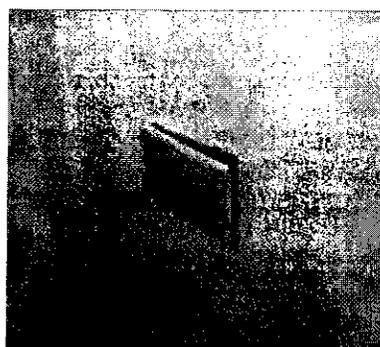
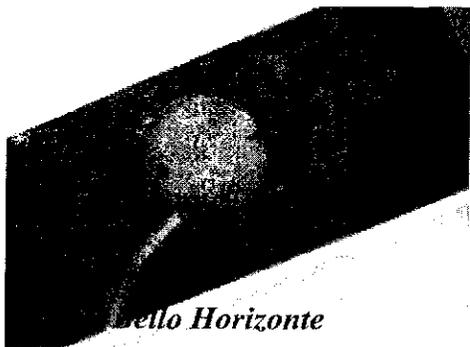


**10.3.1.5 RIESGO ELECTRICO:** Se evidenciaron múltiples hallazgos de origen eléctrico en los Centros auditados, como toma corrientes expuestas y al alcance de los participantes, duchas eléctricas sin la debida instalación, improvisación de instalaciones eléctricas sobrecargando circuitos, caja de circuito eléctrico sin señalización y al alcance de los participantes, lámparas sueltas, bombillos sin su debida protección en caso de ruptura, indebida instalación de artículos o artefactos eléctricos de tipo industrial, Las instalaciones de gas están junto a las instalaciones eléctricas. Todo lo anterior representa riesgo de choques eléctricos para los participantes, quemaduras y/o conflagraciones. Lo anterior contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios

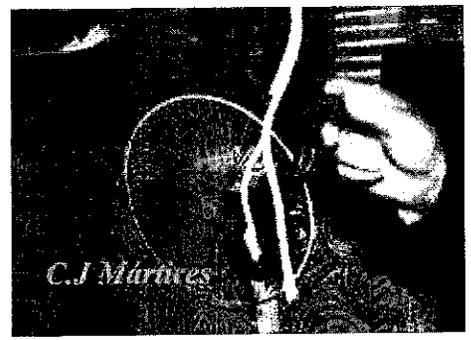
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez**



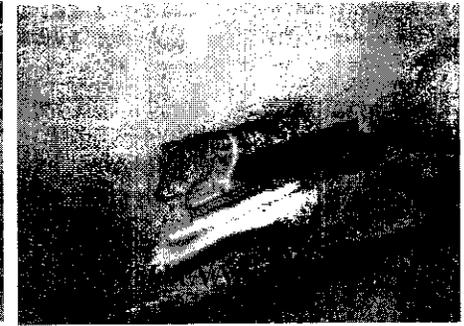
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez**



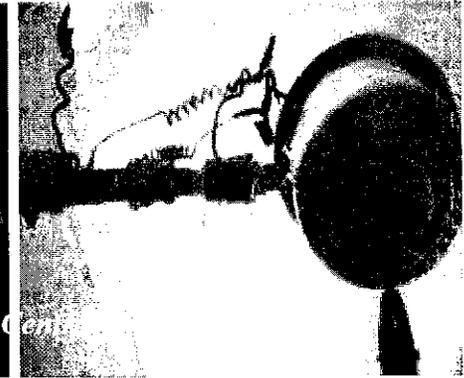
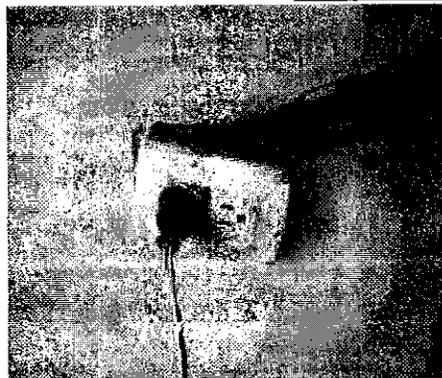
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud**



