Fecha del Informe Final	**Día**	22	**Mes**	11	**Año**	2024
Nombre de la actividad	Auditoría interna de gestión a los procesos: "*Auditorías*" y "*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*",					
Objetivo de la Auditoría	Evaluar la gestión de las Direcciones Regionales Nororiental y Norte con sede en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla, en el marco de los procesos: "*Auditorías*" y "*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*", así como, puntos de Atención al Usuario ubicados en el municipio El Socorro y Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta.					
Alcance	Auditoría interna de gestión a los procesos: "*Auditorías*" y "*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*", para la vigencia 2023, y primer cuatrimestre de 2024.					
Criterios	▪ Circular Externa 047 de 2007, modificada por las Circulares Externas 008 de 2018 y la 202315000000010-5 de 2023. ▪ Ley 1755 de 2015 *"Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".* ▪ Ley 1751 de 2015 *"Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"* ▪ Ley 1949 de enero de 2019 "*Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones*". ▪ Decreto 1080 de 2021 "*Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud".* ▪ Resolución 20229100100043996 de 2022 "*Por medio de la cual se distribuye, se define la jurisdicción y las sedes de las Direcciones Regionales de la Superintendencia Nacional de Salud*". ▪ Procesos y actividades claves de éxito aprobados en la Entidad (Evaluación de efectividad de controles). ▪ Mapa de Riesgos Institucionales de Gestión y Corrupción (Evaluación de efectividad de controles). ▪ Las demás que sean aplicables en desarrollo del proceso auditor.					
Equipo Auditor	Juan Carlos Nocua Camargo – Profesional Especializado Hector Javier Diaz Mireles – Profesional Especializado Peter William Vargas Pinilla – Profesional Especializado Luis Alberto Triana Lozada – Profesional Especializado Guillermo Alberto Corredor Martínez – Profesional Especializado Johana Patricia Orjuela Gómez – Profesional Universitario					
Tabla de Contenido	1. INFORME ..... 2 1.1. Proceso "*Auditorías*" ..... 2 1.2. Proceso "*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*" ..... 27 2. RESUMEN DE HALLAZGOS ..... 41 3. RESUMEN DE RECOMENDACIONES ..... 42 4. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORÍA (HALLAZGOS, RECOMENDACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO ..... 43 4.1. Proceso "Auditorías" a cargo de la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud ..... 43 4.2. Proceso "Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor" a cargo de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario ..... 71 5. CONCLUSIONES 79					

Estamos certificados

1. INFORME

Con el fin de cumplir los fines y cometidos trazados en el ejercicio de auditoría interna que ahora nos ocupa, en especial las funciones asignadas por la Ley 87 de 1993 y demás normas aplicables, así como, las actividades definidas en el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos (PAAS) para la vigencia 2024, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno procedió a efectuar los análisis del caso, respecto de los procesos "*Auditorías*" y "*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*"; lo anterior a partir de lo preceptuado en la Resolución No. 2023120020001126-6 de 2023 *"Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud".*

1.1. Proceso "*Auditorías*"

Para efectos de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, en relación con las auditorías propias ejecutadas por las Direcciones Regionales, la actividad clave de éxito vigente era la de "*Auditoría*" (ATPR01 – V2) del 30 de diciembre de 2022; es decir, la evaluación que ahora se presenta, se desarrolló de conformidad con lo establecido en la actividad clave de éxito antes referida; precisándose que, las versiones posteriores generadas respecto de este proceso no fueron tenidas en cuenta, con ocasión de que la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SDETGRA) en el primer cuatrimestre de la vigencia 2024, determinó no realizar auditorías a sus sujetos vigilados por conducto de las Direcciones Regionales Nororiental y Norte.

De este modo, se procedió a tomar muestra no estadística[1], tal y como a continuación se describe:

Dirección Regional auditada	Universo auditorías realizadas vigencia 2023	Muestra auditorías evaluadas Oficina de Control Interno	Porcentaje auditorías
Nororiental	6	6	100%
Norte	13	6	46%
Total	**19**	**12**	**63%**

Tabla N° 1 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Una vez definido el porcentaje de muestra, se procedió a detallar la evaluación efectuada respecto de cada una de las auditorías realizadas por la SDETGRA, a través de las Direcciones Regionales Nororiental y Norte, siendo estás las siguientes:

Dirección Regional	Tipo de auditoría	Enfoque de auditoría	Ente Territorial	Auto de la Auditoría
Nororiental	Específica	1. Aseguramiento 2. Financiamiento 3. Salud Publica	Municipio de Pamplona – Norte de Santander	2023540000001054-7 del 04/06/2023
	Específica	1. Aseguramiento 2. Prestación de servicios 3. Salud Publica	Municipio Los Patios – Norte de Santander	2023540000001158-7 del 21/06/2023

[1] Término relativo al *"…muestreo "indiscriminado", donde auditor selecciona la muestra sin emplear una técnica estructurada, pero evitando cualquier desvío consciente o predecible."* Tomado de la Guía de auditoría Interna basada en riesgos para entidades públicas V4 – DAFP, figura 14, página 63.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Dirección Regional	Tipo de auditoría	Enfoque de auditoría	Ente Territorial	Auto de la Auditoría
	Específica	PS-PIC	Municipio de Tunja - Boyacá	2023540000002048-7 del 14/11/2023
	Específica	PS-PIC	Municipio de Floridablanca - Santander	2023540000002049-7 del 14/11/2023
	Específica	PS-PIC	Municipio de San José de Cúcuta – Norte de Santander	2023540000002204-7 del 04/12/2023
	Específica	PS-PIC	Municipio de Villa del Rosario – Norte de Santander	2023540000002205-7 del 04/12/2023
Norte	Específica	1. Componente Aseguramiento. 2. Componente Prestación de servicios de salud pública. 3. Componente Financiamiento.	Municipio de Mompox - Bolívar	2023550000000050-7 del 23/01/2023
	Específica	1. componente de prestación de servicios. 2. Componente de salud pública. 3. Componente de financiamiento	Municipio de Turbaco - Bolívar	2023550000000914-7 del 15/05/2023
	Específica	1. Componente de Aseguramiento. 2. Componente de Prestación de Servicios de salud 3. Componente de Salud Pública	Municipio de Tuchín - Sucre	2023550000001729-7 del 26/09/2023
	Específica	1. Componente de Aseguramiento. 2. Componente de Prestación de Servicios de salud. 3. Componente de Salud Pública	Municipio de Piojó - Atlántico	2023550000001840-7 del 18/10/2023
	Específica	PS-PIC	Municipio de Carmen de Bolívar - Bolívar	2023550000002056-7 del 15/11/2023
	Específica	PS-PIC	Municipio de Sabanalarga – Atlántico	2023550000002193-7 del 04/12/2023

Tabla N° 2 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

En este orden de ideas, a continuación, se presentan las evaluaciones realizadas al proceso auditado respecto de la muestra seleccionada:

- El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso *"Auditorias"*, tiene identificados riesgos tanto de gestión como de corrupción, determinándose causas, controles y acciones de tratamiento para el riesgo residual, aspectos estos que, resultan ser aplicables a las auditorías objeto de muestra.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 1. Identificación de riesgos de gestión y corrupción en el proceso "*Auditorías*",** liderado por la Superintendencia Delegada para prestadores en Salud (en adelante SDPSS), así:

En cumplimiento de la fase "*Identificar riesgos de gestión y corrupción*" del proceso "*Auditorías*" V2, se evidenció que para la vigencia 2023, fueron identificados riesgos tanto de gestión como de corrupción, los cuales son administrados, coadyuvando a la mitigación de los eventos potenciales identificados. Sobre el particular, debe indicarse que, lo correspondiente a la gestión y administración del riesgo fue objeto de análisis, el cual se encuentra dispuesto en acápite diseñado para el efecto.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

- En lo relacionado con la fase *"Priorizar vigilados a auditar"*, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, evidenció la aplicación de técnicas que consolidan información relevante suministrada por distintos instrumentos, entre los que tenemos análisis de PQRD, fallos de Tutela, mesas de inspección y vigilancia, así como fuentes de información gestionadas por el Instituto Nacional de Salud y el SIVIGILA, los cuales permitieron generar por cada Superintendencia Delegada que ejecuta el proceso, un cronograma de auditorías que consolidado con los demás, generó a su vez un programa de auditoría.

Al respecto, debe indicarse que, de las doce (12) auditorías objeto de muestra – Tabla N° 2, seis (6) de éstas trabajaron aspectos relacionados con Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y las demás auditorías "*específicas*" realizadas tuvieron otro enfoque basado en los componentes de Aseguramiento, Financiamiento y Salud Pública; evidenciándose que, las auditorías al PIC, cuentan con un trabajo plenamente objetivo que permitió priorizarlas, labor que se encuentra dispuesta en las denominadas fichas de caracterización.

Sin embargo, en lo concerniente a las otras auditorías *"específicas"* de conformidad con lo evidenciado, para efectos de su priorización utilizan como se ha indicado distintos instrumentos de los cuales se destaca el denominado Power BI, al cual no fue posible tener acceso por parte del equipo auditor. No obstante, lo anterior, fue aportado documento denominado "*Criterios de priorización municipal*", el cual tuvo como propósito el "*Establecer unos criterios mínimos a partir de indicadores trazadores del territorio, así como de salud y financiamiento, que permitan la priorización de municipios para enfocar las acciones de supervisión y así mismo definir las estrategias de inspección y vigilancia para este tipo de vigilados, por parte de las Direcciones Regionales*", así como otros factores que se plantean en el marco de la discrecionalidad, entre los que tenemos accesibilidad al ente territorial, orden público y capacidad hotelera.

Como resultados de la aludida labor, conforme al documento ya mencionado, se obtuvieron para las direcciones regionales Nororiental y Norte los siguientes "*resultados de priorización*":

Dirección Regional Nororiental

Imagen N° 1 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

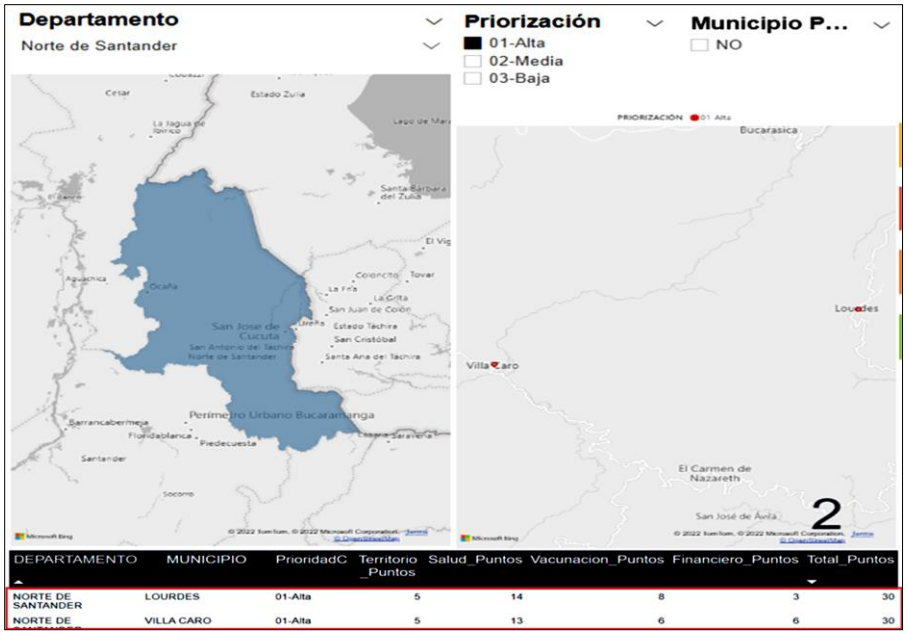


Imagen N° 2 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

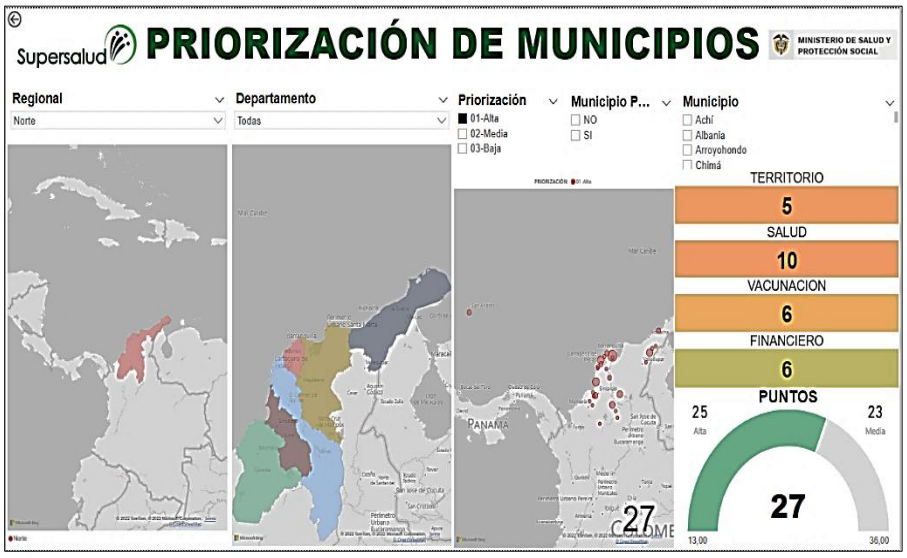


Imagen N° 3 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

De conformidad a la imagen N° 2, se observó que los municipios de "*Lourdes*" y "*Villa Claro*", ubicados en el Departamento de Norte de Santander, si bien fueron priorizados, estos no fueron objeto de auditoría. Ahora bien, los municipios de "*Los Patios*" y "*Pamplona*" no hicieron parte de la priorización, sin embargo, fueron objeto de auditoría.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

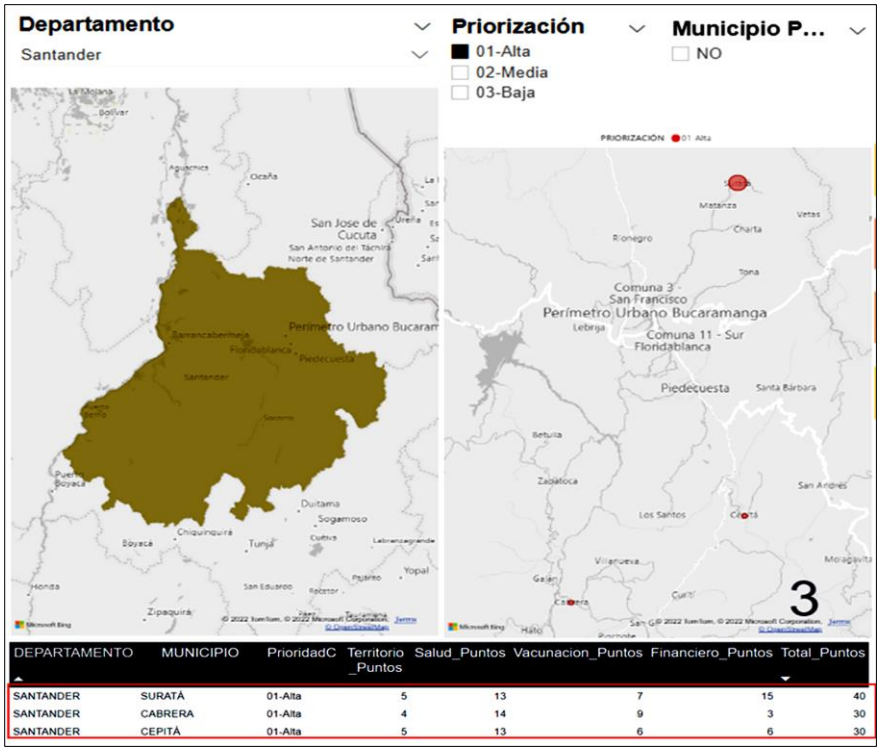


Imagen N° 4 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

De conformidad a la imagen N° 3, se puede observar que los municipios de "*Suratá*", "*Cabrera*" y "*Cepitá*", ubicados en el Departamento de Santander, si bien fueron priorizados, no fueron objeto de auditoría.

Dirección Regional Norte

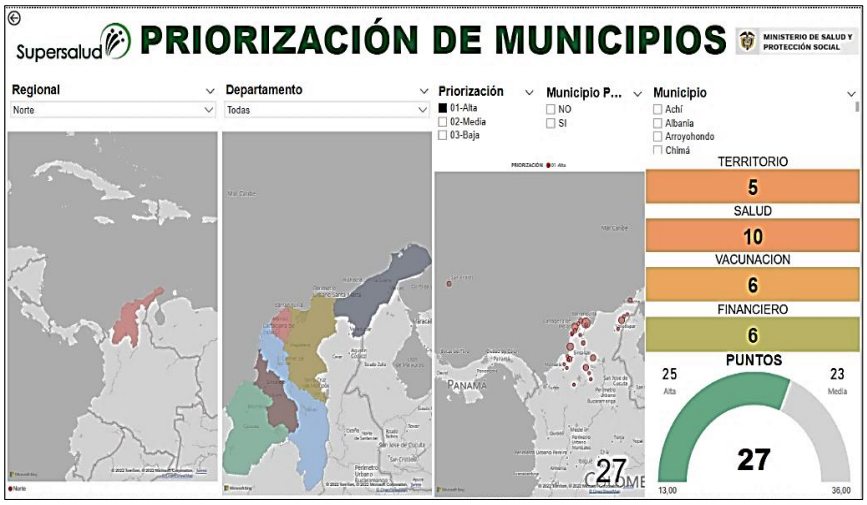


Imagen N° 5 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

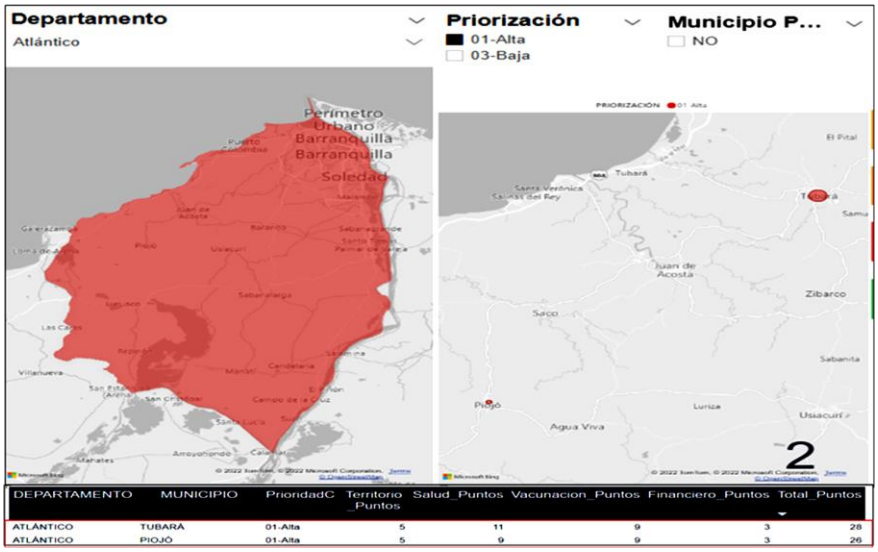


Imagen N° 6 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

De conformidad a la imagen N° 6, se puede observar que los municipios de "*Tubará*" y "*Piojó*", ubicados en el Departamento de Atlántico, si bien fueron priorizados, solo uno (1), esto es "*Piojó*", fue objeto de auditoría.

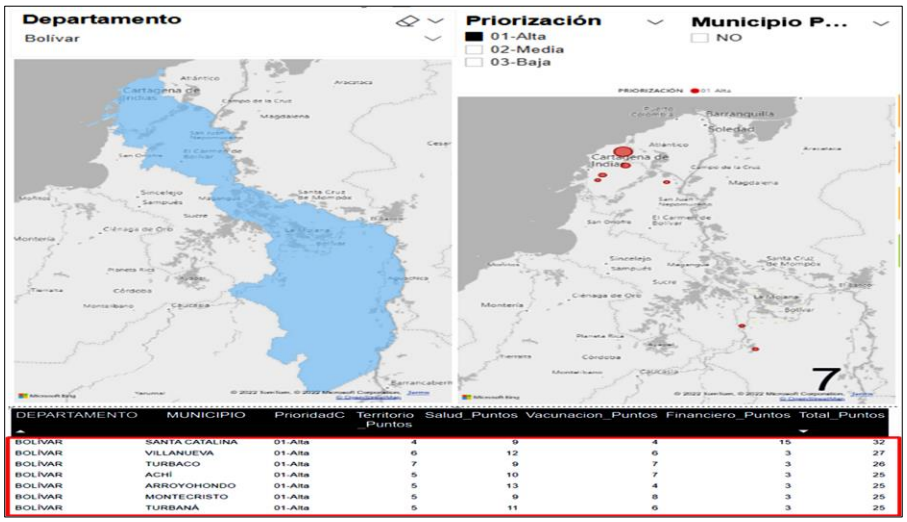
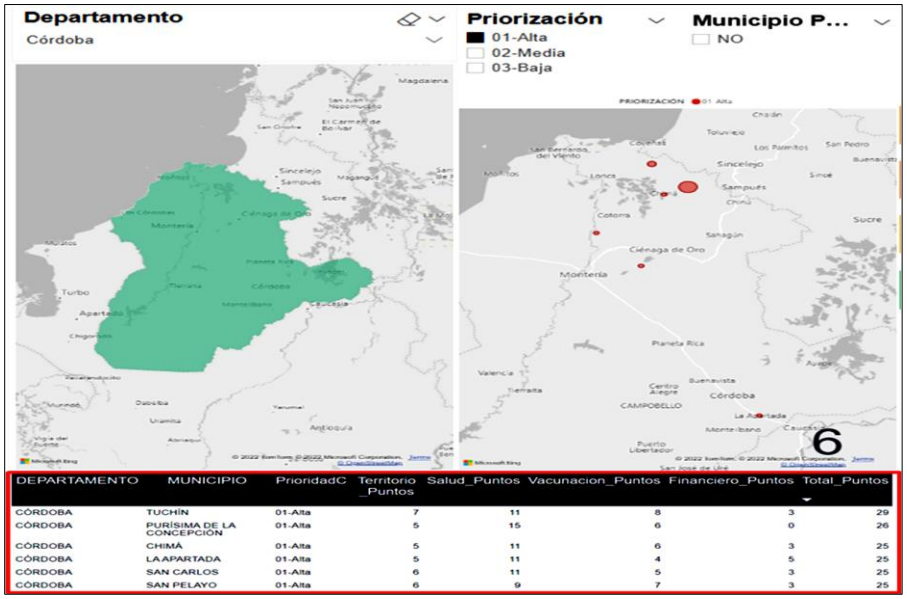


Imagen N° 7 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

De conformidad a la imagen N° 7, se puede observar que los municipios de "*Santa Catalina*", "*Villanueva*", "*Turbaco*", "*Achí*", "*Arroyohondo*", "*Montecristo*" y "*Turbaná*", ubicados en el Departamento de Bolívar, si bien fueron priorizados, solo uno (1), esto es "*Turbaco*", fue objeto de auditoría.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Es preciso señalar que el Distrito de "*Santa Cruz de Mompox*" pese a que no hacia parte de la priorización, fue objeto de auditoría.



DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	PrioridadC	Territorio_Puntos	Salud_Puntos	Vacunacion_Puntos	Financiero_Puntos	Total_Puntos
CÓRDOBA	TUCHÍN	01-Alta	7	11	8	3	29
CÓRDOBA	PURÍSIMA DE LA CONCEPCIÓN	01-Alta	5	15	6	0	26
CÓRDOBA	CHIMÁ	01-Alta	5	11	6	3	25
CÓRDOBA	LA APARTADA	01-Alta	5	11	4	5	25
CÓRDOBA	SAN CARLOS	01-Alta	6	11	5	3	25
CÓRDOBA	SAN PELAYO	01-Alta	6	9	7	3	25

Imagen N° 8 – Fuente: Documento "*Criterios de priorización municipal*"

De conformidad a la imagen N° 8, se puede identificar que los municipios de "*Tuchín*" "*Purísima de la Concepción*", "*Chimá*", "*La Apartada*", "*San Carlos*", y "*San Pelayo*", ubicados en el Departamento de Córdoba, si bien fueron priorizados, solo uno (1), esto es "*Tuchín*", fue objeto de auditoría.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 1. Ejecución de auditorías no priorizadas** al proceso *"Auditorías",* liderado por la SDPSS, así:

Incumplimiento de la actividad clave de éxito *"Auditoría"* V2, la cual no faculta al proceso para ejecutar auditorías *"específicas"* que no estén priorizadas y menos aún no aprobadas por el Comité Directivo. Si bien es cierto, se ha comunicado al equipo auditor de la Oficina de Control Interno el haberse tenido en cuenta otros factores, para modificar la ejecución del programa, también lo es que, ni la versión 2 ni la versión 5 de la actividad clave de éxito, contemplan la posibilidad de modificar el programa.

A efectos de establecer los Entes Territoriales (municipios) que serían objeto de auditoría, se tuvieron en cuenta aspectos como los son orden público, capacidad hotelera y accesibilidad según fuera manifestado desde el proceso, situaciones que en el transcurrir de la labor de priorización a sujetos vigilados, no se encuentran contemplados, conllevando a que el programa que se ejecuta se presente con margen de subjetividad.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 1. Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados (entes territoriales)** al proceso *"Auditorías",* liderado por la SDPSS, así:

Si bien es cierto existe(n) instrumento(s) para priorizar sujetos vigilados, también lo es que, el proceso *"Auditorías",* no tiene establecida una metodología que defina, pondere y consolide la información que sirva de base para realizar análisis a los distintos ítems que deben tenerse en cuenta para la priorización de sujetos vigilados, situación que configura oportunidad de mejora, toda vez que entre más objetivo se presente el proceso de priorización, razonablemente se podrá cumplir en mayor medida con los fines y cometidos institucionales.

▪ De la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó que para las fases "*Remitir programa de auditorías*" y "*Revisar y aprobar el programa de auditorías*", estas no fueron efectuadas bajo la disposición y cronología que dispone la actividad clave de éxito "*Auditorías*" V2, en el entendido que mediante radicado 20233000000025353 del 16 de marzo de 2023, la SDPSS remitió el "*Programa de Auditorías 2023*" al Superintendente Nacional de Salud, y el comité fue realizado el día 14 de marzo del mismo año, fecha en la cual se comunicó a las partes interesadas la aprobación del programa.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 2. Incumplimiento de la fase "*Remitir Programa de Auditorias*"** al proceso *"Auditorías",* liderado por la SDPSS, así:

Incumplimiento evidenciado para la fase *"Remitir Programa de Auditorias"*, en razón a que el mencionado programa no fue objeto de remisión al Despacho del Superintendente Nacional de Salud de manera previa a la realización del Comité Directivo, en el cual se deliberó y aprobó el programa.

Sobre el particular, sea pertinente indicar que, la relevancia que asiste al cumplimiento de esta fase se encuentra revestida en la necesidad de que el señor Superintendente conozca con la antelación del caso, la propuesta de programa de auditorías, a fin de detectar eventuales desviaciones o emprender correctivos que en desarrollo del comité no se puedan advertir.

▪ Se identificó igualmente que, fueron realizadas "*auditorias específicas*" en el año 2023, sin que estas estuvieran aprobadas por parte del Señor Superintendente Nacional de Salud y el Comité Directivo, celebrado el día 14 de marzo del mismo año, tal como se relaciona a continuación:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Auto que ordena Auditoría Específica	Fecha Auto	Ente Territorial	Departamento	Fecha Ejecución Auditoría
2023550000000050-7	23/01/2023	Municipio Santa Cruz de Mompox	Bolívar	23 al 27/01/2023
2023550000000213-7	12/02/2023	Municipio de Santa Catalina	Bolívar	13 al 16/02/2023
2023550000000425-7	15/03/2023	Municipio de Campo de la Cruz	Atlántico	15 al 17/03/2023

Tabla N° 3 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 3. Realizar auditorías sin aprobación del Comité Directivo de la SNS**, al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

Incumplimiento en la ejecución de la fase - control *"Revisar y Aprobar el Programa de auditorías"*, en donde se precisa que "*El Superintendente Nacional de Salud semestralmente en el Comité Directivo revisa el programa de auditorías institucional, para aprobarlo*"; esto, en razón a que fueron ordenadas y ejecutadas "*auditorías específicas*" sin la respectiva aprobación del programa por parte de la instancia competente. Lo anterior de conformidad al acta AC-831 del 14 de marzo de 2023, mediante la cual se aprobó el programa y la matriz de auditorías específicas realizadas en la vigencia, situación que podría conllevar a dificultades posteriores en la ejecución del programa de auditorías y con ello impactos de orden presupuestal.

▪ En desarrollo de la auditoría interna, se evidenció además que, para la estructuración del programa de auditoría a entes territoriales de la vigencia 2024, se determinó para el primer semestre no realizar este tipo de labores de inspección y vigilancia desde las Direcciones Regionales. Al respecto debe referirse que, desde el proceso se indicó que la decisión adoptada, se encuentra sustentada en el cambio de administraciones locales en el país, aspecto que desde el equipo auditor de la Oficina de Control Interno se pone en consideración del líder del proceso y partes interesadas, a fin de evitar que la inspección y vigilancia al Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS), a través de auditorías a sujetos vigilados, se suspendan por un lapso tan prolongado.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 2. Ausencia de programación de auditorías desde las Direcciones Regionales durante el primer semestre 2024**, al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

En atención a la ausencia de programación de auditorías desde las Direcciones Regionales durante el primer semestre 2024, justificada en el cambio de administraciones locales en el país, se invita al líder del proceso "*Auditorías*" y partes interesadas, a determinar si este tipo de decisiones resultan convenientes para el SGSSS, ya que es de conocimiento público las ingentes necesidades que este ostenta en materia de labores de inspección y vigilancia, teniendo en cuenta el hecho que cada Gobernador, Alcalde o Secretario de Salud, de manera previa a asumir el cargo, realizó empalmes que impiden se presente solución de continuidad en la prestación de servicios de salud, máxime si se tiene en cuenta que las

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

auditorías que se hubiesen podido ejecutar en el primer semestre de 2024, tienen entre otros, como alcance la gestión realizada por el ente territorial en la vigencia 2023.

Continuamente el Sr. Superintendente Nacional de Salud, ha exteriorizado a la opinión pública las falencias que el sistema presenta, y, en consecuencia, la necesidad no solo de transformarlo sino de fortalecer las labores de IVC que permitan detectar las desviaciones que se presenten generando los correctivos a que haya lugar. En definitiva se concluye que, dejar de inspeccionar y vigilar a los entes territoriales por un lapso tan prolongado (un semestre) por las razones anotadas, ***podría*** presentarse como una situación inconveniente para el sistema, motivo por el cual a partir de la observación que a continuación se presenta, se invita a analizar en torno a las necesidades de la ciudadanía, la conveniencia o no de dejar de adelantar auditorías específicas como uno de los instrumentos más robustos con que se cuentan para inspeccionar y vigilar entes territoriales.

▪ El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que las auditorías descritas en la "*Tabla N° 2*", contaron con la definición de equipo auditor y coordinador de estas, a través de profesionales que cuentan con el conocimiento, competencia y experticia para llevar a cabo la tarea encomendada, gestionando los distintos componentes asignados.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 2. Adecuada designación del equipo auditor**, al proceso "*Auditorías*" liderado por la SDPSS, así:

En cumplimiento de la fase "*Planificar la auditoría*" del proceso "*Auditorías*" V2, para efectos de la definición de equipos de auditoría y coordinador, en concreto, en la muestra tomada para las Direcciones Regionales Nororiental y Norte, se evidenció la asignación de profesionales con el conocimiento y experticia para la realización de las auditorías asignadas, evidenciándose la conformación de equipos interdisciplinarios competentes para el desarrollo de las auditorías en cada ente territorial.

▪ El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que de las auditorías descritas en la "*Tabla N° 2*", se efectuó el diagnóstico preceptuado en la fase "*Desarrollar Diagnóstico del Vigilado*".

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 3. Elaboración diagnóstico del vigilado**, al proceso "*Auditorías*" liderado por la SDPSS, así:

En cumplimiento de la fase "*Desarrollar Diagnóstico del Vigilado*" del proceso "*Auditorías*" V2, se evidenció para la muestra objeto de auditoría, la elaboración de diagnósticos por cada uno de los componentes a evaluar, lo cual permite recaudar información relevante a fin de focalizar el trabajo de auditoría.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

▪ En cuanto a lo relacionado con el envío del Auto que ordenó la realización de auditoría, se evidenció que, de las doce (12) auditorías objeto de la muestra, en nueve (9) de ellas, esto es, Santa Cruz de Mompox, Tuchín, Piojó, Carmen de Bolívar, Sabanalarga, Turbaco, Los Patios, Villa del Rosario y San José de Cúcuta, este fue allegado al equipo auditor el mismo día en que se dio apertura a los mismos, indistintamente de las labores previas efectuadas desde las direcciones regionales para que se contara con este documento con la antelación del caso.

Lo anterior conllevó a que, para algunos casos específicos, la impresión del respectivo Auto se realizará en el mismo ente territorial (municipio), previo a realizar la notificación de éste al representante legal.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 3. Posibilidad de afectación a los Principios de Seguridad de la Información**, al proceso "*Gobierno y Gestión de Datos e Información*", liderado por la Dirección de Innovación y Desarrollo, así:

Con el fin de propender por garantizar los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad de la seguridad de la información, a partir de la muestra de auditoría, se evidenció la necesidad de fortalecer el cumplimiento de los "*Lineamientos de Política del Componente de Seguridad de la Información y Seguridad Digital*" adoptados por la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que, los funcionarios deben conocer y aplicar los controles para mitigar la ocurrencia de los riesgos asociados al proceso, analizar causas y eventuales vulnerabilidades de cada activo de información con los que interactúan en función de sus actividades laborales, aunado, a que estos deben cumplir acuerdos de confidencialidad como producto de las tareas que les fueron asignadas y guardar la discreción correspondiente, o la reserva absoluta con respecto a la información de la institución, lo anterior de conformidad, con lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "*Política seguridad Digital*".

▪ No se identificó que para el proceso "*Auditorías*" en sus versiones 2 y 5, se establecieran términos para la elaboración, aprobación, suscripción y envío del "*Auto de Auditoría*" al equipo designado.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 1. Términos para la elaboración, aprobación, suscripción y envío del Auto**, al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

Se recomienda al proceso "*Auditorías*" analizar la pertinencia de establecer términos para la elaboración, aprobación, suscripción y envío del "*Auto de Auditoría*" al equipo designado, aspecto este que contribuiría a que los auditores cuenten con el referido documento con la antelación del caso, a fin de evitar situaciones que afecten las actividades de inspección y vigilancia.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

▪ De conformidad con lo establecido en el proceso "*Auditorías*" V2, el informe de auditoría se debe "*enviar a revisión y aprobación de los coordinadores de los grupos de la Delegada*", para lo cual se cuenta con un total de veinte (20) días hábiles, evidenciándose que para el período objeto de auditoría, no se dio cumplimiento a las directrices impartidas para llevar a cabo la actividad en cita con la oportunidad del caso, como a continuación se relaciona:

Oportunidad en la remisión del informe de auditoría al Coordinador del grupo de la Delegada						
Dirección regional	**Tipo de auditoría**	**Sujeto vigilado**	**Fecha de cierre de la auditoría**	**Fecha de remisión del informe de auditoría al Coordinador de Grupo en la SDETGRA**	**Oportunidad**	**Extemporaneidad en tiempo**
Nororiental	Específica	Municipio de Pamplona	8/06/2023	17/07/2023	**Inoportuno**	4
	Específica	Municipio Los Patios	23/06/2023	24/08/2023	**Inoportuno**	20
	Específica	Municipio de Tunja	17/11/2023	27/02/2024	**Inoportuno**	48
	Específica	Municipio de Floridablanca	17/11/2023	4/03/2024	**Inoportuno**	52
	Específica	Municipio de San Jose de Cúcuta	7/12/2023	13/02/2024	**Inoportuno**	24
	Específica	Municipio de Villa del Rosario	7/12/2023	4/03/2024	**Inoportuno**	38
Norte	Específica	Distrito Santa Cruz de Mompox	27/01/2023	20/02/2023	**Oportuno**	-4
	Específica	Municipio de Turbaco	18/05/2023	2/06/2023	**Oportuno**	-10
	Específica	Municipio de Tuchin	28/09/2023	30/10/2023	**Inoportuno**	1
	Específica	Municipio de Piojó	20/10/2023	4/12/2023	**Inoportuno**	9
	Específica	Municipio de Carmen de Bolívar	17/11/2023	1/12/2023	**Oportuno**	-10
	Específica	Municipio de Sabanalarga	7/12/2023	23/01/2024	**Inoportuno**	9

Tabla N° 4 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

De acuerdo con la anterior información, y respecto a la totalidad de muestra objeto de auditoría, los tiempos para la remisión de los informes al Coordinador de Grupo de la SDETGRA resultan ser superiores a los veinte (20) días hábiles, denotando debilidad en los controles asociados al proceso, considerándose importante la toma de acciones que permitan dar cumplimiento a la actividad con la oportunidad del caso, dado que el retraso en el proceso termina por afectar el desarrollo normal de las actividades.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 4. Incumplimiento de los términos preceptuados en la actividad clave de éxito "*Auditoría*" – Fase "*Elaborar el informe de auditoría y oficio*"**, al proceso "*Auditorías*", liderado por liderado por la SDPSS, así:

Se evidenció extemporaneidad en los tiempos (20 días hábiles), para "*enviar a revisión y aprobación de los coordinadores de los grupos de la Delegada*" los informes de auditoría, esto es, desde las Direcciones Regionales Nororiental y Norte, lo cual podría contribuir a la eventual pérdida de la facultad sancionatoria de las actuaciones que se surtan con ocasión de los trasladados a la Delegada para Investigaciones Administrativas, aspectos que adicionalmente, tienen impacto en la oportuna remisión del informe de auditoría al sujeto vigilado, dado que, respecto de los hallazgos de auditoría, se formularán planes de mejoramiento con el propósito superar las situaciones detectadas en beneficio de los usuarios del sistema.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

▪ En lo relacionado con la fase "*revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*" del proceso "*Auditorías*" V2, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada, esto es, a través de correos electrónicos, identificándose reprocesos en la fase anteriormente citada, debido a la realización de múltiples revisiones del informe de auditoría por parte de funcionarios tanto de las Direcciones Regionales como del nivel central; debe indicarse que, la revisión y aprobación de los informes de auditoría a los sujetos vigilados, tanto en sus versiones 2 y 5, no contemplan el establecimiento de términos para llevar a cabo la revisión, aprobación y remisión al sujeto vigilado del informe de auditoría.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 4. Establecimiento de términos para la revisión de informes de auditorías a sujetos vigilados**, al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

Analizar la pertinencia de establecer términos perentorios para ejecutar la fase "*Revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*", aspectos que tienen impacto en la oportuna remisión del informe de auditoría al sujeto vigilado, y; en consecuencia, la inmediatez en la ejecución de planes de mejoramiento que corrijan los hallazgos detectados, redundando en la adecuada prestación de servicios en salud para los habitantes del ente territorial auditado.

▪ En lo relacionado con la fase de control "*revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*" del proceso "*Auditorías*" V2, el cual señala "*los coordinadores de los grupos de la delegada revisan el informe final*", el equipo auditor de la Oficina de Control Interno con base en la evidencia objetiva recaudada, esto es, a través de correos electrónicos, identificó que otros profesionales han efectuado revisiones sin que la fase del proceso objeto de análisis u otros actos administrativos los faculte para tal fin.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno generó la **No Conformidad N° 5. Incumplimiento del control "*revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*"**, al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

Respecto del control "*revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*" del proceso "*Auditorías*" V2, se evidenció intervención de profesionales en la revisión de informes de auditorías a entes territoriales, sin que la actividad clave de éxito u otros actos administrativos los faculte para ello, aspecto que no garantiza la unidad de criterio, siendo conveniente reevaluar el citado control, máxime si se tiene en cuenta que en su versionamiento N° 5 el mismo preceptúa: (…) "*La Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS* ***podrá designar profesionales del nivel central para la revisión de los informes de auditorías elaborados por las Direcciones Regionales***. *Estos informes deben estar previamente revisados por el Director Regional o quien hace sus veces*". Negrilla y subrayado fuera de texto.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Situación que fuera advertida por parte de la Oficina de Control Interno y puesta en conocimiento a la Alta Dirección mediante radicado N° 20231400000056013 del 02 de junio de 2023.

▪ Respecto de la fase "*Remitir al vigilado informe de auditoría*" del proceso "*Auditorías*" V2, el equipo auditor verificó los tiempos establecidos para que el sujeto vigilado remita el "*Plan de Mejoramiento*" propuesto (10 días hábiles y prorrogables hasta 5 días adicionales), de lo cual a continuación se presentan los siguientes análisis:

Oportunidad en la remisión del plan de mejoramiento propuesto y ajustado por el sujeto vigilado						
Sujeto vigilado	Primer envío			Segundo envío		
	Fecha de notificación del informe de auditoría al sujeto vigilado	Fecha de recepción del PM	Extemporaneidad en tiempo	Fecha de notificación al sujeto vigilado para ajustes al PM	Fecha de recepción del PM	Extemporaneidad en tiempo
Municipio de Pamplona	30/10/2023	15/11/2023	0	4/12/2023	19/12/2023	0
Municipio Los Patios	30/10/2023	16/11/2023	1	4/12/2023	27/12/2023	5
Municipio de Tunja	9/05/2024	23/05/2024	-1	18/06/2024	4/07/2024	1
Municipio de Floridablanca	4/03/2024	14/03/2024	-2	19/04/2024	6/05/2024	0
Municipio de San Jose de Cúcuta	18/03/2024	15/04/2024	7	2/05/2024	8/05/2024	-6
Municipio de Villa del Rosario	4/03/2024	23/04/2024	23	30/04/2024	10/05/2024	-3
Distrito Santa Cruz de Mompox	7/03/2023	22/03/2023	0	4/05/2023	14/05/2023	-4
Municipio de Turbaco	27/08/2023	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-
Municipio de Tuchin	15/01/2024	12/02/2024	10	22/03/2024	10/04/2024	-
Municipio de Piojó	12/06/2024	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-
Municipio de Carmen de Bolívar	26/02/2024	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-
Municipio de Sabanalarga	27/02/2024	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-

Tabla N° 5 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Del total de la muestra seleccionada compuesta por doce (12) auditorías específicas, y con respecto a la remisión de los planes de mejoramiento propuestos por el sujeto vigilado, se observó que, el 38% fueron gestionados con la oportunidad del caso en los dos envíos realizados por el sujeto vigilado, mientras que, el restante 62% presentan inoportunidad en alguno de los dos envíos realizados en la remisión del respectivo plan (Véase tabla N° 5).

Consecuente con lo anterior, los equipos auditores de las direcciones regionales efectuaron la revisión de los planes de mejoramiento, a fin de determinar si estos son pertinentes para dar tratamiento a los hallazgos, o en su defecto, para ser devueltos por una única vez, conforme lo cita la fase "*Evaluar la propuesta del plan de mejoramiento*" referido en el proceso "*Auditoría*" V2, observándose lo siguiente:

Oportunidad en la evaluación por parte de la SNS para ajustes del Plan de Mejoramiento propuesto			
Sujeto vigilado	Primer envío		
	Fecha de recepción PM	Fecha de remisión PM	Extemporaneidad en tiempo
Municipio de Pamplona	15/11/2023	4/12/2023	3
Municipio Los Patios	16/11/2023	4/12/2023	2
Municipio de Tunja	23/05/2024	17/06/2024	5

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Oportunidad en la evaluación por parte de la SNS para ajustes del Plan de Mejoramiento propuesto			
Sujeto vigilado	Primer envío		
	Fecha de recepción PM	Fecha de remisión PM	Extemporaneidad en tiempo
Municipio de Floridablanca	14/03/2024	19/04/2024	13
Municipio de San Jose de Cúcuta	15/04/2024	30/04/2024	1
Municipio de Villa del Rosario	23/04/2024	29/04/2024	-6
Distrito Santa Cruz de Mompox	22/03/2023	5/04/2023	-
Municipio de Tuchin	12/02/2024	22/03/2024	19

Tabla N° 6 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Respecto a la oportunidad en la revisión de los planes de mejoramiento propuestos por los sujetos vigilados, se evidenció que, de las (12) auditorías objeto de muestra, para efectos de medición en la gestión, fueron tenidas en cuenta solo las ocho (8) en las que se aportó plan de mejoramiento, concluyendo que solo el 25% se tramitaron desde la Superintendencia Nacional de Salud con oportunidad, y mientras que el 75% se tramitaron de manera inoportuna. (Véase tabla N° 6).

Ahora bien, en la auditoría referente al municipio de Villa del Rosario y Piojó, se evidenció que las Direcciones Regionales Nororiental y Norte respectivamente, elevaron solicitudes para que estos sujetos vigilados allegaran los planes de mejoramiento sin que el proceso los facultara para ello.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 6. Evaluación extemporánea de la propuesta del Plan de Mejoramiento** al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

Incumplimiento de la fase de control denominada *"Evaluar la propuesta de plan de mejoramiento"* del proceso "*Auditoría*" V2, al evidenciarse inoportunidad en la evaluación de los planes de mejoramiento propuestos por los municipios de Pamplona, Patios, Tunja, Floridablanca, Cúcuta y Tuchín, esto es, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la propuesta del plan. Es preciso señalar que, se identificaron comunicaciones dirigidas a que los municipios de Villa del Rosario y Piojó allegaran los planes de mejoramiento sin que el proceso estableciera facultades para ello, poniendo en condiciones de desigualdad a los demás sujetos vigilados respecto de los cuales no se le realizó la misma solicitud.

▪ En cuanto a las auditorías en las que se aportó extemporáneamente el plan de mejoramiento, esto es Los Patios, San José de Cúcuta, Villa del Rosario y Tuchín, se evidenció que:

a. Para la auditoría al municipio de Villa del Rosario luego de enviado el informe y efectuado requerimiento para que allegara plan de mejoramiento, se evidenció que este municipio finalmente lo aportó hasta el 23 de abril de 2024, es decir, extemporáneo en veintitrés (23) días hábiles (véase tabla N° 5), siendo recibido y tramitado desde la Regional Nororiental sin que el proceso la facultara para ello por efecto de la mencionada extemporaneidad. En lo relacionado con esta auditoría debe referirse que, si bien es cierto, se trasladó el informe de auditoría a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, también

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

lo es que, lo referente al incumplimiento en allegar oportunamente el plan de mejoramiento no fue objeto de traslado o puesta en conocimiento de la mencionada superintendencia delegada.

b. Para las auditorías a los municipios de Los Patios, Tuchín y San José de Cúcuta, debe indicarse que, los planes de mejoramiento fueron recibidos el 16 de noviembre de 2023, 10 de febrero y el 15 de abril de 2024 respectivamente, es decir, extemporáneamente con un (1) día, nueve (9) días y siete (7) respectivamente (véase tabla N° 5), siendo recibidos y tramitados desde las Regionales Nororiental y Norte sin que el proceso la facultara para ello, aspecto este que por demás, contravino por parte de los sujetos vigilados lo preceptuado por el numeral 130.12 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

Con base en lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno concluyó que, el hecho de recibir y tramitar planes de mejoramiento aportados extemporáneamente constituye contradicción en el sentido que, de un lado, en el oficio remisorio del informe de auditoría al sujeto vigilado se le conmina al ente territorial a que lo remita en los diez (10) días hábiles, so pena de incurrir en infracción administrativa, y de otro, se recibieron y tramitaron los planes de mejoramiento presentados extemporáneamente.