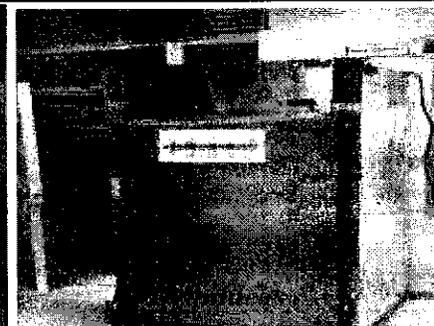
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**



**Algunas evidencias fotográficas en Comedores - Dirección Territorial**



**10.3.1.6 RIESGO CORTO PUNZANTE:** Se evidenciaron múltiples elementos cortantes como bisturíes, tijeras, corta uñas, máquinas de rasurar, vidrios, espejos, y cristales vencidos o rotos; así como elementos punzantes tipo agujas hipodérmicas, agujas de costura, y lancetas al alcance de los participantes. Lo anterior representa riesgo para los participantes y contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios.

**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez**



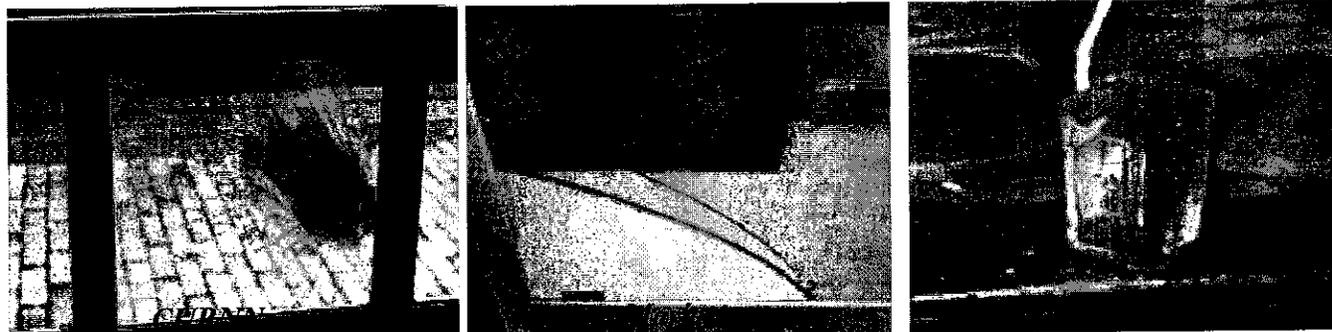
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez**



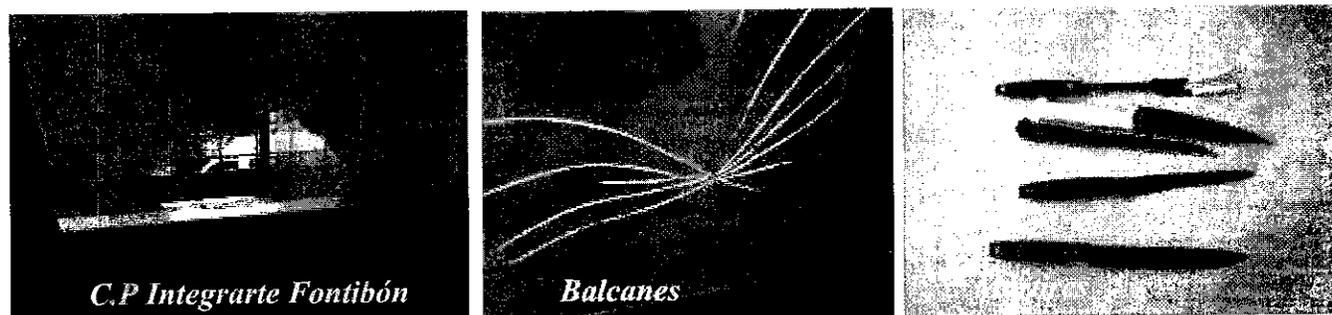
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**