Adicionalmente, se identificó que la mención incorporada en el oficio remisorio consistente en indicar que si no se aporta el plan de mejoramiento dentro de los siguientes diez (10) días hábiles, constituye vulneración de lo establecido en el numeral 130.12 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, resulta ser una mención incompleta, si se tiene en cuenta que este artículo fue objeto de modificación por el artículo 3, numeral 17 de la Ley 1949 de 2019, normas que en su conjunto predican que ante el incumplimiento de instrucciones dadas por la Superintendencia Nacional de Salud como es el caso de aportar planes de mejoramiento extemporáneos, se configura infracción administrativa.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 7. Recepción extemporánea y trámite de la propuesta del Plan de Mejoramiento** al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

Se evidenció que los planes de mejoramiento referentes a los municipios de Los Patios, Tuchín y San José de Cúcuta, fueron aportados extemporáneamente, aunado esto a ser recepcionados y evaluados por los equipos auditores de las Direcciones Regionales, incumpliendo la instrucción contenida en el oficio remisorio del informe de auditoría donde se indicó que, si no se aportaba el plan de mejoramiento dentro de los siguientes diez (10) días hábiles se configuraba vulneración de los establecido en el numeral 130.12 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

▪ En lo concerniente al traslado que debe efectuarse a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas de los informes de auditoría que contienen hallazgos de orden administrativo, se evidenció el siguiente comportamiento:

Traslado informe de auditoría a la Delegada de Investigaciones Administrativas (DIA)				
Sujeto vigilado	**Fecha de remisión del informe al sujeto vigilado**	**Fecha de traslado a DIA**	**NURC de traslado**	**Cantidad en días hábiles**
Municipio de Tunja	15/03/2024	29/04/2024	20245400000042453	28
Municipio de San Jose de Cúcuta	15/03/2024	29/04/2024	20245400000042463	28
Municipio de Sabanalarga	23/02/2024	13/04/2024	20245500000036693	32
Municipio de Pamplona	28/10/2023	26/12/2023	20235400000144253	37
Municipio de Floridablanca	4/03/2024	29/04/2024	20245400000042503	37
Municipio de Villa del Rosario	4/03/2024	29/04/2024	20245400000042493	37
Municipio de Piojó	11/06/2024	12/08/2024	20245500000080543	42
Municipio Los Patios	29/10/2023	22/01/2024	20245400000005343	54
Municipio de Tuchin	14/01/2024	15/04/2024	20245500000036713	62
Distrito Santa Cruz de Mompox	7/03/2023	3/07/2023	20235500000067823	76
Municipio de Carmen de Bolívar	23/02/2024	20/08/2024	20245500000083553	117
Municipio de Turbaco	27/08/2023	19/04/2024	20245500000038893	159

Tabla N° 7 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

De lo expuesto, es decir la falta de inmediatez con que se efectúan los referidos traslados, se concluyó oportunidad de mejora, en razón a que la aludida falta puede contribuir a que se reduzcan los términos para la investigación y pueda operar el fenómeno jurídico de la caducidad de la facultad sancionatoria institucional en sede del proceso *"Control"*, invitando a que los traslados de estos informes se realicen con la celeridad requerida, o de hecho se puedan establecer términos para ello.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 5. Inmediatez en el traslado de informes de auditoría al proceso *"Control"*,** dirigida al proceso *"Auditorías"*, liderado por la SDPSS, así:

Se formula Observación al proceso *"Auditorías"*, con el propósito de que se realicen con mayor celeridad los traslados de informes de auditoría a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas para efectos de surtir el control, a fin de evitar que los procesos administrativos sancionatorios que allí se sustancian se les reduzcan los términos de caducidad, debiendo tener en cuenta que, este fenómeno jurídico se contabiliza no desde la fecha de realización de la auditoría al sujeto vigilado, sino, dependiendo la fecha de ocurrencia de las acciones u omisiones en que haya incurrido el ente territorial, máxime cuando las auditorías cubren vigencias anteriores.

▪ Respecto de los seguimientos para la presentación de avances al plan de mejoramiento, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno pudo evidenciar que se recibió respuesta por parte del sujeto vigilado, esto es, municipio San José de Cúcuta a la dirección electrónica "correointernosns@supersalud.gov.co" esto el día 20 de junio de 2024.

De ello, el grupo Correspondencia efectúo radicación en el sistema SuperArgo, mediante el N° 20245500002809332 del 21 de junio de 2024, fecha en la cual fue asignado a la Dirección de Conciliación adscrita a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, situación que denota debilidad frente al cumplimiento de lo

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

establecido en el artículo 15 de la Resolución 321 del 28 de enero de 2016, el cual señala "*Recepción de las Peticiones Escritas. El Grupo de Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud recibirá y radicará todas las peticiones escritas allegadas por cualquier medio idóneo a la entidad y las enviará inmediatamente a la dependencia competente*" (…). (Subrayado extratextual).

De lo anteriormente referido, y a efectos de la auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno, la Dirección de Conciliación, solo hasta el día 23 de julio de 2024 efectuó reasignación a la instancia competente, esto es Dirección Regional Nororiental, situación que denota debilidad frente al cumplimiento de lo establecido en el artículo 16 de la Resolución 321 del 28 de enero de 2016, el cual señala: "*Trámite al interior del Área Competente. Recibida la petición por el área competente, deberá responderla directamente al peticionario en los términos establecidos en el artículo tercero de la presente Resolución.*

Si la dependencia a la cual se remitió la petición advierte que la misma es competencia de otra dependencia al interior de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá trasladarla de forma inmediata una vez tenga conocimiento de la misma, mediante el sistema de gestión documental, sin que para el efecto se deba realizar un oficio remisorio que le comunique este traslado al peticionario". Subrayado extratextual

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 8. Incumplimiento de la Resolución 321 del 28 de enero de 2016**, al proceso "*Gobierno y Gestión de Datos e Información*", liderado por la Dirección de Innovación y Desarrollo, así:

Inadecuada asignación por parte del Grupo de Correspondencia (Dir. Regional Norte), de la comunicación oficial recibida desde el municipio San José de Cúcuta, así como omisión por parte de la Dirección de Conciliación para trasladar con la inmediatez requerida al área competente la mencionada comunicación, esto de conformidad con lo establecido en los artículos 15 y 16 de la normatividad en cita, situaciones que conllevaron a que el sujeto vigilado se viera en la necesidad de radicar nuevamente información mediante radicado N° 20249300402978182 del 02 de julio de 2024; eventos que además de generar reprocesos, pueden afectar las acciones de mejoramiento que deba desplegar el ente territorial en beneficio de su población.

1.1.1. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso *"Auditorías"*

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno en el marco de la auditoría interna adelantada, efectuó evaluación a los riesgos tanto de gestión como de corrupción que se encuentran dispuestos en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), identificados para el proceso "*Auditorías*", gestionado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de lo cual a continuación se presentan los siguientes análisis.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

▪ **Riesgo de Gestión** "*Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador debido a la aprobación de planes de mejoramiento que no subsanan las causas del hallazgo identificado*", siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

1. CONTROL PREVENTIVO	CAUSAS	EVIDENCIA	RESPONSABLE DEL CONTROL
El profesional responsable verifica que a los planes de mejoramiento sean evaluados en los tiempos establecidos. En caso de que se encuentre algún incumplimiento, se realiza la respectiva alerta.	*Falta de seguimiento en los tiempos establecidos para el proceso para el cumplimiento de los planes de mejoramiento. *Falta de oportunidad en el trámite de respuesta *Aprobación de planes que no son viables *Cierre inadecuado de planes de mejoramiento	Tablero de control	Profesional responsable

Tabla N° 8 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Sea lo primero señalar que al definirse como riesgo la "*Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador debido a la aprobación de planes de mejoramiento que no subsanan las causas del hallazgo identificado*", tal y como está configurado, resulta ser *"reactivo*" - "*correctivo*" y no "*preventivo*" al encontrarse sujetos a que solo un "*ente regulador*" pueda generar la materialización de estos.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 2. Análisis de la definición del riesgo**, al proceso "*Auditorías*" liderado por la SDPSS, así:

Se recomienda al proceso "*Auditorías*" liderado por la SDPSS que, se analice la definición del riesgo de gestión "*Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador debido a la aprobación de planes de mejoramiento que no subsanan las causas del hallazgo identificado"* dado que, tal y como está configurado, resulta ser *"reactivo*" - "*correctivo*" y no "*preventivo*" al encontrarse sujeto a que solo un "*ente regulador*" pueda generar la materialización del riesgo, lo cual implica que si un ente regulador no evalúa lo concerniente a la materialización del riesgo, eventualmente esta podría estar presentándose, sin que se adelanten las intervenciones a que haya lugar.

▪ Ahora bien, de conformidad a la muestra objeto de auditoría y en virtud de la evidencia aportada, se identificó que, para las auditorías realizadas a los municipios de San José de Cúcuta, Los Patios, Pamplona, Tunja, Floridablanca y Tuchín, fueron superados los tiempos establecidos para "*Evaluar propuesta del plan de mejoramiento*", si se tiene en cuenta que este control señala, "*Esta revisión debe realizarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la propuesta del plan de mejoramiento*". (Ver Tabla N° 6).

Al contrastar esta información con la evidencia aportada, esto es "*Tablero de Control*" denominado "*Matriz de Seguimiento a Auditorías*", se identificó lo siguiente:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

1. En las auditorías a los municipios de San José de Cúcuta y Floridablanca, se excedió el término para evaluar la propuesta de plan de mejoramiento, sin que se hubiese generado alerta al respecto.

2. Las auditorías a los municipios de Los Patios y Pamplona, no se identificaron en el tablero de control.

3. En la auditoría al municipio de Tunja no se identificó que en el tablero de control se incluyera la fecha de evaluación del plan de mejoramiento, así como otras actuaciones, sin que por demás se hubiese generado alerta al respecto.

4. Para el municipio de Tuchin el "*NURC de respuesta al vigilado sobre pm 1ª revisión*" es el N° 20245500000442831 del 18 de marzo de 2024 y no el N° 20245500000744021 del 14 de abril de 2024 como allí se registra, el cual corresponde a la auditoría efectuada al municipio de Malambo, sin que por demás se hubiese generado alerta al respecto.

Finalmente, debe indicarse que, si bien es cierto, no se evidenció materialización del riesgo de gestión objeto de evaluación, también lo es que, se identificó debilidad en la aplicación del control definido consistente en *"El profesional responsable verifica que a los planes de mejoramiento sean evaluados en los tiempos establecidos. En caso de que se encuentre algún incumplimiento, se realiza la respectiva alerta"*, ya que el mismo no se ejecuta en la forma en que esta dispuesto en el mapa de riesgos, aunado, a que éste se presenta como un control manual, el cual supone la necesidad de que un funcionario(a) día a día alimente la matriz encontrándose ante posibilidad de error en su diligenciamiento, motivo por el cual se pone en consideración del líder de proceso, analizar la viabilidad de implementar una solución tecnológica que automatice el control, evitando errores humanos.

Ahora bien, en lo concerniente a las dos (2) primeras causas identificadas, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, no identificó nexo de causalidad o pertinencia entre el riesgo de gestión identificado consistente en *"Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador debido a la aprobación de planes de mejoramiento que no subsanan las causas del hallazgo identificado"*, y las causas denominadas *"Falta de seguimiento en los tiempos establecidos para el proceso para el cumplimiento de los planes de mejoramiento"* y *"Falta de oportunidad en el trámite de respuesta"*.

En concreto, no se identificó en qué puede contribuir el seguimiento a los tiempos establecidos, respecto de la adecuada aprobación de planes de mejoramiento, si se tiene en cuenta que el riesgo propone una cuestión aún más de fondo ya que la idea es que el plan subsane las causas del hallazgo, motivo por el cual se propone analizar la pertinencia en el establecimiento de estas causas con miras a eventualmente redefinirlas, al igual que el control preventivo establecido, ya que como se ha indicado en líneas anteriores, no se evidenció relación del riesgo identificado que supone una inadecuada aprobación de planes de mejoramiento por efectos de falta de conocimiento o experticia del funcionario

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

responsable de evaluarlo, y el establecimiento de un tablero de control que fundamentalmente está dirigido a generar alertas de oportunidad en las evaluaciones de planes de mejoramiento, no identificando aporte para evitar la materialización del riesgo.

2. CONTROL PREVENTIVO	CAUSAS	EVIDENCIA	RESPONSABLE DEL CONTROL
El equipo auditor verifica el alcance, objetivo, tiempos y acciones propuestas por el vigilado en el plan de mejoramiento con el fin de validar la coherencia frente a la subsanación de los hallazgos definidos en la auditoria. En caso de que se detecte que el plan de mejoramiento no es viable, se solicita al vigilado su corrección, esto podrá realizarse una única vez.	*Falta de seguimiento en los tiempos establecidos para el proceso para el cumplimiento de los planes de mejoramiento. *Falta de oportunidad en el trámite de respuesta *Aprobación de planes que no son viables *Cierre inadecuado de planes de mejoramiento	Relación de comunicaciones enviadas al vigilado informando la aprobación o no del plan de mejoramiento	Equipo auditor

Tabla N° 9 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

En lo atinente al segundo control definido para mitigar la ocurrencia del riesgo de gestión, se concluyó que el mismo realiza una descripción de una labor, que de suyo el funcionario(a) debe realizar para evaluar la propuesta de plan de mejoramiento que sea aportado por el ente territorial auditado, la aludida labor de análisis presupone la "*verificación del alcance, objetivo, tiempos y acciones propuestas por el vigilado en el plan de mejoramiento*", claro está en una gestión de contrastación respecto del hallazgo generado en la auditoría.

En síntesis, no se identificó en el control que ahora nos ocupa, la implementación de un instrumento que provea además de la mencionada labor de "*verificación del alcance, objetivo, tiempos y acciones propuestas por el vigilado en el plan de mejoramiento*", la posibilidad de determinar con certidumbre si las acciones propuestas efectivamente eliminan la causa raíz del hallazgo con miras a que la situación no se vuelva a presentar, máxime si se tiene en cuenta que, los hallazgos de auditoría que se generan tienen un alto componente técnico en materia de seguridad social en salud.

Con base en lo anterior, a partir de lo contemplado en la *"Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"* emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, bajo el entendido de que los hallazgos que se generan, suelen ser análogos, similares o incluso iguales indistintamente de la región del país donde las falencias se presenten, se pone en consideración del proceso *"Auditorías"*, la posibilidad de que a partir de la experticia profesional y casos de éxito, se pueda generar por ejemplo un banco de conocimiento que contenga entre otros, acciones concretas de las cuales se tenga certeza, subsanaran los hallazgos en materias como los son Salud Pública, Aseguramiento o Financiamiento, todo lo anterior claro está, sin dejar de lado el conocimiento o pericia que el funcionario(a) evaluador del plan tenga en relación con las temáticas que son puestas en su consideración.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

De otro lado, se propone se pueda concebir otro tipo de control a partir de un esquema de segregación de funciones, en concreto, a través de la revisión del proyecto de aprobación o de no aprobación del plan de mejoramiento por parte del Director (a) Regional, reduciendo la probabilidad de que se presenten errores intencionales o involuntarios.

PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE
1295	Jornadas de fortalecimiento técnico relacionadas con la evaluación y aprobación de los planes de mejoramiento presentado por los vigilados.	Listados de asistencia	Profesional Especializado

Tabla N° 10 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

El proceso "*Auditorías*" definió para la vigencia 2023 el Plan de Tratamiento N° 1295, esto para el riesgo de gestión "*Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador debido a la aprobación de planes de mejoramiento que no subsanan las causas del hallazgo identificado*", tendiente a mitigar o reducir el riesgo residual definido.

De conformidad con lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno verificó la evidencia aportada en el plan ya mencionado, observando que el proceso "*Auditorías*" realizó jornadas de fortalecimiento con la Dirección de Inspección y Vigilancia para P.S.S., y la Dirección de Inspección y Vigilancia de Entidades de Aseguramiento en Salud, sin embargo; no se identificaron las mismas prácticas con la SDETGRA, ni con las Direcciones Regionales, situación que podría generar que las acciones allí dispuestas no sean interiorizadas por todas las áreas que también realizan acciones de IV e intervienen dentro del proceso.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 9**. **Incumplimiento e inadecuada definición de controles, así como debilidad en la ejecución de plan de tratamiento** al proceso "*Auditorías*", liderado por la SDPSS, así:

Incumplimiento en la ejecución de control definido para mitigar riesgo de gestión consistente en: "*Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador debido a la aprobación de planes de mejoramiento que no subsanan las causas del hallazgo identificado*", en razón a que el referido control establece que "*El profesional responsable verifica que los planes de mejoramiento sean evaluados en los tiempos establecidos*", y en caso de que se encuentre algún incumplimiento, se debe realizar la respectiva alerta; precisando que, en las auditorías realizadas a los municipios de San José de Cúcuta, Los Patios, Pamplona, Tunja, Floridablanca y Tuchín, se identificó la evaluación extemporánea de los planes de mejoramiento que les fueran solicitados a esos entes territoriales, sin que se generara una alerta puntual al respecto en estas auditorías.

Si bien es cierto, se han emprendido gestiones desde el proceso "*Auditorías*", y específicamente desde la SDETGRA, tendientes a que el tablero de control (Matriz Excel) con que se cuenta, sea diligenciado desde las sedes regionales con la trazabilidad de cada auditoría, también lo es que, no viene siendo ejecutado en la forma en que se dispuso en

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

el mapa de riesgos institucional, generando las alertas que el mismo tiene como objetivo se presenten.

En la fase de generación de "*Plan de tratamiento*" para mitigar el riesgo residual, el proceso "*Auditorías*", estructuró el plan N° 1295 correspondiente a la vigencia 2023, evidenciando que las "*Jornadas de fortalecimiento técnico relacionadas con la evaluación y aprobación de los planes de mejoramiento presentado por los vigilados*", no se realizaron con todas las áreas que intervienen dentro del proceso, específicamente la SDETGRA, junto con las Direcciones Regionales, conllevando a que el riesgo residual no se mitigue; máxime si se tiene en cuenta lo preceptuado en el numeral 3ro del artículo 14 de la resolución N° 2021160000017173-6 del 09 de diciembre de 2021, en donde se mencionan las responsabilidades del líder del proceso, entre las que se encuentra "*Gestionar integralmente los riesgos de los procesos a su cargo*".

▪ **Riesgo de Corrupción:** *"Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar u omitir los hallazgos de la auditoría",* siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

1. CONTROL PREVENTIVO	CAUSAS	EVIDENCIA	RESPONSABLE DEL CONTROL
Los coordinadores de auditoría designados por el Superintendente Delegado, verifica cada vez que se ejecuta la auditoría, que los papeles de trabajo remitidos por el equipo auditor y las evidencias recopiladas se encuentren de manera completa y guarden coherencia con el Informe Final	▪ Fallas en la verificación del informe final de auditoría ▪ Conflicto interés sobre el sujeto vigilado. ▪ Falta de rotación de los equipos auditores	Comunicación oficial de traslado del informe al vigilado.	Los Coordinadores de Auditoría designados por el Superintendente Delegado

Tabla N° 11 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

El control identificado por el proceso el cual se establecido como *"preventivo"*, y, de acuerdo con los planteamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, resulta ser un control detectivo: *"control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos*[2]*",* y no preventivo, como lo predica el proceso al indicar que *"Los coordinadores de auditoría designados por el Superintendente Delegado, verifica cada vez que se ejecuta la auditoría, que los papeles de trabajo remitidos por el equipo auditor y las evidencias recopiladas se encuentren de manera completa y guarden coherencia con el Informe Final"*.

Es de aclarar que los controles preventivos, se deben aplicar a la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, lo anterior, busca condiciones que aseguren el resultado final, o simplemente se intenta prevenir y/o disuadir de que ocurran actos que permitan la materialización del riesgo, situación que no se evidenció en el control implementado por el proceso "*Auditorias*", toda vez que para la aplicación de los controles se debe tener en cuenta que estos deben mitigan el riesgo.

[2] Guía Para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, página 47.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Ahora bien, teniendo en cuenta que el control establecido por el proceso "*Auditorias*", tiene como responsables a los coordinadores de auditorías que son designados por el Delegado, también lo es que, las evidencias asociadas al control no resultan guardar relación de causalidad, conllevando a una probable materialización del riesgo objeto de evaluación, esto es, "*Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar u omitir los hallazgos de la auditoría".*

Toda vez que, como está redactado el control y cuya evidencia es "*Comunicación oficial de traslado del informe al vigilado",* se puede evidenciar que el envío del informe al vigilado no significa que se acredite en debida forma el control, lo que denotaría que tanto el control, como la evidencia, se encuentran mal diseñados, toda vez que no guardan relación entre sí; de igual forma se ha evidenciado que la asignación del funcionarios responsables de llevar a cabo la verificación del cumplimiento o aplicación del control, son los mismos servidores que realizan la auditoria, situación que no permite evidenciar lo establecido en la "*Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6",* emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, donde describe en la página 25 *"Desde la 1ª línea de defensa todos los servidores tienen una responsabilidad frente a la aplicación efectiva de los controles, por lo que se trata de un seguimiento permanente, esto incluye la aplicación de controles de gerencia operativa que corresponde a aquellos que son aplicados por servidores con personal a cargo (jefes, coordinadores u otro cargo)"Subrayado fuera de texto.*

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 6. Definir la tipología de los controles y evaluar la asignación de responsables de acuerdo con los lineamientos del DAFP**, al proceso "*Auditorías*" liderado por la SDPSS.

Resulta importante que el Proceso *"Auditorias"*, en coordinación y bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, evalúen la pertinencia de realizar mesas de trabajo con el propósito de evaluar y redactar las tipologías de los controles y los responsables de ejecutarlos, en atención a lo establecido en la *"Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6"*

2. CONTROL PREVENTIVO	CAUSAS	EVIDENCIA	RESPONSABLE DEL CONTROL
Los delegados o directores o coordinadores definen cada vez que se requiera los equipos auditores de acuerdo con sus competencias. En caso de que se identifique que los auditores participan de manera recurrente con el mismo vigilado, se efectuará el cambio de auditor	▪ Fallas en la verificación del informe final de auditoría. ▪ Conflicto interés sobre el sujeto vigilado. ▪ Falta de rotación de los equipos auditores	Tablero de Control	Los delegados o directores o coordinadores.

Tabla N° 12 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Con relación al tercer control determinado por el proceso *"Auditorias",* para prevenir la materialización del riesgo, identificado como: *"Los delegados o directores o coordinadores definen cada vez que se requiera los equipos auditores de acuerdo con sus competencias. En caso de que se identifique que los auditores participan de manera recurrente con el mismo vigilado, se*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

efectuará el cambio de auditor", con relación a lo anterior el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, logró evidenciar que para efectos de la definición de equipos de auditoría y coordinador, en concreto, en la muestra tomada para las Direcciones Regionales Nororiental y Norte, se evidenció la asignación de profesionales con el conocimiento, competencia y experticia para la realización de las auditorías asignadas, lo cual trae como consecuencia fiabilidad en cuanto a la calidad requerida para el desarrollo de la auditoría efectuada en campo para cada ente territorial, observándose conformidad.