**10.3.2 HIGIENE Y SALUBRIDAD:** el 91.41% de las sedes visitadas presentan no conformidades relacionadas con higiene y salubridad, estas no conformidades son el objetivo mismo de la presente Auditoría de verificación de requisitos en salud de los Centros de la SDIS y se clasifican de la siguiente manera:

**10.3.2.1 DEFICIENCIAS EN EL MANEJO Y CONTROL DE VECTORES:** Se pudo determinar que en la mayoría de los Centros auditados se incumple con lo normado en cuanto al manejo y control de vectores. Lo anterior se resume en inadecuado manejo de desechos (canecas sin tapas, shut de basuras, implementación de las rutas de recolección de basura), acumulación de elementos inservibles, presencia de animales domésticos (mascotas) sin su correspondiente esquema de vacunación, malas prácticas de orden y aseo así como deficiencias en el mantenimiento de pasto y vegetación. Lo anterior contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional), sus Decretos Reglamentarios y los procedimientos ambientales definidos por la entidad para éstos temas.

**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez**



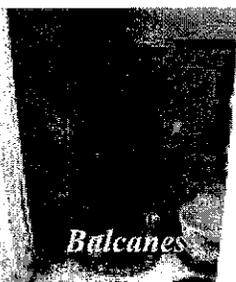
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud**



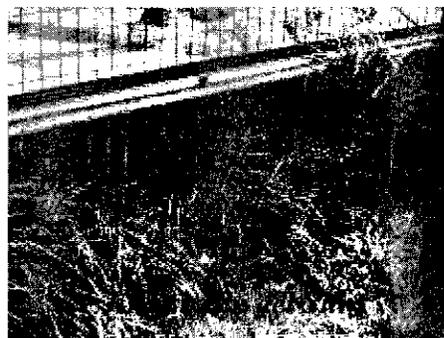
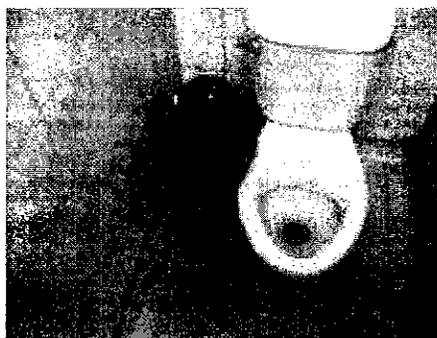
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



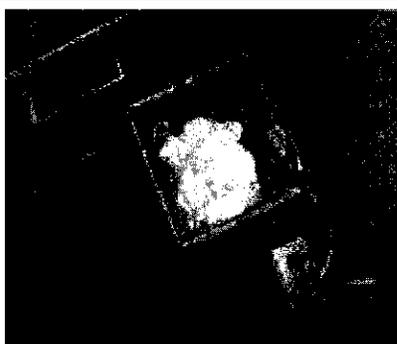
**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**

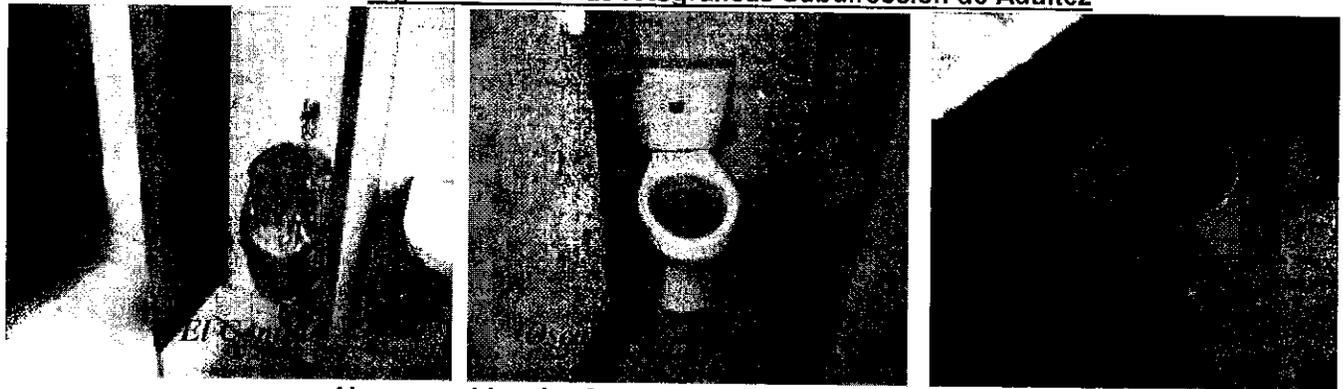


**Algunas evidencias fotográficas en Comedores - Dirección Territorial**

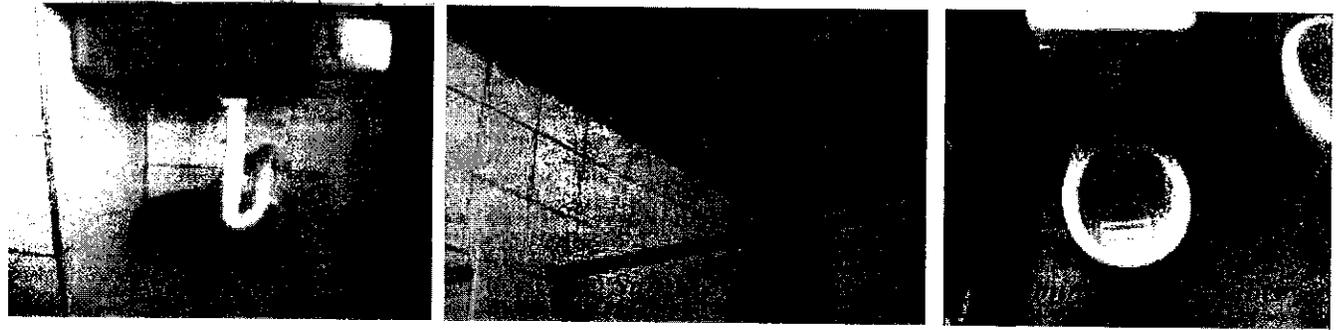


**10.3.2.2 DEFICIENCIAS EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCION:** Se detectaron deficiencias en la correcta aplicación de los protocolos de limpieza y desinfección de los Centros auditados, es decir no se evidenció la adherencia del personal a los mismos, lo cual representa riesgos para la salubridad de todo el personal presente en nuestros Centros de atención. Básicamente se evidenciaron fallas en los protocolos de desinfección de áreas, contaminación cruzada por deficiencias en las rutas de recolección, contaminación de elementos como colchonetas en áreas críticas (baños y lava colas), deficiencias con el correcto funcionamiento de las baterías sanitarias, presencia de elementos de aseo contaminados en los baños, presencia de alimentos en dormitorios y contaminación de las aulas múltiples principalmente en los jardines infantiles (aula de clases, comedor y dormitorio en un mismo espacio). Lo anterior contraviene lo normado en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional), sus Decretos Reglamentarios y los procedimientos ambientales definidos por la entidad para éstos temas.