Plan de tratamiento de riesgo	Acción	Responsable
1297	Socialización Código de Ética	Profesional Especializado

Tabla N° 13 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Por parte del proceso *"Auditorias",* fue definido el plan de tratamiento tendiente a mitigar o reducir el riesgo residual definido, de lo cual, observándose que, con fecha 24 de enero de 2023, se registró en el aplicativo ITS dispuesto por la Superintendencia Nacional de Salud el Plan de Tratamiento N° 1297 respecto del hallazgo *"Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar u omitir los hallazgos de la auditoria",* el cual se propuso para ser ejecutado en el período comprendido entre el 06 de enero de 2023 al 29 de diciembre de 2023, con el objetivo de lograr la mitigación o bajar el riesgo residual, de lo cual, a continuación, se presenta el análisis sobre el particular:

Actividad: Socialización Código de Ética.
De conformidad con lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que, en la reunión de autoevaluación del mes de agosto de 2023, se socializó el Código de Integridad, manual y Formato Conflicto de intereses, actividad esta que se plasmó mediante acta No. GE-8908 del 9 de agosto de 2023, donde se registraron como asistentes: Equipo Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud, Equipo de la Dirección de Medidas Especiales para Prestadores de Servicios de Salud, Equipo de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, evidenciándose que el proceso *"Auditorías"* realizó la capacitación y socialización, prevista para el riesgo residual.

Sin embargo, no se identificaron las mismas prácticas con la Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS ni con las Direcciones Regionales, situación está que podría generar que las actividades llevadas a cabo para en la implementación del riesgo residual, no fueron socializadas a todas las dependencias que hacen parte integral o que componen el proceso *"Auditorias"*

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 7. Debilidad en la ejecución del plan de tratamiento** al proceso *"Auditorías",* liderado por la SDPSS.

En atención al plan de tratamiento del riesgo, el cual fue estructurado mediante plan de mejoramiento N°. 1297, el cual se encuentra dispuesto en el aplicativo ITS, correspondiente a la vigencia 2023, evidenciándose que la actividad *"Socialización Código de Ética",* propuesta

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

por el proceso *"Auditorias",* solo se aplicó a las dependencias de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, no haciéndose extensa a todas las áreas que lo conforman, esto es a la SDETGRA y las Direcciones Regionales, lo anterior no permite evidenciar lo establecido en la Resolución N°. 20211600000173-6 de 2021 *"Por la cual adopta el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones".*

1.2. Proceso "*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*"

Con el fin cumplir los fines y cometidos trazados en el ejercicio de auditoría interna y para efectos de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, en relación con el proceso "*Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor*" se tuvieron en cuenta las siguientes actividades claves de éxito: *"Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud*" y "*Gestionar los reclamos en salud y solicitudes de información"*.

1.2.1. Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud

En lo correspondiente a la actividad clave de éxito denominada *"Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud"*, se procedió a tomar muestra no estadística o indiscriminada de la gestión emprendida por el proceso, en el lapso definido como alcance de auditoría; indicándose que, la muestra se focalizó en la gestión de las direcciones regionales Nororiental y Norte con sede en las ciudades de Bucaramanga y Barraquilla respectivamente, aunado, a que de conformidad con la información suministrada por las citadas direcciones regionales, se totalizaron los eventos de Participación Ciudadana contabilizándolos y tomando la muestra de auditoría como a continuación se describe:

Regional Nororiental Eventos en el marco del proceso "*Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor*" - vigencia 2023 y primer cuatrimestre vigencia 2024		
Temática	**Universo**	**Muestra**
Jornadas de Atención al Usuario	13	El Zulia, Samacá, Ráquira, Barrancabermeja y Pamplona
Diálogo con la Supersalud	1	San José de Cúcuta
TOTAL	**14**	**6**

Tabla N° 14 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Regional Norte Eventos en el marco del proceso "*Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor*" - vigencia 2023 y primer cuatrimestre vigencia 2024		
Temática	**Universo**	**Muestra**
Jornadas de Atención al Usuario	12	Barranquilla, Magangué, Baranoa, Cartagena y Montería.
Diálogo con la Supersalud	5	Tierra Alta, San Andrés y Cereté.
TOTAL	**17**	**8**

Tabla N° 15 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

En consecuencia, del total de eventos de participación ciudadana desarrollados en esas regionales, esto es treinta y uno (31), se realizó la selección de una muestra equivalente al 45%, para un total de catorce (14) eventos de este tipo.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

De lo anterior, se efectúo prueba de recorrido a la actividad clave de éxito *"Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud*", mediante la cual fue verificada y evaluada la evidencia aportada por parte de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, en adelante SDPU, observándose las siguientes situaciones en las diferentes fases establecidas en la referida actividad clave de éxito:

1. *"Gestionar la solicitud de divulgación del evento"*, no se identificó la remisión del cronograma de los eventos a la Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional, de acuerdo con la periodicidad allí dispuesta, esto es *"el 25 de cada mes"*.

2. "*Revisar las piezas y gestionar su publicación*", no se identificó la revisión, remisión, aprobación y publicación de piezas publicitarias de los eventos objeto de muestra, de conformidad a lo establecido en el proceso de Gobierno y Gestión de Datos e Información.

3. *"Realizar articulación con las instituciones"*, si bien, se identificó que de manera general se efectúan con antelación gestiones para desarrollar la logística de los eventos, también lo es que, para "*antes del evento*", se observó que respecto de la actividad realizada en el municipio de Cereté (Córdoba) el 19/03/2024, el comunicado que se emitió a través del gestor documental de la Entidad para realizar *"citación a los representantes legales de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, autoridades territoriales municipal o departamental y agentes responsables (fiduciaria la previsora, policía nacional y fuerzas militares) de prestar los servicios de salud de la región para que hagan presencia en el evento"*, se materializó con un día de antelación, esto es el 18/03/2024.

4. *"Verificar asistencia de actores territoriales"*, no se evidenció la verificación de quiénes fueron citados a las jornadas, (EAPB, asociaciones de usuarios y veedurías que hacen presencia en el territorio), para lograr identificar si efectivamente acudieron; máxime, si se tiene en cuenta que el documento por el cual se convoca a las EAPB indica: *"su inasistencia se entenderá como una conducta que vulnera el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud, en contravía de lo dispuesto en los numerales 11 y 12 del artículo 130 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019*".

La relevancia que reviste el control obedece en constatar el cumplimiento frente a una instrucción impartida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y con ello, adoptar las medidas de control a que haya lugar.

5. *"Desarrollar eventos"*, se establece en esta fase el uso de formatos, de lo cual a continuación se presenta el siguiente análisis:

✓ *"Listado de asistencia"*: Se identificó el uso de formatos obsoletos (FIFT16 V1), para los eventos desarrollados en los municipios de Montería y Barranquilla.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

✓ *"RLFT04 Encuesta del evento"*: Si bien se aportó evidencia que da cuenta de la utilización de un código QR para la captura de información referente a la percepción de cada evento, también lo es que, este instrumento no se encuentra regulado en la actividad clave de éxito; igualmente en documento *"Encuestas-evaluación espacios de promoción de la participación ciudadana Supersalud 2023",* se identificó que algunos registros como la fecha de realización del evento, no coinciden con la registrada en el mecanismo dispuesto para la toma de información; aunado a lo anterior, el número de encuestas realizadas resulta ser mínima respecto de la lista de asistencia.

Así las cosas, de las catorce (14) encuestas que debieron ser aplicadas a través del referido formato en los eventos desarrollados, para doce (12) de ellos, no se aportó evidencia que diera cuenta del uso de *"RLFT04 Encuesta del evento"*, ahora bien, para las dos (2) restantes, esto es Montería y Barranquilla, se identificó el uso del formato *"CSFT02"*, el cual se encontraba obsoleto para la fecha en que se desarrollaron los eventos.

Adicionalmente, en la fase en mención se indica: *"Antes de finalizar el evento los funcionarios distribuyen el formato RLFT04 Encuesta de evento para que los asistentes que deseen expresen sus percepciones frente al evento"*, entendiéndose que el uso de este formato debe aplicarse en todos los eventos que se desarrollen respecto de las temáticas que adelanta la SDPU a través de la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana.

✓ *"RLFT06 Registro de Reclamos en salud"*: Se identificó que de los catorce (14) eventos, solo para seis (6) de ellos, se dispuso el formato en mención.

✓ *"Listado de atención por cada EPS"*: Se identificó el uso de un formato que no cuenta con codificación dentro del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad

✓ "*Listado de funcionarios de EPS que participan*": Tal y como ya se indicó en la fase "*Verificar asistencia de actores territoriales*", no se evidenció la verificación de quiénes fueron citados a las jornadas (EAPB que hacen presencia en el territorio), para lograr identificar si efectivamente acudieron; máxime, si se tiene en cuenta que el documento por el cual se convoca a las EAPB indica: *"su inasistencia se entenderá como una conducta que vulnera el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud, en contravía de lo dispuesto en los numerales 11 y 12 del artículo 130 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019"*.

6. *"Realizar acta del evento"* y *"Revisar el acta"*, Se identificó que, de los catorce (14) eventos, ocho (8) de ellos no cuentan con acta y consecuentemente no se evidencia aprobación de éstas.

7. "*Realizar la publicación*": Se identificó que, de los catorce (14) eventos, nueve (9) de ellos no se encuentran publicados en la página web de la entidad.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N°10. Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito *"Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud"*,** al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, liderado por la SDPU, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"* - actividad clave de éxito *"Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud"*, toda vez fueron detectados reiterados incumplimientos respecto de lo preceptuado en las fases dispuestas en la citada actividad clave de éxito, aunado a la debilidad en el al principio de *"autocontrol"* dispuesto por el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), esto por parte del proceso para detectar desviaciones y con ello efectuar correctivos para la adecuada ejecución de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad .

Las situaciones anteriores representan oportunidad de mejora para el adecuado desarrollo de la actividad clave de éxito auditada, las cuales deben ser objeto de tratamiento en espacios dispuestos por la entidad como lo son las *"reuniones de autoevaluación"*, en donde se aborde y analice de manera detallada la adecuada ejecución de la actividad objeto de evaluación, esto con el ánimo de evitar que las desviaciones detectadas persistan, actividad que determinantemente favorecería la oportuna y adecuada toma de decisiones relacionadas, a efectos de permitir que el escenario de autoevaluación contribuya de manera efectiva con el cumplimiento de los objetivos y el logro de los resultados institucionales.

▪ De la evaluación efectuada, se identificó la elaboración del cronograma de eventos referentes a la promoción de la participación ciudadana y control social, sin embargo, se pone a consideración del líder de proceso se implementen instrumentos como la priorización y rotación, las cuales podrían contribuir a establecer mejoras en la planeación, programación, y con ello una adecuada ejecución de la temática en relación.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N°3. Implementación de metodologías en la elaboración de cronograma,** al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, liderado por la SDPU, así:

Se recomienda al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"* que respecto de la actividad clave de éxito *"Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud"*, se evalué la pertinencia de implementar instrumentos como la priorización y rotación, los cuales podrían contribuir a establecer mejoras en la planeación, programación y ejecución de los eventos que son realizados por parte del referido proceso, gestiones que conllevarían al fortalecimiento de las estrategias en la atención y protección al usuario, así

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

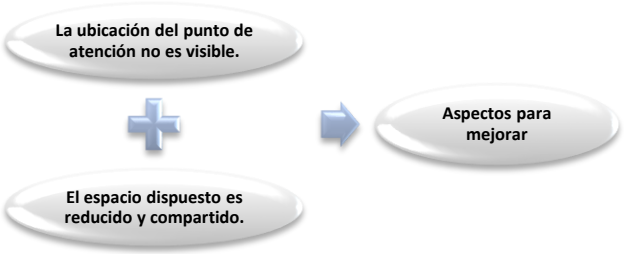
como la participación ciudadana, incrementando la presencia de la Entidad en el territorio nacional.

1.2.2. "*Gestionar los reclamos en salud y solicitudes de información*", respecto de los puntos de Atención ubicados en el municipio El Socorro y Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno en virtud de la auditoría efectuada a dos (2) Direcciones Regionales; Nororiental y Norte, se desplazó a los "*Puntos de Atención*" ubicados en el municipio El Socorro y Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, a fin de verificar las condiciones en que es prestado el servicio, de lo cual, a continuación, se ilustra lo pertinente:

▪ La Superintendencia Nacional de Salud, suscribió acuerdo de voluntades con BPM Consulting SAS - Business Process Management Consulting SA, en adelante BPM, cuyo objeto se enmarca en *"Prestar los servicios especializados de un centro de contacto a nivel nacional para la recepción y trámite de peticiones, quejas y reclamos (PQRD) de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, estableciéndose entre otros, convenios interadministrativos con las Entidades Territoriales, con el propósito de contar con espacios identificados como *"Puntos de Atención"* dirigidos a los usuarios del SGSSS, que si bien, tienen una infraestructura más ligera (básica), así como, un conjunto de servicios quizás más limitados y una identificación visual distinta a la Oficina del Nivel Central y Regionales, se deben garantizar las condiciones mínimas y dignas tales como el espacio físico y mobiliario, la seguridad del personal y aseo del lugar, entre otros.

Respecto a lo anterior, para el punto de atención ubicado en El Socorro, se identificaron las siguientes situaciones:



Gráfica N° 1. Elaboración propia equipo auditor Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 4. Condiciones físicas de los Puntos de Atención dispuestos para la recepción y trámite de PQRD en salud,** al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, liderado por la SDPU, así:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Es preciso señalar que, si bien, los espacios dispuestos por las Entidades Territoriales en donde operan los "*Puntos de Atención*" tienen una infraestructura más ligera (básica), así como servicios más limitados y una identificación visual distinta a la Oficina del nivel Central y Regionales, resulta importante que se garanticen las condiciones mínimas y dignas tanto al personal encargado de recepcionar y tramitar las PQRD en salud, como a los usuarios del sistema que hacen uso de este canal de atención, respecto de las situaciones que de una u otra manera podrían haber vulnerado el *"Derecho Fundamental a la Salud"*, el cual se encuentra consagrado en la Constitución Política de Colombia y demás normas en materia.

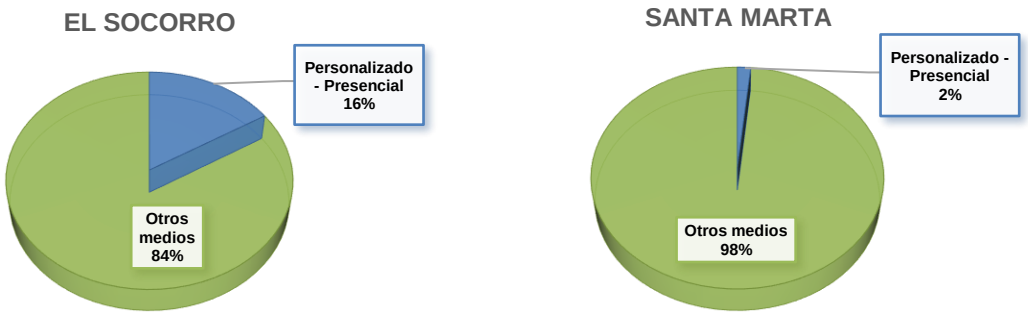
▪ En cuanto a la interacción entre las Direcciones Regionales con los *"Puntos de Atención"*, resulta ser poca o nula, dado que, en entrevista realizada tanto a los Directores como al personal dispuesto por BPM, manifestaron que, no se mantenía un contacto frecuente respecto de las actividades que se originan a partir de la recepción y trámite de las PQRD interpuestas por los usuarios del sistema, más cuando se tiene como propósito un esquema para la atención y protección de los derechos en salud de la población.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 8. Interacción de las Direcciones Regionales con los Puntos de Atención,** a los procesos *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, liderado por la SDPU, así:

Resulta importante que, desde la SDPU y la SDETGRA se fortalezca la comunicación con los "*Puntos de Atención*" dispuestos en las Entidades Territoriales para la recepción y trámite de las PQRD interpuestas por los usuarios del SGSSS, dado que, en desplazamiento realizado al municipio El Socorro y Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, se observó que la interacción entre las partes resulta ser poca o nula, existiendo a la fecha conocimiento limitado de las actividades que se realizan, y en el peor de los escenarios, un desconocimiento total de las direcciones regionales respecto de su jurisdicción, aspectos estos que valdría la pena considerar en el marco de un proceso de desconcentración administrativa como un fenómeno jurídico que puede coadyuvar a que la comunicación sea fortalecida y adicionalmente, permitir que toda la oferta institucional llegue al territorio.

▪ Respecto a la gestión para la recepción y trámite de PQRD interpuestas por usuarios del SGSSS de forma presencial en los puntos de atención objeto de muestra, esto es; municipio El Socorro y Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, y tomando como fuente de consulta la información que reposa en las bases de datos de reclamos en salud para el período objeto de auditoría, se llevó a cabo un análisis consistente en, realizar un comparativo entre los casos gestionados a través de otros medios dispuestos por la Entidad y los atendidos in situ, observándose la siguiente situación:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados



Gráfica N° 2. Elaboración propia equipo auditor Oficina de Control Interno. Información extraída de las bases de datos de reclamos en salud.

Teniendo en cuenta el resultado que descrito en la gráfica N° 2, se observó que, los reclamos en salud interpuestos por los usuarios del sistema de forma presencial en los citados puntos de atención, no resultan ser significativos respecto a los gestionados por estos a través de los demás canales dispuestos por la Entidad, dado que, la afluencia de personas que hicieron uso del servicio para el período objeto de auditoría, resulta ser de menor proporción, situación que, podría estar siendo motivada por distintos aspectos que causan el comportamiento que sustenta el presente análisis estadístico.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 5. Análisis canal Presencial de Puntos de Atención,** al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, liderado por la SDPU, así:

Resulta importante que, desde el proceso objeto de auditoría, se adelanten los análisis de causas que motivan la baja afluencia de personas a los Puntos de Atención dispuestos en las Entidades Territoriales para la recepción y trámite de las PQRD, a fin de determinar si estas son ajenas a la operación, o si en efecto, se encuentran asociadas a una serie aspectos inmersos dentro de las actividades que influyen en el citado comportamiento, situación que fuera evidenciada en los puntos objeto de muestra, y sustentada bajo el análisis estadístico obtenido de la información registrada en las bases de datos de reclamos en salud, que coadyuve con la toma de decisiones que resulten más favorables para los usuarios del sistema, entre otras, evaluar la pertinencia de reubicar puntos de atención, con el objeto de sacar el mejor provecho en la prestación de un servicio con calidad y oportunidad en procura del mejoramiento continuo.

1.2.3. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor"*.

La Oficina de Control Interno siguiendo el plan de trabajo definido, efectuó evaluación a los riesgos tanto de gestión como de corrupción que se encuentran identificados en el mapa de riesgos institucional, para el proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor"*,

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

liderado por la SDPU, pudiéndose acceder a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), de lo cual a continuación se presentan los siguientes análisis:

- **Riesgo de Gestión** *"Posibilidad de afectación reputacional por la reiteración de quejas o solicitudes de los ciudadanos y grupos de valor debido a la falta de solución de fondo a los compromisos derivados de los diálogos con la Supersalud",* siendo objeto de evaluación las causas y controles que a continuación se relacionan:

CAUSA	CONTROLES (Preventivos)	EVIDENCIA DE SU EJECUCIÓN
Falta de comunicación oportuna del compromiso adquirido por la entidad al responsable de gestionar la solución.	El Líder del proceso, Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo y los directores regionales o quien haga sus veces, realizan seguimiento cada vez que se regrese al territorio a los compromisos hechos con los ciudadanos y grupos de valor en el marco de los espacios de diálogo. En caso de observar incumplimientos solicita a través de correo electrónico al área correspondiente la gestión realizada.	Acta y correo electrónico
Insuficiencia de elementos o recursos para dar respuesta a los compromisos adquiridos por la entidad.	El Líder del Proceso y los Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo semestralmente revisa el resultado de la encuesta de satisfacción aplicada en los eventos. En caso de observar que el resultado no cumple con los criterios definidos, se genera retroalimentación al equipo de trabajo en el comité de autoevaluación y se solicita los ajustes o modificaciones a lugar.	Acta de comité
Falta de seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por la entidad.	El Líder del Proceso, los Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo y los directores regionales o quien haga sus veces, cada vez que se realice un diálogo verifica que todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y lideres de control social en salud que hacen presencia en el territorio sean invitados.	Listados de invitación

Tabla N° 16 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

En primer lugar, debe indicarse que el análisis del riesgo se desprende de las causas que pueden dar origen a que la situación anómala se presente, identificando el proceso de *"Relacionamiento con la ciudadanía y Grupos de valor"* como *"Causas"* la *"Falta de comunicación oportuna del compromiso adquirido por la entidad al responsable de gestionar la solución"*, *"Insuficiencia de elementos o recursos para dar respuesta a los compromisos adquiridos por la entidad"* y *"Falta de seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por la entidad"*.

Al contrastar el riesgo identificado y las causas establecidas como generadoras de éste, se concluyó la existencia de una plena relación entre estos, si se tiene en cuenta que las carencias o faltas a las que aluden las causas, en efecto conllevan a que la referida afectación reputacional que predica el riesgo se concretice.

De este modo, cada causa debe estar intervenida por uno o varios controles que en la fase de *"identificación del riesgo"*, mitiguen la probabilidad de ocurrencia, para lo cual atendiendo lo dispuesto en el mapa de riesgos institucional el equipo auditor evidenció que:

✓ De la información incluida en el cuadro precedente, se identificó que la única "*Causa*" que tiene un control asociado que la mitigue, es la correspondiente a *"Falta de seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por la entidad"*, si se tiene en cuenta que tiene definido un control preventivo consistente en que *"El Líder del proceso, Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo y los Directores Regionales o quien haga sus veces, realizan*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

seguimiento cada vez que se regrese al territorio a los compromisos hechos con los ciudadanos y grupos de valor en el marco de los espacios de diálogos. En caso de observar incumplimientos solicita a través de correo electrónico al área correspondiente la gestión realizada", resultando ser una actividad constante que contribuye en mitigar la causa generadora del evento potencial.

Respecto de las otras causas, referentes a *"Falta de comunicación oportuna del compromiso adquirido por la entidad al responsable de gestionar la solución"* e *"Insuficiencia de elementos o recursos para dar respuesta a los compromisos adquiridos por la entidad",* no se cuenta con un control asociado que efectivamente las mitigue, ya que los demás controles preventivos están dirigidos a que el responsable:

a. Revise el resultado de la encuesta de satisfacción aplicada en los eventos y,
b. Cada vez que se realice un diálogo verifica que todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y líderes de control social en salud que hacen presencia en el territorio sean invitados.

Lo anterior, trae como efecto, la falta de control y mitigación de dos (2) de las causas identificadas, en razón a que como se ha indicado, ninguno de estos controles está dirigido a propiciar una comunicación oportuna al interior de la SNS que permita que el área competente pueda conocer y atender rápida o diligentemente un compromiso dirigido a proteger los derechos en salud de un usuario, ni tampoco, se identificó en qué contribuyen estos controles a que se cuente con todos los elementos y recursos necesarios para gestionar la labor, para que el ciudadano pueda acceder a la oferta institucional y al goce de sus derechos fundamentales, prestándole un servicio de excelencia, calidad y oportunidad como lo demanda el objetivo del proceso *"Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor"*.

Sobre el particular, la *"Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles"*, del Departamento Administrativo de la Función Pública, específicamente en lo concerniente al establecimiento de controles impartió el siguiente lineamiento:

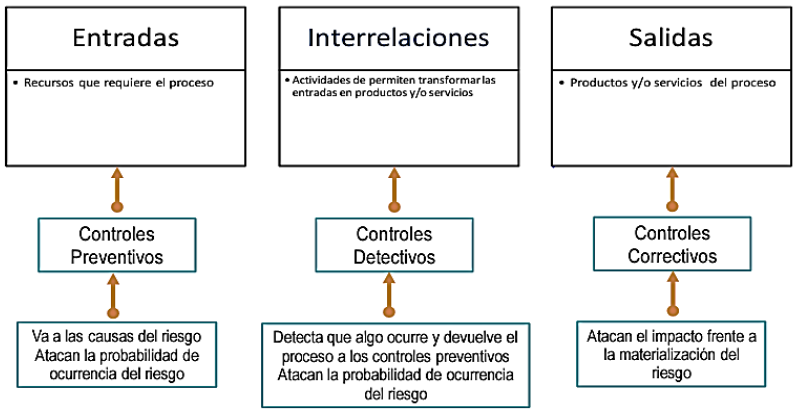


Imagen N° 9 – Fuente: Información extraída de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 6.

Estamos certificados

Así las cosas, desde ya se advierte oportunidad de mejoramiento al evidenciar la necesidad de replantear los controles definidos, con el objeto de que estos estén relacionados, asociados y efectivamente mitiguen dos (2) de las tres (3) causas identificadas.

Al margen de lo anterior, sea pertinente indicar que, lo referente a que se revise el resultado de la encuesta de satisfacción aplicada en los eventos, si bien es cierto, como se ha indicado no ataca ninguna causa identificada, también lo es que, vale la pena considerar el mantener en la operación del proceso esta revisión, la cual brinda insumos para la mejor toma de decisiones.

En lo concerniente a verificar que todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y líderes de control social en salud que hacen presencia en el territorio sean invitados, supone en sí la posibilidad de que las EAPB en mención no acojan la mencionada invitación, trayendo como efecto que ante su ausencia, in situ no haya una entidad del sistema que pueda resolver con calidad y oportunidad el requerimiento ciudadano, sugiriendo que este aspecto se analice, con miras a establecer entre otros, si la mencionada invitación constituye la posibilidad de asistir o no, o representa una instrucción que obligue a la concurrencia de la EAPB, aumentando así la posibilidad de que el competente pueda resolver con inmediatez determinada PQRD, máxime, si se tiene en cuenta que el documento por el cual se convoca a las EAPB indica que la inasistencia se entenderá como una conducta que vulnera el SGSSS y el derecho a la salud, en contravía de lo dispuesto en los numerales 11 y 12 del artículo 130 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

En este punto, indistintamente de las oportunidades de mejoramiento evidenciadas y aquí documentadas, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno efectuó verificación al cumplimiento de los controles, en las condiciones en que se encuentran definidos para este riesgo, así:

CONTROL (Preventivo)	EVIDENCIA DE SU EJECUCIÓN
El Líder del proceso, Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo y los directores regionales o quien haga sus veces, realizan seguimiento cada vez que se regrese al territorio a los compromisos hechos con los ciudadanos y grupos de valor en el marco de los espacios de diálogos. En caso de observar incumplimientos solicita a través de correo electrónico al área correspondiente la gestión realizada.	El control se ejecuta, gestionando el compromiso adquirido, articulándose con el área competente para que esta resuelva la solicitud o requiriendo a promotores o prestadores de servicios de salud a que resuelva la inconformidad ciudadana, contando como instrumentos para ello, matriz de compromisos, actas donde se refleja el seguimiento y comunicaciones internas solicitando información en el avance del cumplimiento del compromiso.
El Líder del Proceso y los Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo semestralmente revisa el resultado de la encuesta de satisfacción aplicada en los eventos. En caso de observar que el resultado no cumple con los criterios definidos, se genera retroalimentación al equipo de trabajo en el comité de autoevaluación y se solicita los ajustes o modificaciones a lugar.	Al respecto se aportó *"Informe de resultado de encuesta de satisfacción"* (sin fecha de emisión y firma de quien lo emite), indicando que el mismo tiene como destinatario el Comité de Coordinación al interior de la Dirección de Servicio al Ciudadano del cual se levanta acta.
El Líder del Proceso, los Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo y los directores regionales o quien haga sus veces, cada vez que se realice un diálogo verifica que todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y lideres de control social en salud que hacen presencia en el territorio sean invitados.	Al respecto se aportaron citaciones a los eventos de "Diálogo Supersalud" para los eventos programados.

Tabla N° 17 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Con base en lo anterior, se concluyó que los controles se ejecutaron, al margen de las oportunidades de mejoramiento ya descritas, indicando por demás que, lo relativo al seguimiento a los compromisos hechos con los ciudadanos y grupos de valor, cada vez que se regrese al territorio, se sugiere sea analizado con el fin se concluya su eventual replanteamiento, en la medida que no se supedite este control a un seguimiento o control posterior que sea ejecutado tan solo cuando se regrese al territorio, dado que entre la fecha en que se adquirió el compromiso y la fecha del seguimiento podrían acontecer distintas variables, haciendo eventualmente inoficioso un seguimiento en el cual se pueda encontrar carencia actual de objeto, por inexistencia de los hechos que dieron origen al compromiso, como por ejemplo podría ser la muerte de un paciente que se encontraba requiriendo la realización de determinado procedimiento o algún tipo de atención.

Ahora bien, analizando lo concerniente a la fase de *"valoración del riesgo",* debe indicarse que, el incumplimiento de los compromisos adquiridos por la entidad en eventos de participación ciudadana como son los *"Diálogos Supersalud"*, de conformidad con el riesgo identificado e incorporado en el mapa de riesgos institucional, trae como consecuencia según allí se indica una *"Percepción negativa de la entidad ante la ciudadanía y grupos de valor*", aspecto del cual se coincide, ya que efectivamente resulta ser el resultado de la materialización del evento con potencialidad de ocurrencia. Sin embargo, debe referirse que, desde el equipo auditor de la Oficina de Control Interno se avizoran otras consecuencias, incluso de mayor impacto.

Sobre el particular sea pertinente indicar que la gestión y administración del riesgo tiene como punto de partida el objetivo del proceso en el que un determinado riesgo fue identificado, que para el caso específico del proceso *"Relacionamiento con la ciudadanía y Grupos de valor"* consiste en *"Coordinar la interacción con la ciudadanía, los usuarios y grupos de valor para el* ***acceso a la oferta institucional y a sus derechos fundamentales*** *mediante la articulación de lineamientos, estrategias e implementación de acciones con el propósito de optimizar los escenarios de relacionamiento,* ***prestar un servicio de excelencia y realizar la entrega efectiva de productos, servicios e información con calidad y oportunidad***". (Negrillas extratextuales).

Si descomponemos los elementos principales del objetivo del proceso, se identifica claramente aspectos como lo son:

- ✓ Acceso a la oferta institucional y a sus derechos fundamentales.
- ✓ Prestar un servicio de excelencia.
- ✓ Realizar la entrega efectiva de productos, servicios e información con calidad y oportunidad.

De este modo, la falta de solución de fondo a los compromisos derivados de los *"Diálogos Supersalud"* se coincide, trae como efecto la falta de prestación del servicio en términos de excelencia, así como omisión en la entrega de productos y servicios de calidad, pero por,

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

sobre todo, la afectación al derecho fundamental a la salud de uno o varios ciudadanos que hacen parte de algún sector poblacional del país como lo indica el objetivo del proceso.

Se advierte que, este objetivo es amplio, ambicioso y retador, si se tiene en cuenta que cada compromiso que institucionalmente se adquiera con miras a proteger derechos en salud, resulta ser un compromiso prioritario y de alto impacto, aspecto que no podría ser de otra manera si se tiene en cuenta el derecho fundamental del cual se desprende.

Así las cosas, se identifica como consecuencia adicional a la ya planteada consistente en una *"Percepción negativa de la entidad ante la ciudadanía y grupos de valor"*, una que conlleve a que por efecto de omisión en la realización oportuna de labores de inspección y vigilancia o de seguimiento a los compromisos de *"Diálogos Supersalud"*, constituya omisión en el cumplimiento de las funciones legalmente asignadas al no evitar que un actor del SGSSS vulnere los derechos en salud de un ciudadano(a), aspecto que se deja en consideración del líder del proceso, como insumo para la mejor toma de decisiones.

Debe referirse que, si bien es cierto, no se cuenta con evidencia de materialización de este riesgo, también lo es que, existe una alta probabilidad de ocurrencia, dadas las condiciones en que el mismo se gestiona y administra.

Con base en lo anterior, se formula la **No Conformidad N° 11. Diseño de controles que mitiguen las causas identificadas como generadoras del riesgo**, al proceso "*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*", liderado por la SDPU, así:

Se evidenció que los controles preventivos definidos para mitigar el riesgo *"Posibilidad de afectación reputacional por la reiteración de quejas o solicitudes de los ciudadanos y grupos de valor debido a la falta de solución de fondo a los compromisos derivados de los diálogos con la Supersalud",* no atacan dos (2) de las causas identificadas, conllevando a que estas no sean efectivamente controladas en fase de riesgo inherente, aumentando la probabilidad de ocurrencia del riesgo consistente en no dar solución de fondo a los compromisos derivados de los diálogos con la Supersalud en detrimento del goce efectivo del derecho fundamental de la salud de usuarios del SGSSS, contraviniendo los lineamientos que sobre el particular ha emitido el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

▪ El proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"* definió para la vigencia 2023 el Plan de Tratamiento N° 1338, esto para el riesgo de gestión *"Posibilidad de afectación reputacional por la reiteración de quejas o solicitudes de los ciudadanos y grupos de valor debido a la falta de solución de fondo a los compromisos derivados de los diálogos con la Supersalud"*, de lo cual, a continuación, se presenta análisis sobre el particular:

ACTIVIDAD	EVIDENCIA	RESPONSABLE	ANÁLISIS OCI
Reportar cuadro de mando que contenga los compromisos adquiridos en los diálogos	Cuadro de mando	Profesional Universitario	Conforme a la muestra objeto de auditoría, fueron verificados los diálogos efectuados durante la vigencia 2023 en los municipios de Cúcuta (Norte de Santander), Tierra Alta (Córdoba) y San Andrés (San Andrés, Providencia y Santa Catalina).

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

ACTIVIDAD	EVIDENCIA	RESPONSABLE	ANÁLISIS OCI
			De lo cual, se observó que en efecto fueron dispuestos cuadros de mando - matriz, en los que se identifican compromisos adquiridos durante la actividad, salvo el referente a San Andrés (San Andrés, Providencia y Santa Catalina), toda vez que en el acta no figura el compromiso que fue dispuesto en el cuadro, esto es "*Superintendente anuncia Oficina regional en el archipiélago de San Andrés en el año 2024*". Es preciso señalar que en esta evaluación se evidenció que el informe referente al diálogo desarrollado en el San Andrés (San Andrés, Providencia y Santa Catalina), presenta fecha de publicación en la página web del 20/10/2023, pese a que la actividad fue materializada el 25/10/2023.
Elaborar semestralmente informe del resultado de las encuestas de satisfacción gestionadas por los usuarios en los eventos, para el análisis y toma de decisión del líder del proceso	Informe de encuestas de satisfacción gestionadas por los usuarios en los eventos	Profesional Universitario	De la evidencia aportada a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se identificó que fueron elaborados informes semestrales, respecto del resultado de encuestas de satisfacción, para los diálogos desarrollados, de conformidad a lo dispuesto en el riesgo "*Posibilidad de afectación reputacional por la reiteración de quejas o solicitudes de los ciudadanos y grupos de valor debido a la falta de solución de fondo a los compromisos derivados de los diálogos con la Supersalud*". Es necesario indicar que, dentro del contenido del informe, uno de sus apartes señala: "*Para esta vigencia, esta Dirección creó un código QR que permitió a los usuarios acceder de manera rápida y sencilla al enlace de aplicación de la encuesta en cada uno de los espacios participativos implementados tanto presenciales como virtuales*." En ese sentido, dando cumplimiento al Plan Anual de Gestión 2023 y en concordancia con la política de cero papel de la entidad, actualmente la ciudadanía realiza la aplicación de las encuestas mediante enlace: dispuesto, de manera voluntaria en cada uno de los espacios que realiza esta Dirección, sin perjuicio de que sean virtuales o presenciales. Con ocasión a lo anterior, se comparte la pieza utilizada para difundir el código QR"; situación que no se encuentra regulada en la actividad clave de éxito "Promover la Participación Ciudadanía en el SGSSS", fase "Desarrollar eventos", en la que se menciona: "Antes de finalizar el evento los funcionarios distribuyen el formato RLFT04 Encuesta de evento para que los asistentes que deseen expresen sus percepciones frente al evento. Así mismo se identificó que: • En algunas partes de la extensión de los documentos, se hace alusión a la vigencia 2022. • Dentro de los documentos se señala como "*Riesgo del Proceso - Acompañamiento insuficiente por parte de los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud a los ciudadanos que asisten a los espacios de participación ciudadana*", resultando contrario al definido para la vigencia 2023, el cual indica "*Posibilidad de afectación reputacional por la reiteración de quejas o solicitudes de los ciudadanos y grupos de valor debido a la falta de solución de fondo a los compromisos derivados de los diálogos con la Supersalud*". • No se observó el funcionario que realizó el informe y destinatario de este, máxime cuando estos se efectúan para "*el análisis y toma de decisión del líder del proceso*". De la evaluación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno, se concluye que, si bien fueron detectadas debilidades en la ejecución de la actividad que ahora nos ocupa, también lo es que la misma no fue tenida en cuenta para el plan de tratamiento definido para la vigencia 2024; lo cual no es óbice para que se emprendan mejoras respecto de las que si continuaron.
Actualizar bimensualmente la base de datos de los contactos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y lideres de control social en salud.	Base de datos actualizada	Profesional Universitario	De la evidencia aportada a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), si bien se observó el reporte de la base de datos de manera bimensual, respecto de los contactos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y líderes de control social en salud, también lo es que no se identificó la fecha en la que fue desarrollada la actualización de la base de datos.

Tabla N° 18 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 9**. **Actividades establecidas en el Plan de Tratamiento del riesgo de gestión**, al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, liderado por la SDPU, así:

La Oficina de Control Interno genera observación al proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, en la ejecución de la actividad *"Reportar cuadro de mando que contenga los compromisos adquiridos en los diálogos*", toda vez que se identificaron oportunidades de mejora, referentes a que se incorpore en las actas, todos aquellos compromisos que se suscriban en las jornadas de diálogo, aunado a que se verifique la fecha de publicación de este tipo de documentos en la página web de la entidad, en virtud de la Resolución 1519 del 2020 *"Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos"*, esto en atención a lo identificado en el diálogo desarrollado en San Andrés, el cual presenta fecha de publicación en la página web del 20/10/2023, pese a que la actividad fue materializada el 25/10/2023.

Adicionalmente, para la actividad *"Actualizar bimensualmente la base de datos de los contactos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y lideres (sic) de control social en salud"*, se hace necesario la descripción de la fecha en la que fue desarrollada la actualización de la base de datos, con el ánimo de identificar se haya efectuado la actividad en los períodos establecidos durante la vigencia.

Las anteriores situaciones, deben ser objeto de análisis durante la ejecución de las actividades definidas en el plan de tratamiento 1492 de la vigencia 2024, referentes al riesgo de gestión *"Posibilidad de afectación reputacional por la reiteración de quejas o solicitudes de los ciudadanos y grupos de valor debido a la falta de solución de fondo a los compromisos derivados de los diálogos con la Supersalud"*, identificado para el proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, acciones que contribuirían a un mayor control sobre el desarrollo de las mismas, aunado a evitar que las situaciones antes descritas se vuelvan a presentar, disminuyendo así la probabilidad de materialización del riesgo.

▪ **Riesgo de Corrupción:** El proceso *"Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor"*, tiene identificado un riesgo de corrupción, el cual determina: *"Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o Derecho de Petición"*. Una vez evaluadas las causas y controles definidos por el proceso, se precisa que, el riesgo no contempla las situaciones plasmadas en las actividades claves de éxito *"Promover la participación ciudadana en el sistema general de salud"* y *"Gestionar los reclamos en salud y solicitudes de información"*, dado que, el riesgo definido por el proceso no involucra o contempla en su redacción situaciones que pudieran afectar las actividades claves de éxito enunciadas, de igual forma no se tiene definido en los controles tratamiento alguno de las posibles causas que puedan conllevar a una afectación del

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

proceso, sumado a que, la forma como se tiene redactado el citado riesgo no permite ampliar el espectro para mitigar las demás situaciones que de allí se derivan.

La situación anterior, no permite observar el cumplimiento de lo establecido en el Manual de Administración del Riesgo en su versión 3 - Código DEMN02, el cual determina en la **Política de Operación** *"La Superintendencia Nacional de Salud busca implementar un Sistema de Gestión de Riesgos, interactivo y sistemático, que permita la toma de decisiones de manera oportuna y efectiva, anticiparse a los eventos y riesgos identificados que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos y de proceso, así como, evitar la ocurrencia de posibles riesgos de fraude y corrupción",* siendo importante que para la Delegada como para la Dirección responsable, evalúen al interior de las actividades claves de éxito la aplicación de lo establecido en la política de operación, teniendo en cuenta el objeto, naturaleza, condiciones, puntos de riesgo y alcance de sus actividades, en donde se deberán contemplar e incluir las acciones, o actividades, tendientes a eliminar o minimizar los efectos negativos del impacto de la materialización de un riesgo de corrupción; entendiéndose este último como la posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 10**. **Análisis para la identificación de riesgos de corrupción**, proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, respecto de las actividades claves de éxito *"Promover la participación ciudadana en el sistema general de salud"* y *"Gestionar los reclamos en salud y solicitudes de información"*, liderado por la SDPU, así:

Evaluar la posibilidad de la identificación de riesgos de corrupción asociados al proceso que puedan afectar el cumplimiento de las actividades, considerándose importante que, se lleve a cabo un análisis de factores internos y externos que puedan generar riesgos, y en el peor de los escenarios su materialización, en especial, la detección de eventos relacionados con errores en las actividades que realizan los funcionarios, y que terminen por afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Aunado a esto, el levantamiento de controles que permitan propender por la protección de las actividades a cargo de la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana.

2. RESUMEN DE HALLAZGOS

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan los hallazgos detectados en desarrollo de la auditoría:

N°	CONFORMIDADES	PROCESO
1	Identificación de Riesgos de Gestión y Corrupción	Auditorías
2	Adecuada designación del equipo auditor	Auditorías
3	Elaboración diagnóstico del vigilado	Auditorías

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

N°	OBSERVACIONES	PROCESO
1	Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados (entes territoriales)	Auditorías
2	Ausencia de programación de auditorías desde las Direcciones Regionales durante el primer semestre 2024	Auditorías
3	Posibilidad de afectación a los Principios de Seguridad de la Información	Gobierno y Gestión de Datos e Información
4	Establecimiento de términos para la revisión de informes de auditorías a sujetos vigilados	Auditorías
5	Inmediatez en el traslado de informes de auditoria al proceso "*Control*"	Auditorías
6	Definir la tipología de los controles y evaluar la asignación de responsables de acuerdo con los lineamientos del DAFP	Auditorías
7	Debilidad en la ejecución del plan de tratamiento	Auditorías
8	Interacción de las Direcciones Regionales con los Puntos de Atención	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor
9	Actividades establecidas en el Plan de Tratamiento del riesgo de gestión	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor
10	Análisis para la identificación de riesgos de corrupción	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor

N°	NO CONFORMIDADES	PROCESO
1	Ejecución de auditorías no priorizadas	Auditorías
2	Incumplimiento de la fase "*Remitir Programa de Auditorias*"	Auditorías
3	Realizar auditorías sin aprobación del Comité Directivo de la SNS	Auditorías
4	Incumplimiento de los términos preceptuados en la actividad clave de éxito "*Auditoría*" – Fase "*Elaborar el informe de auditoría y oficio*"	Auditorías
5	Incumplimiento del control "*Revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*"	Auditorías
6	Evaluación extemporánea de la propuesta del Plan de Mejoramiento	Auditorías
7	Recepción extemporánea y trámite de la propuesta del Plan de Mejoramiento	Auditorías
8	Incumplimiento de la Resolución 321 del 28 de enero de 2016	Gobierno y Gestión de Datos e Información
9	Incumplimiento e inadecuada definición de controles, así como debilidad en la ejecución de plan de tratamiento	Auditorías
10	Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito "*Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud*"	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor
11	Diseño de controles que mitiguen las causas identificadas como generadoras del riesgo.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor

3. RESUMEN DE RECOMENDACIONES

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan las recomendaciones detectadas en desarrollo de la auditoría:

N°	RECOMENDACIONES	PROCESO
1	Términos para la elaboración, aprobación, suscripción y envío del "*Auto de Auditoría*"	Auditorías
2	Análisis de la definición del riesgo	Auditorías
3	Implementación de métodos en la elaboración de cronograma	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor
4	Condiciones físicas de los Puntos de Atención dispuestos para la recepción y trámite de PQRD en salud	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor
5	Análisis canal Presencial de Puntos de Atención	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

4. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORÍA (HALLAZGOS, RECOMENDACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO

4.1. Proceso "*Auditorías*" a cargo de la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud

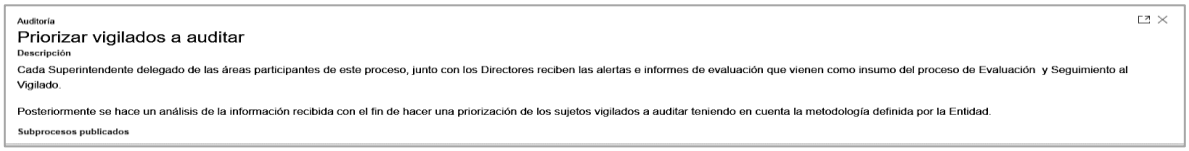
- **Observaciones**

Observación N° 1. Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados (entes territoriales)

Respuesta del proceso auditado: *"Comedidamente se solicita a la Oficina de Control Interno no catalogar esta situación como un hallazgo (observación) sino como una recomendación, dado que no se ha presentado un incumplimiento en la ejecución del proceso de auditoría, ni de una política o control establecido, considerando que en ninguna versión del proceso auditado (v2 a la v5), se prevé el deber de contar con una única metodología que "defina, pondere y consolide la información que sirva de base para realizar análisis a los distintos ítems que deben tenerse en cuenta para la priorización de sujetos vigilados".*

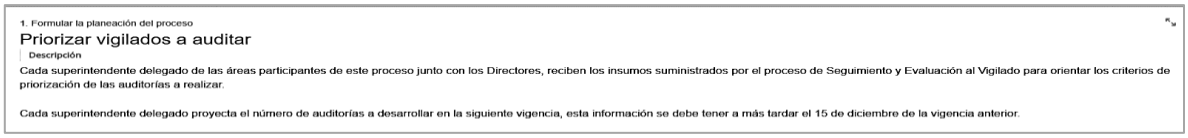
Al respecto, nos permitimos traer a colación la descripción de la actividad "priorización", donde se podrá observar lo antes referenciado para cada una de las versiones objeto del periodo de auditoría:

Imagen 1. Actividad "Priorización" de la versión 2 del proceso de auditoría



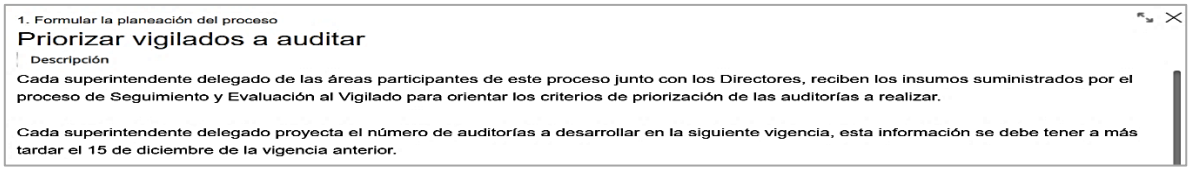
Fuente: Diagramación del proceso de auditoría versión 2

Imagen 2. Actividad "Priorización" de la versión 3 del proceso de auditoría



Fuente: Diagramación del proceso de auditoría versión 2

Imagen 2. Actividad "Priorización" de la versión 4 del proceso de auditoría



Fuente: Diagramación del proceso de auditoría versión 2

Imagen 4. Actividad "Priorización" de la versión 5 del proceso de auditoría

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

1. Formular la planeación del proceso

Priorizar vigilados a auditar

Descripción

Cada superintendente delegado de las áreas participantes de este proceso junto con los Directores, reciben los insumos suministrados por el proceso de Seguimiento y Evaluación al Vigilado para orientar los criterios de priorización de las auditorías a realizar.