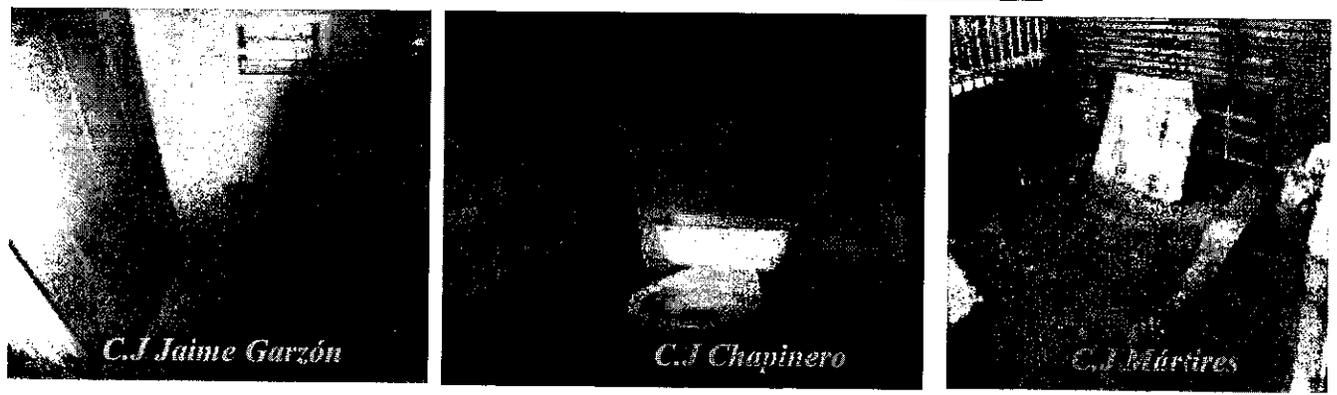
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez**



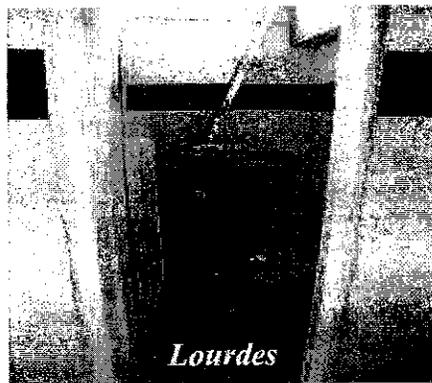
**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



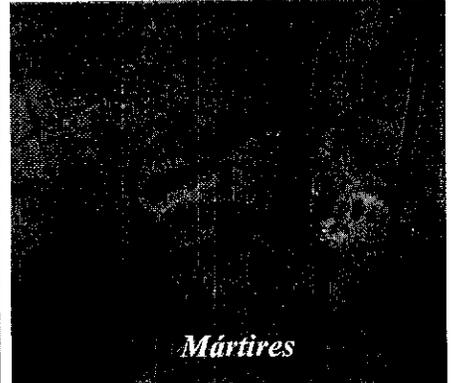
**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**



*Lourdes*



*San José*



*Mártires*

**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**



**Algunas evidencias fotográficas en Comedores - Dirección Territorial**



*Comedor Alameda*



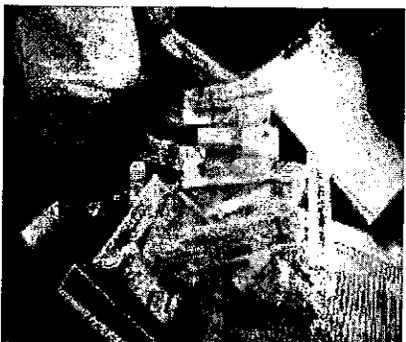
*Comedor María Trejo*



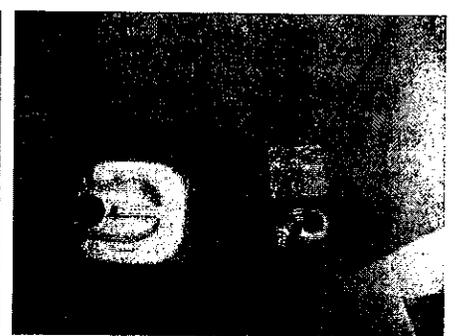
*Comedor San Vicente Ferrer*

**10.3.2.3 RIESGO BIOLÓGICO, QUÍMICO Y FARMACOLÓGICO:** Se evidenció riesgo Biológico en la mayoría de los Centros auditados, por contaminación de los elementos de higiene personal en especial cepillos de dientes y estropajos, por la evidente vulneración de la cadena de frío de algunos alimentos, que favorece la descomposición de alimentos y con ella el crecimiento de bacterias. También se detectó el fácil acceso a sustancias químicas por parte de los participantes lo que representa riesgo para la salud de los participantes teniendo en cuenta la toxicidad de estas sustancias. Finalmente se tipificaron riesgos farmacológicos por mal manejo de medicamentos. Si consideramos la farmacocinética, farmacodinamia y los efectos adversos y secundarios de los medicamentos cuando no se administran con precisión, entonces estamos enfrentados a un riesgo que pone en peligro la vida de los participantes. Por todo lo anterior contraviene lo normado en la Ley 100 de 1993, Resolución 2003 de 2014, Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus Decretos Reglamentarios.