Cada superintendente delegado proyecta el número de auditorías a desarrollar en la siguiente vigencia, esta información se debe tener a más tardar el 15 de diciembre de la vigencia anterior.

Como se puede observar, aunque no existe una única metodología asociada al proceso de auditoría que facilite la priorización de los sujetos vigilados por la Superintendencia, cada Delegatura misional ha diseñado y ejecutado sus propias "metodologías" para cumplir con este propósito.

No obstante, reconocemos la importancia de contar con criterios objetivos que fortalezcan este proceso y mejoren la gestión institucional. En este sentido, actualmente la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud ha iniciado un plan de trabajo que tiene como objetivo establecer criterios técnicos para la priorización de vigilados. Esta actividad se ha incorporado como un indicador del Plan Anual de Gestión (PAG) el cual se asumió en la primera mesa del Plan Estratégico Institucional liderado por la Oficina Asesora de Planeación, con un plazo final de ejecución establecido para la vigencia 2026. Para el desarrollo, se solicitará el apoyo de la Dirección de Innovación y Desarrollo, así como la participación de las delegadas misionales. Con este enfoque, se busca garantizar que el proceso de priorización sea más riguroso y alineado con la misión y visión de nuestra institución, mejorando así la eficacia en las funciones de inspección y vigilancia.

Anexo: Documento en excel denominado PAG-138 corte octubre.xlsx"

El anexo traído a colación contiene la formulación en el PAG de la actividad "Robustecer técnicamente el ejercicio de planeación del programa de auditoría de la Superintendencia Nacional de Salud" a través del indicador: "Porcentaje de avance en la construcción de los lineamientos y criterios para la planeación del programa de auditoría de la Superintendencia Nacional de Salud". El cual también se encuentra publicado en la página web de la Superintendencia, menú "Nuestra Entidad", "Planeación", "Planes y Programas Institucionales", "Plan Anual de Gestión (PAG)":

Imagen 5. Plan Anual de Gestión (PAG) de la Superintendencia Nacional de Salud corte octubre de 2024:

Número	Título	Descripción	Fecha de Publicación
PAG	Modificaciones Plan Anual de Gestión 2024	Presenta las modificaciones al Plan Anual de Gestión (Plan de acción) para la vigencia 2024, que fue aprobado mediante Resolución 20231200000144446-6 del 13 de diciembre de 2023.	01/10/2024

Por lo anterior reiteramos la solicitud inicial de no categorizar esa situación como "Hallazgo" sino como "Recomendación".

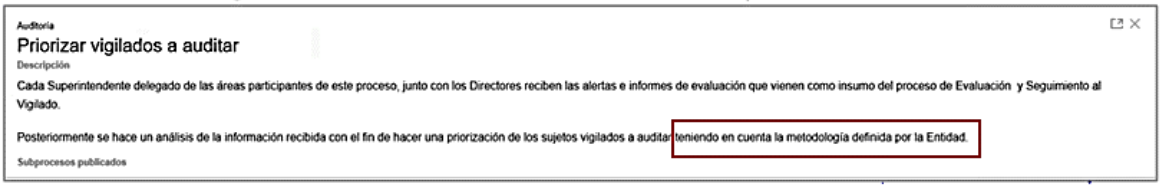
Análisis Oficina de Control Interno: Al analizar el pronunciamiento efectuado, se vislumbra un distanciamiento conceptual de lo que es el hallazgo denominado *"Observación"*, ya que debe entenderse que, la misma no lleva consigo un incumplimiento como se indica en el pronunciamiento, sino que la misma se sustenta en algo que está conforme, aunque pueda ser objeto de algún tipo de mejoramiento. Con base en lo anterior, se precisa que lo

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

detectado es una oportunidad de mejora, y no de plano un incumplimiento, ya que, si fuere de ese modo, se plantearía una No Conformidad y no una Observación.

Al margen de lo anterior, se alude por parte del proceso que no se cuenta con una única metodología, y seguidamente se incorporan imágenes donde se estipula con precisión que el proceso debe tener en cuenta ***"La metodología definida por la Entidad"*****,** así:

Imagen 1. Actividad "Priorización" de la versión 2 del proceso de auditoría



Fuente: Diagramación del proceso de auditoría versión 2

Es decir, de un lado se afirma que no existe una única metodología, y de otro se incluye imagen que textualmente indica ***"La metodología definida por la Entidad"*****,** aspecto del cual no se puede predicar coherencia, debiendo concluir que, efectivamente la SNS si cuenta con una metodología aprobada la cual en ninguna versión contempla aspectos como lo son el orden público, vías de acceso y capacidad hotelera, situaciones que valdría la pena incluir si el líder del proceso lo considera pertinentes para priorizar sujetos vigilados, y en consecuencia adelantar las labores de IV de su competencia.

En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada de Prestadores para los Servicios en Salud, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 1, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 2. Ausencia de programación de auditorías desde las Direcciones Regionales durante el primer semestre 2024

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a esta "Observación", se requirió en el memorando previamente citado a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS - DETGRAR, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"Desde la Delegada se estableció que las auditorías, como acciones inspectivas que conllevan a hallazgos, resultaría más procedente comenzar a hacerlas unos meses después debido a los cambios de gobierno territoriales (alcaldes y gobernadores). Se estimó desde el despacho de la delegatura que no resultaría eficiente realizar auditorías por ejemplo en enero febrero o marzo, puesto que habría nuevos alcaldes y gobernadores que apenas estaban iniciando en su cargo, por lo que se consideró más prudente comenzar a realizar esas acciones de manera posterior, como ya después de pasados los primeros meses, se han comenzado a hacer.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Ahora bien, se indica que en este primer semestre no se dejaron de hacer acciones de IV, ya que las auditorías representan una de las herramientas, pero no es la única. Lo que sí se programó hacer en los primeros meses del año, fueron mesas de IV, Mesas de intervención territorial, y otras acciones de vigilancia que tienen un enfoque preventivo en el marco del proceso de "Seguimiento y Evaluación al Vigilado". Esto precisamente para realizar una intervención inicial preventiva en los territorios que tenían nuevas administraciones".

Frente a lo señalado por la Oficina de Control Interno: "(…)se invita al líder del proceso "Auditorías" y partes interesadas, a determinar si este tipo de decisiones resultan convenientes para el SGSSS, ya que es de conocimiento público las ingentes necesidades que este ostenta en materia de labores de inspección y vigilancia,(…)", la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud debe señalar lo siguiente: en atención a lo mencionado precisamos que esa intervención sugerida puede dar lugar a un desbordamiento de funciones a cargo de esta Delegada y una intromisión indebida en la programación del plan anual de auditorías de las otras Delegadas. Por tanto, desde nuestro rol como líderes del proceso, en el momento en que se presente el "Programa Anual de Auditorías" consolidado al Comité Directivo se advertirá de los posibles riesgos observados en las propuestas remitidas por las Delegadas misionales, para que los miembros del Comité Directivo evalúen la pertinencia de solicitar ajustes al programa presentado.

Adicionalmente, se informará a través de memorando a cada uno de los responsables de las Delegadas misionales la importancia de realizar actividades de inspección, vigilancia y control -desde la órbita de sus competencias- de manera permanente, continua e ininterrumpida, propiciando así evitar la ocurrencia de hechos de corrupción bajo la advertencia de que el cambio de autoridades locales no debe impactar en la misión institucional de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por lo anterior, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud solicita a la Oficina de Control Interno no catalogar esta situación como un hallazgo sino como una "Recomendación".

Análisis Oficina de Control Interno: En primer lugar, debe concluirse que, efectivamente durante el primer semestre de 2024 las Direcciones Regionales no realizaron auditorías específicas a entes territoriales de su jurisdicción, al "*estimar*" el Despacho de la Superintendencia Delegada Para Entes Territoriales que sería "*más procedente*" realizarlas en época posterior dado el cambio de gobiernos territoriales, a lo cual se debe referir que, este tipo de estimaciones convendrían sean objeto de la correspondiente socialización, deliberación y aprobación de las instancias competentes para ello, como lo es el Comité Directivo Institucional; indistintamente, de las demás acciones de inspección y vigilancia que se hubiese podido adelantar en ese periodo como lo fueron las mencionadas mesas de IV.

Ahora bien, en relación con la invitación presentada para que el líder de proceso y demás partes interesadas analicen si este tipo de decisiones son convenientes para el SGSSS, debe indicarse que la aludida invitación se sustenta en el hecho de que el líder de proceso sea cual sea la dependencia que funja como tal, y las demás partes interesadas entendidas estas como otras áreas misionales que hacen parte del Comité Directivo en el cual se socializa, delibera y aprueba el programa de auditoría, sean las llamadas a orientar el adecuado funcionamiento de la operación, precisión que se eleva con el fin aclarar la razón

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

de la invitación extendida, no planteándola como una "*intervención*" que materialice *"desbordamiento de funciones"*, *"intromisión indebida"* o aspecto similar.

No obstante, lo anterior, de conformidad con lo preceptuado por la Resolución N° 2021160000017173 - 6 del 09 de diciembre de 2021, *"Por la cual adopta el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones"*, en la cual se prevé cuáles son las responsabilidades de líderes de proceso, se destacan las siguientes:

"Artículo 13. LÍDER DE PROCESO. Los Jefes de dependencia (Superintendentes Delegados, Secretario General, Jefes de Oficinas Asesoras, Jefes de Oficina, Directores y Subdirectores), como niveles jerárquicos máximos dentro de la entidad, son líderes de su respectivo proceso ***y les corresponde orientar desde la fase de planeación hasta la evaluación, el mejoramiento continuo de los procesos asignados, siendo su rol necesario para la operación y cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión y su marco de referencia- MIPG.***" Negrillas Extratextuales.

"Artículo 14. RESPONSABILIDADES DEL LÍDER DE PROCESO. Son responsabilidades de los líderes de proceso:

2) Proponer ajustes al diseño de los procesos y lograr la implementación de estos, con el fin de lograr las metas y objetivos de operación.

5) Realizar seguimiento, monitoreo y cumplimiento sobre la operación de los procesos para identificar acciones de mejora, con el acompañamiento técnico y asesoría de la Oficina Asesora de Planeación".

Así las cosas, de la respuesta emitida, destaca el equipo auditor la mención realizada por el líder de proceso, en el sentido de reconocer la importancia de hacer labores de IV de manera permanente e ininterrumpida, lo cual muestra finalmente sintonía con la Observación emitida en el informe preliminar de auditoría, siendo esta objeto de reiteración, con el propósito se tenga en cuenta en las planificaciones futuras teniendo como eje central la ciudadanía y en general los usuarios del SGSSS, y no, las circunstancias relacionadas con el entorno de las administraciones territoriales, como lo son cambios de gobierno.

En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 2, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 3. Posibilidad de afectación a los Principios de Seguridad de la Información.

Respuesta del proceso auditado: *"En atención a esta "Observación", se requirió en el memorando previamente citado a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores,*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS - DETGRAR, quien se pronunció en los siguientes términos:

"Se tendrá en cuenta las sugerencias del equipo auditor para mejorar en futuras ocasiones lo relacionado con la posibilidad de afectación a los principios de seguridad de la información".

Por su parte, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud solicita a la Oficina de Control Interno no catalogar esta situación como un hallazgo (observación) sino como una recomendación, dado que no se ha presentado un incumplimiento en la ejecución del proceso de auditoría, política o control establecido; considerando que ninguna de las versiones del proceso auditado, ni el manual, fijan un término mínimo de elaboración y expedición del auto de auditoría, motivo por el cual consideramos que no se ha vulnerado norma alguna.

Este Despacho propondrá en las mesas técnicas con los gestores designados por las delegadas misionales, el estudio y eventual aprobación de la fijación de términos para elaborar y allegar el auto al equipo auditor, con el fin de resguardar los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información.

Lo anterior bajo la salvedad que no puede adoptarse una medida correctiva de manera unilateral, por cuanto la mejora del proceso debe cumplir el procedimiento tal y como lo regulan los numerales 3 y 4, del artículo 20 de la resolución 20211600000173-6 de 2021 –"Por medio de la cual adopta el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones".

Análisis Oficina de Control Interno: Al realizar análisis respecto del pronunciamiento efectuado por la SDPSS, se vislumbra un distanciamiento conceptual de lo que es el hallazgo denominado *"Observación"*, ya que debe entenderse que, el mismo no lleva consigo un incumplimiento como se indicó en el pronunciamiento, sino que se sustenta en algo que puede estar conforme, aunque pueda ser objeto de algún tipo de mejoramiento continuo; precisando que el equipo auditor no realizó pronunciamiento relacionado con vulneración normativa alguna.

Con base en lo anterior, se precisa que lo detectado es una oportunidad de mejora, y no de plano un incumplimiento, ya que, si fuere de ese modo, se plantearía una No Conformidad y no una Observación.

No obstante, lo anterior, se recibe con beneplácito la indicación en el sentido de "*Este Despacho propondrá en las mesas técnicas con los gestores designados por las delegadas misionales, el estudio y eventual aprobación de la fijación de términos para elaborar y allegar el auto al equipo auditor, con el fin de resguardar los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información*"; a lo cual debe manifestarse que, la mejora que propone el equipo auditor con la formulación de este hallazgo, está dirigida a que la información institucional no repose en el mismo Ente Territorial, conllevando a que para algunos casos específicos, la impresión del respectivo Auto se realizará en el mismo ente territorial (municipio), previo a realizar la notificación de éste al representante legal, acogiendo los principios de confidencialidad, disponibilidad e integralidad, invitando al proceso hacer los

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

análisis del caso a partir de las metodologías dispuestas para el efecto, que permitan concluir cual es la acción de mejora a implementar evitando que a futuro la situación materialice incumplimientos u otro tipo de hallazgo.

En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud, se identifica asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 3, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 4. Establecimiento de términos para la revisión de informes de auditorías a sujetos vigilados.

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a esta "Observación", se requirió vía memorando previamente citado, a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"La regional nororiental no tiene comentarios para la observación en mención, mientras el regional norte se ha pronunciado así: es válida la observación en aras de buscar una mejora continua en proceso interno y así generar una clave de éxitos en los términos perentorios para ejecutar la fase "Revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio".

Por su parte, este Despacho propondrá en mesas técnicas con las demás delegadas misionales, evaluar la pertinencia de establecer términos en la revisión de informes de auditorías de los sujetos vigilados que permitan la oportuna remisión de este.

Finalmente, se solicita a la Oficina de Control Interno no catalogar esta situación como un hallazgo (observación) sino como una recomendación, dado que no se ha presentado un incumplimiento en la ejecución del proceso de auditoría, política o control establecido."

Análisis Oficina de Control Interno: En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud, se identifica asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 4. Lo anterior configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 5. Inmediatez en el traslado de informes de auditoría al proceso *"Control"*.

Respuesta del proceso auditado: *"En atención a esta "Observación" se requirió vía memorando a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"La regional norte se ha pronunciado así: Es válida la observación en aras de buscar una mejora continua en proceso interno y así generar una clave de éxitos en (sic) con el propósito de que se realicen con mayor celeridad los traslados de informes de auditoría a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas (DIA) para efectos de surtir el control, a fin de evitar que los

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

procesos administrativos sancionatorios que allí se sustancian se les reduzcan los términos de caducidad y la regional nororiental no tiene ningún comentario respecto a eso.

La regional nororiental no tiene comentarios a la observación que se da en mención.

Sin embargo, desde nivel central se debe acatarse la observación ya que hay casos en los cuales se tomó mucho tiempo el traslado a DIA".

Al respecto, desde el rol de líder del proceso, la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud acepta esta "Observación" como una oportunidad de mejora. No se considera necesario elaborar un plan de mejoramiento, ya que se prevé llevar a cabo dos jornadas de fortalecimiento para el equipo auditor durante el resto de la vigencia de 2024. Estas jornadas se enfocarán sobre los informes de auditoría y de mejoramiento (tiempos, actividades, responsables, en entre otros), y están programadas para ejecutarse en el mes de noviembre de 2024.

Análisis Oficina de Control Interno: En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada de Prestadores para los Servicios en Salud, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 5, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 6. Definir la tipología de los controles y evaluar la asignación de responsables de acuerdo con los lineamientos del DAFP.

Respuesta del proceso auditado: *"La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud acepta esta "Observación" y se considera como una oportunidad de mejora, dado que se reconoce que el control señalado por el equipo auditor es de carácter detectivo en lugar de preventivo. Sin embargo, vale precisar que formular controles preventivos para mitigar el riesgo de corrupción no es una tarea fácil, ya que implica un enfoque integral y la consideración de múltiples factores entre los cuales está conocer las vulnerabilidades y amenazas internas como externas, un enfoque permanente del trabajo ético en la cultura organizacional, capacitaciones, compromiso de la alta dirección, instrumentos de monitoreo tecnológicos, entre otros.*

Considerando lo anterior, para abordar esta situación, se propondrá en mesas técnicas con las demás delegadas miembros del proceso revisar y, en la medida de las capacidades técnicas del grupo, hacer los ajustes que se consideren viables al control y a las evidencias."

Análisis Oficina de Control Interno: En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada de Prestadores para los Servicios en Salud, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 6, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 7. Debilidad en la ejecución del plan de tratamiento.

Respuesta del proceso auditado: *"La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud acepta esta "Observación" y se reconoce como una oportunidad de mejora, considerando que la actividad de socialización del Código de Ética, prevista en el plan de tratamiento del riesgo residual N° 1297,*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

solo se aplicó a las dependencias de la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud y no se extendió a otras áreas relevantes, como la DETGRAR y las Direcciones Regionales.

Dado lo anterior el plan de mejoramiento que se diseñará para esta observación estará enfocado en abarcar a todos los equipos auditores de la Superintendencia Nacional de Salud."

Análisis Oficina de Control Interno: En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada de Prestadores para los Servicios en Salud, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 7, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

- **NO Conformidades**

No conformidad N° 1. Ejecución de auditorías no priorizadas

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a este punto se requirió mediante memorando número 20244000000105383 del 21 de octubre de 2024 a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"Sobre esta no conformidad, desde la Dirección Regional Nororiental, indica lo siguiente:

"De conformidad a la imagen N° 2, se observó que los municipios de "Lourdes" y "Villa Claro", ubicados en el Departamento de Norte de Santander, si bien fueron priorizados, no fueron objeto de auditoría.

Ahora bien, los municipios de "Los Patios" y "Pamplona" no hicieron parte de la priorización, sin embargo, sí fueron objeto de auditoría."

"De conformidad a la imagen N° 3, se puede observar que los municipios de "Suratá", "Cabrera" y "Cepitá", ubicados en el Departamento de Santander, si bien fueron priorizados, no fueron objeto de auditoría."

En cuanto a los resultados de la herramienta de priorización que se reflejan en el informe preliminar es de aclarar que tanto la imagen 2 como la 3 corresponden a pantallazos tomados del documento que explica la herramienta, y en estas se refleja tan solo una mínima parte de los resultados de ésta, y no la totalidad, por consecuencia, indicar que los municipios de Los Patios y Pamplona no hicieron parte de la priorización es erróneo, en el entendido que todos los municipios se encontraban incluidos dentro de la herramienta de priorización; sin embargo, para efectos prácticos, en el instrumento explicativo de la herramienta solo se ilustró a modo de imagen, parte de los resultados, pero esto no indica que los demás municipios no hayan sido tenidos en cuenta para la priorización de acciones.

Por otro lado, en cuanto a los municipios de Suratá, Cabrera y Cepitá, es necesario indicar que, si bien aparecen en la imagen del departamento de Santander, en el instrumento explicativo de la herramienta de priorización, todos los demás municipios del departamento también estaban incluidos en el desarrollo de dicha herramienta; sin embargo, el municipio de Cepitá no fue incluido en la priorización de auditorías para la vigencia 2023 por cuanto ya había sido objeto de auditoría en la

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

vigencia 2022 y ordenada mediante Auto 2022540000001556-7 de 21-11-2022. Por su parte el municipio de Suratá tampoco fue priorizado para auditoría por cuanto en la vigencia 2022 había sido programada para mesa de inspección y vigilancia conforme convocatoria realizada mediante radicado 20225400001433571 del 12 de octubre de 2022, sin embargo, dicha mesa de IV no pue posible realizarla por problemas de acceso al municipio.

Por último, el municipio de Cabrera, si bien aparece también en la imagen del instrumento de la herramienta, no fue priorizado para auditoría dadas las características del municipio como número de habitantes, accesibilidad y capacidad hotelera.

Por lo anterior, se solicita reevaluar la no conformidad por cuanto no es cierto que las entidades territoriales de Los Patios y Pamplona no hicieron parte de la herramienta de priorización, pues en ella estaban incluidas todas las entidades territoriales municipales del país.

La Regional Norte se pronuncia de la siguiente manera:

No estamos de acuerdo con relación a lo manifestado frente a ejecución de auditorías no priorizadas, en virtud que estas auditorías se planearon de acuerdo con los instrumentos dispuestos por la Entidad en el momento de las planeaciones de las mismas, como lo es el documento denominado "Criterios de priorización municipal", en el cual establecen los criterios mínimos para los indicadores trazadores del territorio, así como de salud y financiamiento, que permiten la priorización de municipios para enfocar las acciones de supervisión y así mismo, definir las acciones de inspección y vigilancia por parte de las Direcciones Regionales y se contemplan factores como accesibilidad al ente territorial, orden público y disponibilidad hotelera.

Desde el despacho de la Delegada de Entidades Territoriales se pronuncian de la siguiente manera:

Las herramientas de priorización de las cuales se disponía en ese momento permitieron arrojar territorios probables priorizados para auditar, sin embargo, no siempre todas las planeaciones formuladas se cumplen debido a factores que se van dando sobre la marcha.

Es por lo que la Delegada de para Entidades de Aseguramiento en Salud en un principio solicitaba trimestralmente las respectivas justificaciones cuando el programa de auditoría no se cumplía de acuerdo con lo establecido, argumentación que siempre se ha entregado de acuerdo con tal solicitud. Esta argumentación se entrega actualmente a la Delegada para Prestadores como líder de proceso. Estas justificaciones también se presentan ante Comité Directivo por el líder de proceso, ejerciendo en tal comité la validación y justificación de las variaciones en el programa. Entre las razones que en su momento se dieron, se encuentra que en el transcurso de la vigencia se encontró primordial auditar PIC (Plan de Intervenciones Colectivas).

Existen varias razones para modificar el programa de auditorías y re-priorizar los territorios a auditar, lo cual como se dijo, se aporta trimestralmente a la Delegada para PSS. Como actual líder de proceso.

En este sentido, se solicita respetuosamente se evalué la posibilidad de cambiar la tipificación del hallazgo de "No Conformidad" a "Observación".

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Como corolario de lo anterior, esta Delegada se permite informar que la justificación presentada por la DETGRAR se encuentra justificada y sustentada, motivo por el cual la acogemos en su integridad; no obstante, solicitamos a la Oficina de Control Interno revocar el hallazgo planteado y en su lugar sugerir una recomendación de ajuste al proceso, para evaluar la pertinencia de implementar excepciones justificadas a las desviaciones del programa anual de auditoría.

Análisis Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno precisa que, en efecto, las imágenes aludidas en la respuesta fueron tomadas del documento denominado *"Criterios de priorización municipal"*, el cual tuvo como propósito el "*Establecer unos criterios mínimos a partir de indicadores trazadores del territorio, así como de salud y financiamiento, que permitan la priorización de municipios para enfocar las acciones de supervisión y así mismo definir las estrategias de inspección y vigilancia para este tipo de vigilados, por parte de las Direcciones Regionales*", el cual fue aportado por parte de la Dirección Regional Nororiental, adscrita a la SDETGRA.

Ahora bien, al indicarse que: *"(…) se refleja tan solo una mínima parte de los resultados de ésta, y no la totalidad, por consecuencia, indicar que los municipios de Los Patios y Pamplona no hicieron parte de la priorización es erróneo, en el entendido que todos los municipios se encontraban incluidos dentro de la herramienta de priorización; sin embargo, para efectos prácticos, en el instrumento explicativo de la herramienta solo se ilustró a modo de imagen, parte de los resultados, pero esto no indica que los demás municipios no hayan sido tenidos en cuenta para la priorización de acciones."*, denota entonces que fue entregada información parcial al equipo auditor, induciéndolo al error, máxime cuando en distintas mesas de trabajo se solicitó evidencia objetiva que permitiera identificar en su integridad, instrumento(s) en donde se ilustrara toda la trazabilidad respecto de la priorización efectuada, de lo cual se informó en repetidas ocasiones por parte de funcionarios de la Dirección Regional como de la SDETGRA, que la herramienta construida en "*Power BI*" no se encontraba disponible, argumentándose que el funcionario que la administraba ya no hace parte de la entidad, y como se manifestó *"reflejan tan solo una mínima parte de los resultados de ésta, y no de la totalidad"* o "*a modo de imagen*", resulta ser información segmentada; situación ésta que contraviene lo establecido en la Carta de Representación respecto de la integridad, veracidad y oportunidad de la información que se remite a la Oficina de Control Interno. Subrayas extratextuales.

Por lo tanto, de la evidencia objetiva aportada que sirvió como insumo para el análisis y conclusión emitida por parte de la Oficina de Control Interno, con el fin de determinar que los municipios en mención hayan hecho curso de análisis para definir actuación sobre el particular; mediante respuesta emitida al informe preliminar de auditoría (Rad. 20244000000109273 del 31.10.2024), no se aportó información adicional que sustente solicitud dirigida a que por parte del equipo auditor se analizara y considerara la pertinencia de recategorizar el hallazgo.

Ahora bien, respecto del fundamento del hallazgo, el cual se motivó por el incumplimiento de la actividad clave de éxito *"Auditoría"* V2, debe reiterarse que, la misma no faculta al proceso para ejecutar auditorías *"específicas"* que no estén priorizadas y menos aun las que

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

no estén aprobadas por el Comité Directivo el cual fue llevado a cabo hasta el 14 de marzo 2023.

Si bien es cierto, se ha comunicado al equipo auditor de la Oficina de Control Interno el haberse tenido en cuenta otros factores para modificar la ejecución del programa, también lo es que, ni la versión 2 ni la versión 5 de la actividad clave de éxito, contemplan la posibilidad de modificarlo en la forma en que se llevó a cabo, aunado esto a que se realizaron auditorias sin que el mencionado programa fuera aprobado por la instancia competente para ello, como lo fueron los casos del Distrito de Santa Cruz de Mompox el 27 de enero 2023 y Municipio de Santa Catalina 12 de enero de 2023.

Con fundamento en lo anterior, esto es, la evidente situación de incumplimiento no es dable despachar favorablemente la solicitud dirigida a *"No catalogar esta situación como No Conformidad sino como Observación"*, correspondiendo ratifica la No Conformidad N° 1, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 2. Incumplimiento de la fase *"Remitir Programa de Auditorías"*

Respuesta del proceso auditado: *"En cuanto a esta no conformidad, es importante aclarar que la Delegada de Prestadores de Servicios de Salud (DPSS), para la época de los hechos, no era el líder del proceso de auditoría; este rol fue encomendado a la DPSS en el Comité Directivo del 14 de marzo de 2023 (anexamos acta), fecha en la cual la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud presentó al Comité el "Programa de Auditoría 2023" y quien, como se señala en la evidencia presentada, envió al Superintendente copia del programa a través del memorando 20233000000025353 del 16 de marzo de 2023. Por tal motivo, se considera que hay una imprecisión en la redacción del responsable de la actividad auditada para la época de los hechos, y aceptamos que la socialización del "Programa de Auditoría" fue posterior a la realización de Comité Directivo.*

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, se requirió a la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud sobre los hechos mencionados, quien dio respuesta a las preguntas formuladas por nuestra Delegatura así:

"1. Explique el motivo por el cual DEAS no remitió el "Programa de Auditorías" vigencia 2023 al Superintendente Nacional de Salud, antes de la realización del Comité Directivo donde fue aprobado. Respuesta DEAS: Es importante aclarar que la delegada para entidades de aseguramiento en salud, realizo (sic) la gestión necesaria para consolidar el programa de Auditoría como líder del proceso en su momento, remitiéndolo en el momento que se contó con la información completa por parte de las delegadas que participan en el proceso.

2. ¿Por qué motivo, razón o circunstancia el "Programa de Auditorías" vigencia 2023 se presentó hasta el mes de marzo de 2023 y no antes?, situación que al parecer propició que se ejecutaran auditorías sin que estuvieran aprobadas por el Comité Directivo.

Respuesta DEAS: Se desconoce el motivo, razón o circunstancia exacta por la cual se presentó hasta el mes de marzo el programa de auditorías, sin embargo, con la información que se ha podido recolectar se pudo identificar las siguientes situaciones:

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

La delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud lideraba 3 procesos (Auditorías, Seguimiento y Evaluación al Vigilado y Gestión de Trámites) situación por la cual estuvo a cargo de liderar la actualización de los procesos, además de que la alta dirección de la entidad estaba recién llegada debió centrar sus esfuerzos en articularse con las demás áreas misionales a fin de lograr retomar las mesas de trabajo y aplicar las nuevas directrices y alinearlas a los procesos misionales.

La solicitud de la información del programa de auditorías se realizó inicialmente en el mes de diciembre de 2022, sin embargo, no se recibió por parte de todas las áreas misionales, situación por la cual se realizó un nuevo requerimiento de la información en el mes de febrero y consolidada a principios de marzo. Por lo que fue necesario solicitar que fuera incluido el tema en el comité directivo más cercano para poner en contexto al superintendente del proceso y la necesidad de la aprobación de dicho programa".

No obstante, para prevenir la ocurrencia de hechos similares en el futuro, la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud requirió a través del memorando 20244000000107753 del 28 de octubre de 2024 (adjunto) a las delegadas misionales para que enviaran su "Programa de Auditoría" para la vigencia 2025 antes del 15 de diciembre de 2024. Esto permitirá preparar y presentar al Señor Superintendente Nacional de Salud el programa anual de auditoría de la Superintendencia Nacional de Salud antes del primer Comité Directivo de 2025.

Por lo anterior, solicitamos a la Oficina de Control Interno que teniendo en cuenta que no éramos los líderes del proceso para la época de los hechos, la situación enunciada no se tipifique como "Hallazgo" sino que dé lugar a una "Recomendación", en especial por cuanto ya adoptamos las medidas respectivas del caso, tal como se menciona en el párrafo anterior.

Análisis Oficina de Control Interno: Se concluyó asentimiento claro del hallazgo, precisando que, indistintamente quien lidere el proceso debe cumplir con unas tareas específicas en unos periodos previamente establecidos, donde incluso, se advierten labores que en la actualidad se están gestionando para contar con la información que permita formular el Programa Anual de Auditorías del 2025, antes del 15 de diciembre de 2024.

Lo anterior, motivó al proceso auditado a solicitar no se genere el hallazgo (No Conformidad), sino se presente la situación en el informe final de auditoría a título de "*Recomendación*", para lo cual debe indicarse que, despachar favorablemente la solicitud comportaría el desconocimiento del incumplimiento detectado, el cual conforme a los parámetros y directrices institucionales debe manejarse a través del correspondiente proceso definido para el efecto, el cual tiene como punto de partida la inclusión del hallazgo en el Aplicativo de Planeación y Gestión ITS, para luego dar aplicación de metodologías que permitan eliminar la causa raíz, seguido de la gestión de un plan de mejoramiento por parte del líder del proceso, y con ello efectuar tanto el monitoreo como evaluación de este por parte de la segunda y tercera línea de defensa.

Con fundamento en lo anterior, esto es, la evidente situación de incumplimiento no es dable despachar favorablemente la solicitud dirigida a "*No catalogar esta situación como No*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Conformidad sino como Recomendación", correspondiendo ratificar la No Conformidad N° 2, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 3. Realizar auditorías sin aprobación del Comité Directivo de la SNS.

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a esta "No Conformidad" se requirió en el memorando previamente citado a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS - DETGRAR, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"Frente a esta No conformidad, la DETGRAR manifiesta que tenía programadas las auditorías que se encuentran detalladas en el cuadro presentado, con fechas anteriores al 16 de marzo, sin embargo, se entiende que esta no conformidad está basada en que el programa de Auditorías fue entregado en comité directivo por el líder de proceso, posteriormente a esa fecha. Frente al particular es importante revisar si como acción de mejora, se pueda modificar el proceso, dándole la autoridad al líder de proceso de aprobar el programa. Esto dado que los comités directivos pueden aplazarse, y sus temas verse afectados como es el caso, y en este entendido, siempre se correría el riesgo de tener este mismo hallazgo con las primeras auditorías de cada año".

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, en relación con la respuesta transcrita debe señalar lo siguiente: es de público conocimiento que con regularidad se presentan ciertas circunstancias ajenas a la voluntad de los funcionarios a cargo del proceso, que impiden socializar en los tiempos estimados el "Programa Anual de Auditorías" al señor Superintendente Nacional de Salud y lograr su aprobación en el cuerpo colegiado antes advertido; como por ejemplo, renuncias de funcionarios públicos, relevo en los cargos e imposibilidad de conformar el quorum decisorio del Comité Directivo como ocurrió en el 2024. No obstante lo anterior, es pertinente recordar que por ley debemos realizar actividades de inspección, vigilancia y control que no pueden verse obstaculizadas por la ausencia -justificada o no- de la alta dirección, por lo que nos encontramos ante una tensión de deberes y obligaciones, esto es, un deber es socializar y lograr la aprobación del "Programa Anual de Auditorías" y una obligación legal es aquella que tiene que ver con la ejecución de acciones de inspección, vigilancia y control, que deben ser permanentes, continuas e ininterrumpidas.

Aclarado lo precedente, como líderes del proceso llevaremos a la mesa técnica de gestores del proceso de auditoría, el análisis y la evaluación de pertinencia del cambio en la descripción de ciertas actividades de la etapa de planeación del proceso, con el fin de implementar excepciones a la regla, que permitan realizar auditorías sin la aprobación y/o socialización del Comité Directivo, garantizando el cumplimiento de los controles establecidos para los riesgos de corrupción asociados.

Considerando lo anterior, solicitamos a la Oficina de Control Interno que la situación enunciada no se tipifique como "Hallazgo" sino que dé lugar a una "Recomendación".

Análisis Oficina de Control Interno: Del pronunciamiento emitido se concluye asentimiento del hallazgo, donde por demás, se plantea la posibilidad de modificar el procedimiento, en el sentido de que no sea el Comité Directivo quien apruebe el programa anual de auditoría. Sobre el particular, debe indicarse de un lado, que de conformidad con lo establecido por el Decreto 1080 de 2021 el Despacho del SNS es el competente para

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

"*Dirigir y coordinar el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud*", aunado, a que mediante Resolución N. 2023100000002686-6 de 2023 "*Por la cual se actualiza, modifica y ajusta la Resolución número 2022100000008460-6 del 7 de diciembre de 2022*", entre las tareas asignadas al Comité Directivo institucional, se prevé que este órgano colegiado sea quien presente recomendaciones en materia de políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, motivo por el cual desde el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, no se considera pertinente la modificación del proceso dándole plena autoridad al líder de este en ese aspecto, ya que podrían desconocerse otras normas superiores como lo es el mencionado Decreto 1080 de 2021, y el acto administrativo por el cual se asignan tareas al Comité Directivo.

Ahora bien, debe recordarse que, en la sesión del Comité Directivo, llevada a cabo el 14 de marzo de 2023, se propuso que el Sr. Superintendente Nacional de Salud conozca y apruebe el programa de auditorías, por ende, se sugiere al líder de proceso tener en cuenta lo antes mencionado en aras de la mejor toma de decisiones en el asunto.

De este modo, el equipo auditor de la Oficina de Control interno, como tercera línea de defensa, ve la importancia de que el proceso realice ejercicios de autocontrol, tendiente al permanente afinamiento de las actividades contenidas en los procedimientos, la asignación de responsables para obtener la información y la realización del procesamiento de ésta a través de la correspondiente metodología, de tal manera que el producto (Programa Anual de Auditorías) se obtenga de manera objetivada, con la calidad requerida y con la oportunidad que permita iniciar la vigencia con un plan de trabajo socializado, deliberado y aprobado, lo cual incluso podría mitigar posibles riesgos o eventos potenciales al mantenerse una adecuada segregación de funciones.

Con fundamento en lo anterior, esto es, la evidente situación de incumplimiento no es dable despachar favorablemente la solicitud dirigida a "*No catalogar esta situación como No Conformidad sino como Recomendación*", correspondiendo ratificar la No Conformidad N° 3., situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 4. Incumplimiento de los términos preceptuados en la actividad clave de éxito "*Auditoría*" – Fase "*Elaborar el informe de auditoría y oficio*".

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a esta "No Conformidad" se requirió en el memorando previamente citado a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS - DETGRAR, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"La regional nororiental se ha pronunciado así: en cuanto a esta No Conformidad, respecto de los informes correspondientes a las auditorías que fueron objeto de verificación por el equipo de la Oficina de Control Interno, es claro que, al medir el tiempo entre la fecha de finalización de la auditoría y la remisión del informe al vigilado, todas las auditorías realizadas desde la dirección Regional Nororiental sobrepasaron los tiempos establecidos en el procedimiento.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Ahora la regional de norte se ha pronunciado así: en algunos casos el incumplimiento en los términos para la elaboración del informe de auditoría, se debió a situaciones administrativas por los cambios de los funcionarios del nivel central como es caso de los reemplazos y encargos del delegado, por lo que los tiempos en la revisión y aprobación del informe se atrasaron en varios días, para remitir al vigilado, no se puede decir que eventualmente existe una pérdida de la facultad sancionatoria de las actuaciones que se surtan con ocasión de los trasladados a la Delegada para Investigaciones Administrativas, teniendo en cuenta que el términos de caducidad de la acción es de tres años.

Ahora bien, Es evidente que no se logró cumplir con los tiempos de envío del informe al coordinador del nivel central. Frente a esto se sugiere realizar una socialización sobre el particular o bien realizar una modificación en el proceso que ajuste correctamente los tiempos, en caso de que los actuales no sean suficientes".

Como aclaración preliminar se debe precisar por la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, bajo el entendido que el término de caducidad de la facultad sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud es de cinco años de conformidad con el artículo 130B de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 4 de la Ley 1949 de 2019.

En cuanto a la "No Conformidad" objeto de estudio, este Despacho se permite señalar que, si bien es cierto se evidencia incumplimiento a los términos para la elaboración y remisión del informe, también lo es que per se no se evidencia ninguna consecuencia jurídica que afecte la actuación administrativa objeto de auditoría, pues no obra prueba de la cual se pueda inferir que caducó la facultad sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud, en los procesos auditados. Asimismo, es importante señalar que en la redacción de esta "No Conformidad" no se incluye un análisis de la posible sobrecarga laboral en las regionales auditadas, la falta de personal y otras circunstancias que podrían haber contribuido a la demora en la elaboración de los informes de auditoría.

Dado lo anterior, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud solicita a la Oficina de Control Interno no catalogar esta situación como una "No Conformidad" sino como una "Observación"; no sin antes señalar que se harán capacitaciones permanentes sobre la importancia del cumplimiento de los términos procesales.

Análisis Oficina de Control Interno: En relación con el pronunciamiento efectuado se identifica claramente lo siguiente:

a. Asentimiento en que en auditorías realizadas por las regionales Nororiental y Norte se desbordaron los términos establecidos en el procedimiento para la elaboración de los informes de auditoría.

b. La exposición de una serie de motivos que, en sentir de la regional Norte, justifican o motivaron el desconocimiento de los términos previstos para elaborar el informe final.

Al respecto, vale decir, lo referente a los motivos y justificaciones presentadas como lo es la sobre carga laboral y cambios administrativos a nivel central, debe indicarse que, en

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

desarrollo del proceso auditor las situaciones descritas no fueron transmitidas al equipo auditor y menos aún soportadas o respaldadas con evidencia objetiva, sugiriendo al líder del proceso y partes interesadas en él, que si esas situaciones son las que han afectado la gestión de las auditoría realizada y de las cuales se evidenció extemporaneidad en la presentación del producto (informe), estas se pongan con inmediatez en conocimiento de la Alta Dirección Institucional o la Dirección de Talento Humano donde se les transmitan las razones que impiden que las acciones de IV encomendadas, no se presenten en términos de eficiencia desbordando los términos establecidos para presentar el informe de auditoría y el oficio correspondiente.

Ahora bien, en tratándose de la pérdida de la facultad sancionatoria debemos coincidir en que el termino para que este fenómeno jurídico se concretice, bajo la normatividad vigente es de cinco (5) años, contados a partir de las omisión o acción en que haya incurrido el sujeto vigilado, y no, desde la formulación del hallazgo de auditoría, sin que efectivamente se cuente con evidencia de que la caducidad haya operado, aunque la mora en la presentación del informe y su correspondiente traslado pueda eventualmente contribuir a que la caducidad de la facultad sancionatoria se materialice.

Con base en lo anterior, se reitera como se indicó en el informe preliminar de auditoría interna, que la inoportunidad en la generación del informe de auditoría y oficio, puede contribuir a que la caducidad se presente, sin que el hallazgo hubiese indicado que la misma efectivamente se presentó, ya que para llegar a ese tipo de conclusión, hubiese sido necesario auditar el expediente administrativo sancionatorio que se haya sustanciado con ocasión de los informes traslados por la regional Norte, realizando los cálculos del caso, aspecto este que no aconteció ya que el proceso "*Control*" en el cual se surten estas actuaciones no fue objeto de auditoría.

Con fundamento en lo anterior, esto es, la evidente situación de incumplimiento no es dable despachar favorablemente la solicitud dirigida a "*No catalogar esta situación como No Conformidad sino como Observación*", correspondiendo ratificar la No Conformidad N° 4, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 5. Incumplimiento del control "*revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*".

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a esta "No Conformidad" se requirió vía memorando a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"Todos los coordinadores dan trámite a la revisión de los informes, delegando en los funcionarios de sus equipos.

Como estamos hablando de más de 100 auditorías en 2023, la revisión puntual de los informes es una labor que desborda, entonces es necesario que los coordinadores se apoyen en funcionarios de sus equipos para realizar las revisiones de mismas.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

De acuerdo con el manual de funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, puede constatarse que en la mayoría de los perfiles y grados asignado (sic) al Despacho de la Delegada para Entidades Territoriales existe esta función:

"Participar en la articulación, organización, desarrollo de lineamientos y seguimiento a las actividades de inspección y vigilancia que adelanten las Direcciones Regionales de la Superintendencia Nacional de Salud".

Lo cual faculta a tales funcionarios del nivel central a realizar tal seguimiento a las auditorías que realizan las regionales, ya que una auditoría es una acción de IV. Como los informes que hacen las regionales hacen parte de la auditoría, entonces, son susceptibles de ser revisados por estos profesionales del nivel central de la delegada de ET, dentro del seguimiento que, por función, ellos tienen asignada.

Esta Claridad, se hizo en la versión 5 del proceso, tal como es mencionado en el informe.

En este sentido, respetuosamente agradecemos sea evaluada la posibilidad de ajustar la tipificación de este "hallazgo" como una "Observación".

En este sentido, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud señala que, si bien se evidencia un incumplimiento en el control de "Revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio", también lo es que en la redacción de esta "No Conformidad" no se incluye un análisis de la posible sobrecarga laboral en las regionales auditadas, la falta de personal y otras circunstancias que podrían haber llevado a que la revisión de los informes de auditoría fuera realizada por diferentes profesionales.

Dado lo anterior, este Despacho solicita a la Oficina de Control Interno no catalogar este hallazgo como una "No Conformidad" sino como una "Observación". No proponemos acción correctiva por cuanto esta situación fue corregida en versión 5 del proceso de auditoría (vigente).

Análisis Oficina de Control Interno: Frente al pronunciamiento efectuado por la SDETGRA, al indicarse que de acuerdo con el manual de funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, la función "*Participar en la articulación, organización, desarrollo de lineamientos y seguimiento a las actividades de inspección y vigilancia que adelanten las Direcciones Regionales de la Superintendencia Nacional de Salud*", existe para una gran mayoría de perfiles asignados al Despacho de esa Delegada, la Oficina de Control Interno se permite indicar que de los verbos dispuestos en la citada función, ninguno infiere o permite concluir a que en efecto se faculte a funcionarios a efectuar *"revisiones"* de informes de auditoría, el cual constituye el espíritu del hallazgo.

Por ende, el afirmar que, esa función "*faculta a funcionaros de nivel central a realizar seguimientos*", no puede ser traducido u homologado al ejercicio de *"revisión"*, el cual tiene entre otros propósitos, avalar o no una actuación, aunado, a que esta situación pondría en tensión el procedimiento interno respecto de los manuales de funciones, al desconocer los distintos niveles jerárquicos y en efecto las facultades de cada uno de estos.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Con fundamento en lo anterior, esto es, la evidente situación de incumplimiento no es dable despachar favorablemente la solicitud dirigida a *"No catalogar esta situación como No Conformidad sino como Observación"*, correspondiendo ratificar la No Conformidad N° 5, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 6. Evaluación extemporánea de la propuesta del Plan de Mejoramiento.

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a esta "No conformidad" se requirió vía memorando a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"La regional nororiental manifestó, en cuanto a esta No Conformidad, respecto de la revisión de la propuesta de plan de mejoramiento correspondientes a las auditorías que fueron objeto de verificación por el equipo de la Oficina de Control Interno, es claro que al medir el tiempo entre la fecha de radicación de la propuesta de PM y la fecha de radicación del oficio mediante el cual se dio respuesta al vigilado, para todas las auditorías realizadas desde la dirección Regional Nororiental se sobrepasaron los tiempos establecidos en el procedimiento.

La Regional Norte indicó que el informe del municipio de Tuchín se remitió mediante número de radicado 20245500000038691 de fecha 14 de enero, pero se entregó al ET el 15/01/2024 01:42:36 PM (UTC). La entrega por parte del vigilado a la solicitud del Plan de mejoramiento le envió el ET al correo institucional Correos internos@supersalud.gov.co el 07/02/2024. además, el manual del proceso establece diez días en primera instancia y cinco días más para un total de 15 días para la entrega del PM. Es importante precisar que estos municipios tuvieron para este año cambio de administración y la mayoría de sus funcionarios son nuevos, esta situación posiblemente afectó el normal desarrollo de su gestión.

Además, la inoportunidad en los tiempos que se evidencia en la tabla No 5 del informe de auditoría, es responsabilidad del vigilado, es decir, lo que muestra esta tabla es qué tanto se demoró el vigilado en entregar el plan de mejoramiento, por lo tanto, las entregas extemporáneas no son responsabilidad de la SNS sino del mismo vigilado.

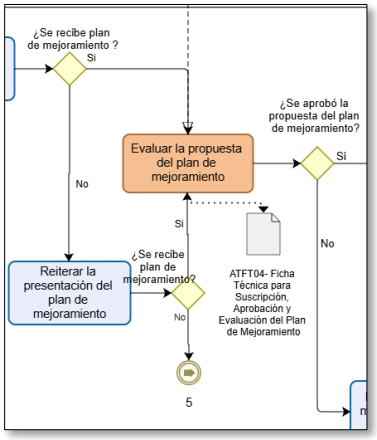
Respecto a las otras dos tablas donde se muestran los tiempos que los auditores se tomaron para revisar los planes de mejoramiento, sí se ve que hay un alto porcentaje de evaluaciones de planes de mejoramiento que excedieron el tiempo establecido, situación que debe mejorarse."