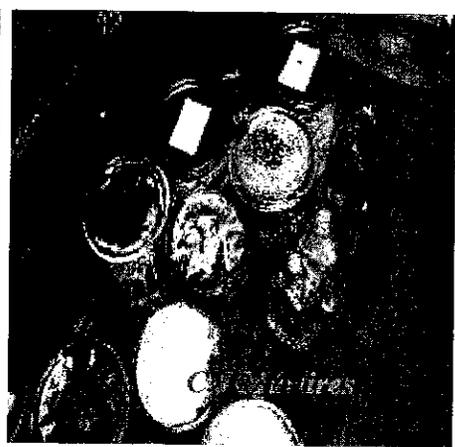
Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Adultez



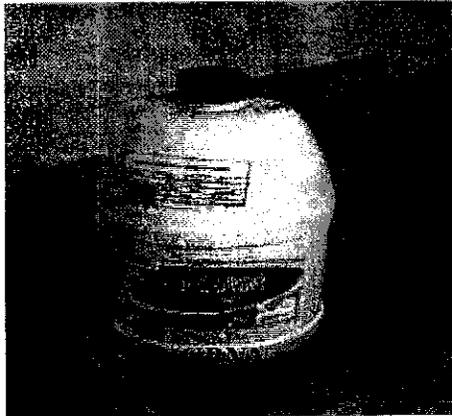
Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Vejez



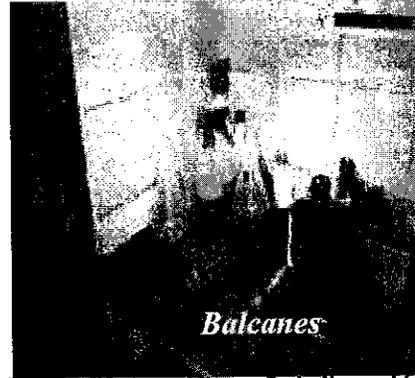
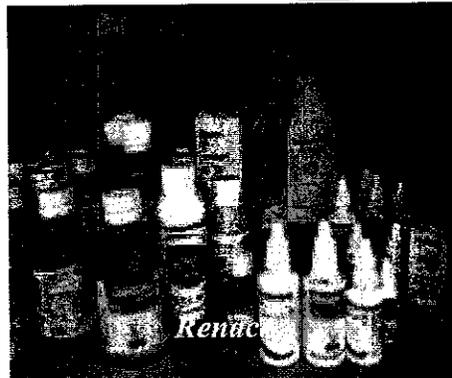
Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Juventud



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Familia**



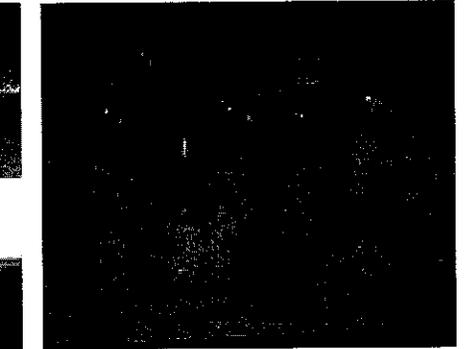
**Algunas evidencias fotográficas Discapacidad Proyecto 721**



**Algunas evidencias fotográficas Subdirección de Infancia**



**Algunas evidencias fotográficas en Comedores - Dirección Territorial**





PROCESO: MEJORA CONTINUA  
PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORIA INTERNA

**FORMATO: INFORME DE AUDITORIA**

Código: F-MC-SI-005

Versión: 2

Fecha: 19/09/2012

Página: 29 de 30

## 11. RIESGOS

Durante las visitas de auditoría se evidenciaron riesgos que se mencionan en el numeral 10.3 del presente informe.

## 12. CONCLUSIONES

Los Centros de Servicio Social de la Secretaría Distrital de Integración Social presentan deficiencias en cuanto al cumplimiento de requisitos en salud acorde con la normatividad vigente. Durante la auditoría se reforzó la misionalidad de la SDIS y su rol frente al tema de salud. Es decir, se aclararon las dudas en cuanto al tema de Habilitación en salud de acuerdo con lo normado en la resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo, se concientizó al personal SDIS de su función como facilitador para que los participantes accedan a los servicios de salud a través de la red de prestadores en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud. Esa delgada línea entre facilitar y prestar servicios de salud dio como resultado la deshabilitación de varios servicios que se habían habilitado e inscrito en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) del Ministerio de Salud.

Se destaca la labor social de los equipos de trabajo de la Secretaría Distrital de Integración Social, que se manifiesta en vocación de servicio y muchas de las veces hasta en apostolado de servir a las personas sin distinción de las condiciones de vida de los seres humanos y entregando lo mejor de si en esa difícil labor de restablecer los derechos de los ciudadanos del Distrito Capital.

Se exalta la labor de equipo de las Subdirecciones de Vejez y del Proyecto 721 (Discapacidad), por cuanto promovieron acciones puntuales y oportunas, que les permitieron trabajar acciones de mejora basados en las actas de visitas que la Oficina de Control Interno envió a sus dependencias.

Se concluye que este tipo de auditorías Internas, tienen un saldo positivo para la Institución ya que se promueve oportunamente la mejora continua y también sirven como marco de educación continua para los diferentes equipos en temas tan puntuales como la verificación de requisitos en salud. Así las cosas, paralelamente a la función de auditoría, se promovió la enseñanza y capacitación de los equipos acompañantes, aportando al monitoreo para el correcto funcionamiento de los Centros a su cargo.

## 13. RECOMENDACIONES

El equipo auditor considera importante establecer las acciones de mejora definiendo claramente las causas de los hallazgos y planteando acciones que sean viables para su ejecución y que apunten a la totalidad de los Centros a cargo por Subdirección y/o Proyecto puesto que los hallazgos son comunes a todos los Centros. Es importante recordar que hay un nivel de detalle en las 60 actas de visita generadas durante el desarrollo de la presente auditoría que sirve como insumo para continuar con estas acciones de cambio plasmadas en los planes de mejoramiento subsecuentes.

Las acciones definidas serán incluidas en el Plan de Mejoramiento que requiere formularse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la entrega de éste informe. Para lo anterior, el equipo de la Oficina de Control Interno estará dispuesto a prestar la asesoría y acompañamiento que se requiera, máxime cuando a través de todo el ejercicio auditor se entregaron actas de verificación donde se plasmaron los hallazgos y en las visitas de reconfirmación de los mismos se pudo evidenciar que los Centros continúan casi igual y no se ha avanzado en el tema de mejorar el cumplimiento de los requisitos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: MEJORA CONTINUA PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORÍA INTERNA	Código: F-MC-SI-005
	<b>FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA</b>	Versión: 2
		Fecha: 19/09/2012
		Página: 30 de 30

EQUIPO AUDITORES LIDERES	
1. Giovanni Salamanca Ramírez. 2. Luz Stella Carvajal. 3. Mauricio Rodríguez Ramírez.	Firma(s):  <p style="text-align: center;"><b>Original firmado enviado mediante Memorando</b></p>

JEFE-A OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Dr. Gustavo Rayo Morales 	Firma:  <p style="text-align: center;"><b>Original firmado enviado mediante Memorando</b></p>
<b>FECHA DE ENTREGA</b>	Jueves 17 de Diciembre de 2015.