En cuanto a la "No Conformidad" objeto de estudio, en lo referente a la inoportunidad de la evaluación de los planes de mejoramiento, este Despacho se permite señalar que, si bien es cierto se evidencia incumplimiento a los términos para esta actividad, también lo es que no se evidencia ninguna consecuencia jurídica que afecte la actuación administrativa objeto de auditoría. Asimismo, es fundamental destacar que en la redacción de esta "No Conformidad" no se ha incorporado un análisis sobre la posible sobrecarga laboral en las regionales auditadas, la insuficiencia de personal y otras circunstancias que podrían haber influido en la tardanza en la remisión de la evaluación de los planes de mejoramiento.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Ahora bien, en cuanto a lo que tiene que ver con la reiteración del envío del plan de mejoramiento por parte de los municipios de Villa del Rosario y Piojó, se acepta lo evidenciado por la Oficina de Control Interno, dado que en la versión 2 del proceso no se contemplaba esta actividad. No obstante, ésta ya fue incorporada desde la versión 3 del proceso, facultando a los coordinadores de auditoría para tal fin, por tal motivo no es procedente la adopción de correctivos.

Imagen 6. Actividad "Reiterar la presentación del plan de mejoramiento"



Fuente: Diagramación del proceso de auditoría versión 3

Dado lo anterior, la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud solicita a la Oficina de Control Interno ***no catalogar esta situación como una "No Conformidad" sino como una "Observación",*** *adicionalmente informamos que, como líderes del proceso, realizaremos capacitaciones permanentes sobre el manual de auditoría y la versión vigente (versión 5) del proceso."*

Análisis Oficina de Control Interno: Una vez recibido y analizado el pronunciamiento efectuado por el líder del proceso y demás partes interesadas, se coincide en que, "*respecto de la revisión de la propuesta de plan de mejoramiento correspondientes a las auditorías que fueron objeto de verificación por el equipo de la Oficina de Control Interno, es claro que al medir el tiempo entre la fecha de radicación de la propuesta de PM y la fecha de radicación del oficio mediante el cual se dio respuesta al vigilado, para todas las auditorías realizadas desde la dirección Regional Nororiental se sobrepasaron los tiempos establecidos en el procedimiento*"; con lo cual, es claro deben gestionarse las acciones de mejora una vez se aplique metodología que permita establecer la causa raíz del hallazgo, así como la forma de combatirla para que la situación de extemporaneidad detectada no se siga presentando; aspecto que, finalmente fuera refrendado desde la regional Norte al indicar que, "*Respecto a las otras dos tablas donde se muestran los tiempos que los auditores se tomaron para revisar los planes de mejoramiento, sí se ve que hay un alto porcentaje de evaluaciones de planes de mejoramiento que excedieron el tiempo establecido, situación que debe mejorarse*", lo anterior, indistintamente de la salvedad que hiciera esta sede regional en relación con los resultados de auditoría presentados en el informe preliminar respecto del municipio de Tuchín el Departamento de Córdoba.

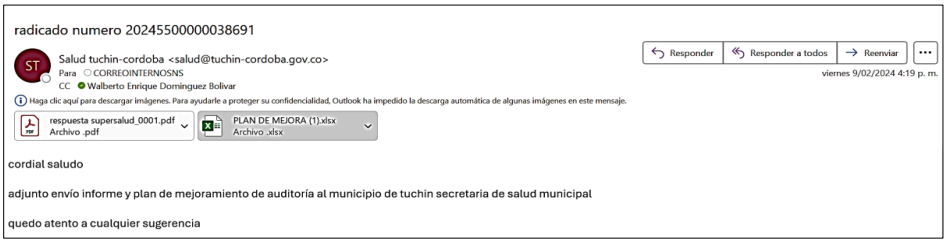
ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

De este modo, revisada la tabla N. 5 del informe preliminar, se indicó en el mismo lo siguiente:

Oportunidad en la remisión del plan de mejoramiento propuesto y ajustado por el sujeto vigilado						
Sujeto vigilado	Primer envío			Segundo envío		
	Fecha de notificación del informe de auditoría al sujeto vigilado	Fecha de recepción del PM	Extemporaneidad en tiempo	Fecha de notificación al sujeto vigilado para ajustes al PM	Fecha de recepción del PM	Extemporaneidad en tiempo
Municipio de Pamplona	30/10/2023	15/11/2023	0	4/12/2023	19/12/2023	0
Municipio Los Patios	30/10/2023	16/11/2023	1	4/12/2023	27/12/2023	5
Municipio de Tunja	9/05/2024	23/05/2024	-1	18/06/2024	4/07/2024	1
Municipio de Floridablanca	4/03/2024	14/03/2024	-2	19/04/2024	6/05/2024	0
Municipio de San Jose de Cúcuta	18/03/2024	15/04/2024	7	2/05/2024	8/05/2024	-6
Municipio de Villa del Rosario	4/03/2024	23/04/2024	23	30/04/2024	10/05/2024	-3
Distrito Santa Cruz de Mompox	7/03/2023	22/03/2023	0	4/05/2023	14/05/2023	-4
Municipio de Turbaco	27/08/2023	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-
Municipio de Tuchin	15/01/2024	12/02/2024	10	22/03/2024	10/04/2024	-
Municipio de Piojó	12/06/2024	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-
Municipio de Carmen de Bolívar	26/02/2024	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-
Municipio de Sabanalarga	27/02/2024	No se evidenció reporte PM	-	No se evidenció reporte PM	No se evidenció reporte PM	-

Tabla N° 5 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

De lo cual, el plan de mejoramiento fue remitido por el sujeto vigilado en mención con fecha 09/02/2024 y no 12/02/2024 como se referenció en la tabla N° 5. Sumado a esto, desde la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, manifiestan la recepción del plan con fecha 07/02/2024, la cual no resulta ser consistente con la información (correo electrónico) que reposa en el Sistema de Gestión Documental "*SuperArgo*" con radicado N° 20249300400594812, para lo cual, se relaciona captura de pantalla en donde se observa lo anteriormente descrito:



Fuente: Información extraída del expediente de auditoría Municipio de Tuchin

Así las cosas, y teniendo en cuenta la fecha envío del informe de auditoría, esto es, 15/01/2024, los días hábiles comienzan a ser contados a partir del siguiente día hábil, es decir, 16/01/2024; teniendo como fecha oportuna para remisión del respectivo plan de mejoramiento propuesto por el sujeto vigilado el 29/01/2024 (10 días hábiles). Ahora bien, dentro del expediente que contiene la trazabilidad de documentos originados por el ejercicio auditor, no se evidenció solicitud de prórroga, esto es, 5 días adicionales a los inicialmente descritos en el proceso, sin embargo, si así fuera, la fecha máxima para surtir el proceso con la oportunidad del caso daría el 06/02/2024, concluyéndose en todo caso

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

extemporaneidad en la remisión del plan de mejoramiento en cualquiera de los escenarios ya descritos.

Ahora bien, en lo relacionado con los motivos y justificaciones que hayan dado origen a la No Conformidad, como lo es *"un análisis sobre la posible sobrecarga laboral en las regionales auditadas, la insuficiencia de personal y otras circunstancias que podrían haber influido en la tardanza en la remisión de la evaluación de los planes de mejoramiento*", debe indicarse que, en desarrollo del proceso auditor las situaciones descritas no fueron transmitidas a la Oficina de Control Interno, y menos aún soportadas o respaldadas con evidencia objetiva, reiterando la sugerencia emitida en párrafos anteriores, tendiente a que si esas situaciones en sentir de la regional Norte son las que han afectado la gestión de la auditorías realizadas y de las cuales se evidenció extemporaneidad en la evaluación de las propuestas de plan de mejoramiento, las mismas sean puestas con inmediatez en conocimiento de la Alta Dirección Institucional o la Dirección de Talento Humano con el fin de que se estudien estos antecedentes y se tomen las decisiones que correspondan.

Con fundamento en lo anterior, esto es, la evidente situación de incumplimiento no es dable despachar favorablemente la solicitud dirigida a *"No catalogar esta situación como No Conformidad sino como Observación"*, correspondiendo ratificar la No Conformidad N° 6, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 7. Recepción extemporánea y trámite de la propuesta del Plan de Mejoramiento.

Respuesta del proceso auditado: *"Para dar respuesta a esta "No conformidad" se requirió vía memorando a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"La regional nororiental menciona que no tiene comentarios respecto a la no conformidad, la Regional Norte, El ET entregó al correo electrónico correosinternos@supersalud.gov.co el día 7 de febrero del 2024. Además, el manual del proceso establece diez días en primera instancia y cinco días más para un total de 15 días para la entrega del plan de mejoramiento (PM). Es importante precisar que estos municipios tuvieron para este año cambio de administración y la mayoría de sus funcionarios son nuevos, esta situación posiblemente afectó el normal desarrollo de su gestión. Asimismo, el propósito de estas acciones de IV, es buscar que los ET cumplan con sus competencias en lo relacionado con dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción y garantizar un efectivo goce al derecho fundamental de la salud a sus habitantes. En tal sentido, el PM busca que el municipio corrija las debilidades frente a sus competencias, no de sancionar por sancionar.

Además, en esta No conformidad, los auditores tienen razón, puesto que si un plan llegó de manera extemporánea no debe tramitarse ni evaluarse, debe trasladarse de inmediato a Delegada de Investigaciones Administrativas (DIA), notificando al vigilado tal traslado por extemporaneidad. Sí se evidencian algunos planes que, pese a que llegaron tarde, fueron evaluados, y en eso fundamenta Control Interno esta no conformidad, la cual debe aceptarse y tomar los correctivos necesarios.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Es posible que algunas de las mejoras que aplican a varias no conformidades, puedan agruparse en una capacitación detallada".

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud acepta esta "Observación", y se reconoce como una oportunidad de mejora, dejando la salvedad que se trata de una conducta desplegada por las Direcciones Regionales.

Dado lo anterior el plan de mejoramiento que se diseñará para esta no conformidad estará enfocado en hacer énfasis a todo el equipo auditor de esta Superintendencia sobre la importancia del cumplimiento de los términos en la ejecución del proceso de auditoría (capacitación)."

Análisis Oficina de Control Interno: En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada de Prestadores para los Servicios en Salud, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la No Conformidad N. 7, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 8. Incumplimiento de la Resolución 321 del 28 de enero de 2016.

Respuesta del proceso auditado: *"Sobre esta "No conformidad", debe aclararse que no está inmersa dentro del Proceso de Auditoría, si no del proceso Gobierno y Gestión de datos e Información, a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo.*

No obstante, se requirió vía memorando 20244000000105383 del 21 de octubre a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS y a la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, quienes se pronunciaron en los siguientes términos:

La Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS indicó lo siguiente:

"Se solicita respetuosamente reevaluar la tipificación de la no conformidad y graduarla como observación o recomendación, ya que está catalogada en un proceso que no está en el alcance de la presente auditoría (Gobierno y Gestión de datos e información)".

Por su parte, la Dirección de Conciliación de la Superintendencia, manifestó:

"La Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, en ejercicio de las facultades previstas en el artículo 38 de la Ley 1122 de 2007 y los artículos 57 y 135 de la Ley 1438 de 2011, llevó a cabo la Pre-Jornada de Conciliación para Entidades Intervenidas los días 4, 5, 6 y 7 de junio de 2024. Durante este evento, se recibieron más de 2,400 solicitudes de conciliación a nivel nacional, lo que superó la capacidad humana y tecnológica de la Dirección de Conciliación. Esta situación se debió a que en solo tres días se recibieron la misma cantidad de solicitudes que normalmente se obtienen en un promedio de seis meses, lo que imposibilitó la identificación del radicado No. 20245500002809332, que fue enviado por error a la Dirección por el área de correspondencia.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Cabe destacar que solo un funcionario de la Dirección de Conciliación se encarga de revisar la correspondencia que llega a través del aplicativo documental de la entidad, "SUPERARGO". Debido a la urgencia de revisar y admitir de manera detallada cada una de las solicitudes de conciliación extrajudicial, se dio prioridad a estas, lo que impidió que el radicado en cuestión fuera observado de inmediato para su traslado a la Delegada competente.

Una vez identificada la situación con el radicado, se instruyó al funcionario responsable de revisar la correspondencia para que se dedicara exclusivamente a depurarla y evitar casos similares."

En virtud de lo anterior, se solicita a la Oficina de Control Interno no tener esta conducta como un hallazgo, toda vez que no se hace parte de los procesos auditados."

Análisis Oficina de Control Interno: Respecto del pronunciamiento emitido por parte de la SDPSS, la Oficina de Control Interno precisa que, la situación que motivó el hallazgo fue identificada a partir de la evaluación efectuada al proceso objeto de auditoría, esto, derivado de la inadecuada asignación del documento por parte del Grupo de Correspondencia (Dir. Regional Norte), así como omisión por parte de la Dirección de Conciliación para trasladar la comunicación con la inmediatez requerida al área competente, que para el caso en particular era la SDETGRA, y así, con la oportunidad que demanda la temática, continuar con las acciones IV a que haya lugar; hallazgo que, bajo la estructura de procesos que desarrolla la Entidad, fue dirigido al líder del proceso, esto es, "*Gobierno y Gestión de Datos e Información*", a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo, con lo cual, se da claridad a la afirmación *"Sobre esta "No conformidad",* debe aclararse que no está inmersa dentro del proceso de "*Auditoría*", si no del proceso "*Gobierno y Gestión de datos e Información*", a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo.

Lo anterior, bajo la órbita que demanda el MIPG, el cual señala dentro de la séptima dimensión, entre otras cosas: *"Para MIPG es importante incorporar la* ***política de control interno transversal a todas las actividades, procesos, procedimientos, políticas asociadas a la gestión, de manera tal que, a través de sus componentes, sea posible valorar la efectividad de la estructura de control interno***". Negrilla y subrayados extratextuales.

Ahora bien, de lo expuesto por parte de la SDFJC, para la Oficina de Control Interno es de pleno conocimiento las gestiones que por parte de esa dependencia deben ser gestionadas en la órbita de sus funciones, lo cual en efecto resulta demandar muchos más esfuerzos tanto humanos como tecnológicos; sin embargo, de la cadena de situaciones que se presentaron y que motivaron la formulación del hallazgo por esta Oficina, resulta ser que uno de esos eslabones fue la actuación tardía por parte de la SDFJC, realizándose solo hasta el día 23 de julio de 2024 a efectos de la auditoría efectuada por la Oficina de Control interno la reasignación del documento emitido por el sujeto vigilado a la instancia competente, esto es Dirección Regional Nororiental, eventos que por demás, motivaron reprocesos al ente territorial con la emisión de nuevo documento y con ello, la postergación de acciones de mejoramiento que este debía desplegar en beneficio de su población.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Por ende y bajo uno de los propósitos enmarcados por MIPG a través de la tercera Dimensión "*Gestión con valores para resultados"*, se busca fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público, entendiéndose que de alguna manera, unos son insumo de otros, y la alteración de alguna de sus fases, puede afectar tanto positiva como negativamente la actuación de alguna de las partes interesadas.

Con fundamento en lo anterior, esto es, la evidente situación de incumplimiento en los términos establecidos no es dable despachar favorablemente la solicitud dirigida a *"reevaluar la tipificación de la no conformidad y graduarla como observación o recomendación",* correspondiendo ratificar la No Conformidad N. 8, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No conformidad N° 9. Incumplimiento e inadecuada definición de controles, así como debilidad en la ejecución de plan de tratamiento.

Respuesta del proceso auditado: *"En atención a esta "No conformidad" se requirió vía memorando a la Delegatura para Entidades Territoriales, Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS, quien se pronunció en los siguientes términos:*

"La regional norte se ha pronunciado, con relación a la información registrada en el informe hay una imprecisión cuando transcribe "4. Para el municipio de Tuchin el "NURC de respuesta al vigilado sobre pm 1ª revisión" es el N° 20245500000442831 del 18 de marzo de 2024 y no el N° 20245500000744021 del 14 de abril de 2024 como allí se registra, el cual corresponde a la auditoría efectuada al municipio de Malambo, sin que por demás se hubiese generado alerta al respecto.". debido a que el oficio remisorio hace referencia al correcto, que es 20249300400594812 del 12 de febrero del 2024.

Es importante referirse que la evaluación de las evidencias del reporte del PM, se hicieron con criterio técnico y como se deja constancia anteriormente que la extemporaneidad es observada con subjetividad teniendo en cuenta que le entrega del PM está dentro de los15 días que establece el manual de auditoría para época de la acción de IVC.

Desde el nivel de central, se dan las siguientes observaciones frente a este punto:

•Las auditorías que se listan en el tablero de control presentan alertas cuando los tiempos están a punto de vencerse. Algunas de estas alertas se dan por escrito y otras se dan verbalmente al coordinador de auditoría.

•El tablero de control está en constante actualización, por eso puede ser posible que no se encuentren todos los datos de manera inmediata. La alimentación de estos datos depende del avance de cada una de las auditorías.

•Se adjunta también respuesta previa dada por la profesional que manejaba esta base de datos.

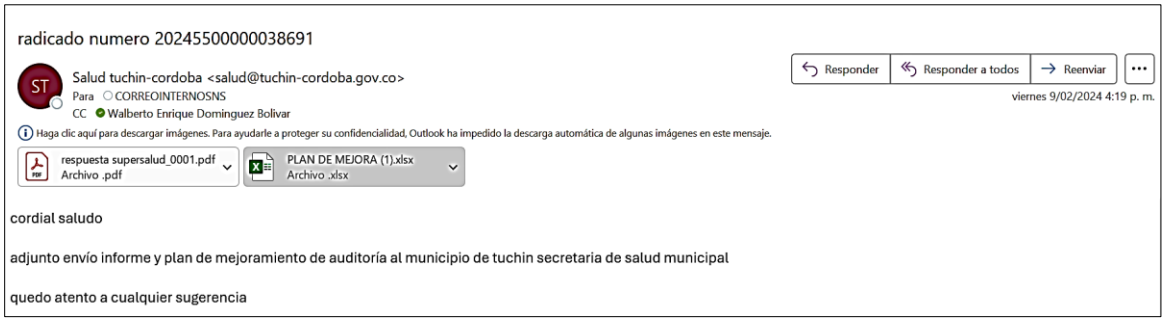
ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

•Se reconoce que el tablero de control en un control manual, sin embargo, respetuosamente consideramos que sí da cumplimiento a las necesidades de seguimiento y monitoreo a las auditorías. En todas las Delegadas tenemos este tipo de tableros de control. Ahora bien, una herramienta automatizada podría arrojar mejores resultados, pero este tipo de instrumentos deberían proveerse desde la Subdirección de Tecnologías de la Información. Mientras tanto se utilizan en todas las Delegadas estos tableros de control, que, aunque presentan oportunidades de mejora, se considera que cumplen con lo establecido en la redacción del control, por lo cual se solicita evaluar si este hallazgo puede modificarse a nivel de observación, y teniendo en cuenta que sabemos que puede ser necesaria otra herramienta más robusta que automatice y disminuya la probabilidad de errores humanos.

Respecto a lo mencionado sobre el plan 1295 donde se menciona que no se tuvo en cuenta a la DETGRAR, se indica que la DETGRAR (incluidas las regionales) sí participó en jornadas de capacitación frente a planes de mejoramiento (y frente a todo el proceso de auditorías) dirigidas por la DPSSS. Ejemplo de esto puede consultarse en el plan 1393 y también el 1497 del ITS. También se programó (sic) Jornadas de fortalecimiento de competencias del equipo auditor desde la mirada control interno y también de DIA, donde participaron todas las regionales. Se adjunta pantallazos."

La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud solicita no catalogar esta situación como un hallazgo ("No conformidad"), si no como una "Recomendación", teniendo en cuenta que no se materializa ningún riesgo, tal como lo informa la propia oficina de Control Interno. No obstante, desde el rol de líderes del proceso, se llevarán a cabo capacitaciones con énfasis en los tiempos de los planes de mejoramiento y en la importancia de la actualización como de la verificación de la información reportada en los tableros de control.

Análisis Oficina de Control Interno: El Plan de Mejoramiento fue remitido por el sujeto vigilado en mención con fecha 09/02/2024 y no 12/02/2024 como lo referencia la tabla N° 5. Sumado a esto, desde la Delegada de Prestadores de Servicios en Salud, manifiestan la recepción del plan con fecha 07/02/2024, la cual no resulta ser consistente con la información (correo electrónico) que reposa en el Sistema de Gestión Documental *"SuperArgo"* con radicado N° 20249300400594812, para lo cual, se relaciona captura de pantalla en donde se observa lo anteriormente descrito:



Fuente: Información extraída del expediente de auditoría Municipio de Tuchin

Entonces, al indicarse por parte de la Dirección Regional Norte que: *"Es importante referirse que la evaluación de las evidencias del reporte del PM, se hicieron con criterio técnico y como se deja constancia anteriormente que* ***la extemporaneidad es observada con subjetividad teniendo***

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

en cuenta que le entrega del PM está dentro de los 15 días que establece el manual de auditoría para época de la acción de IVC", resulta ser contario a lo que efectivamente está regulado en el citado manual, el cual indica:

"*Recepción del Plan de Mejoramiento • El coordinador de auditoría y su equipo deben realizar seguimiento a la recepción del informe de auditoría por parte del vigilado; así como el monitoreo al envío del plan de mejoramiento a través del Sistema de Gestión Documental, teniendo en cuenta que* ***el vigilado cuenta con diez (10) días hábiles para su suscripción como plazo inicial o en caso de prórroga, cinco (5) días adicionales, contados a partir del siguiente día hábil de la recepción del traslado al vigilado****".

Situación que guarda relación con lo señalado en la actividad clave de éxito *"Planear y ejecutar la Auditoría"* del proceso *"Auditoría"* tanto en la versión 2 como en la 5, las cuales se ilustran a continuación:

***"Planear y ejecutar la Auditoría"* V2**	***"Planear y ejecutar la Auditoría"* V5**
"*En el cuerpo del oficio debe especificarse al vigilado que tiene diez (10) días hábiles para presentar el plan de mejoramiento.* *En caso de que el vigilado pida prorroga se le darán cinco (5) días adicionales, es decir en tal caso tendrá como máximo 15 días hábiles en total para presentar el plan de mejoramiento*".	"*Nota 6: en caso de que el vigilado pida prorroga dentro de los diez (10) días hábiles iniciales, se le darán cinco (5) días hábiles adicionales, es decir en tal caso tendrá como máximo 15 días hábiles en total para presentar el plan de mejoramiento*".

Tabla N° 19 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Así las cosas, y teniendo en cuenta la fecha envío del informe de auditoría, esto es, 15/01/2024, los días hábiles comienzan a ser contados a partir del siguiente día hábil, es decir, 16/01/2024; teniendo como fecha oportuna para remisión del respectivo Plan de Mejoramiento propuesto por el sujeto vigilado el 29/01/2024 (10 días hábiles).

Ahora bien, dentro del expediente que contiene la trazabilidad de documentos originados en el ejercicio auditor, no se evidenció solicitud de prórroga, esto es, 5 días adicionales a los inicialmente descritos en el proceso, sin embargo, si así fuera, la fecha máxima para surtir el proceso con la oportunidad del caso daría el 06/02/2024, concluyéndose en todo caso extemporaneidad en la remisión del plan de mejoramiento en cualquiera de los escenarios ya descritos.

En lo concerniente a las manifestaciones realizadas en la cuales se indicó que:

"a. Las auditorías que se listan en el tablero de control presentan alertas cuando los tiempos están a punto de vencerse. Algunas de estas alertas se dan por escrito y otras se dan verbalmente al coordinador de auditoría.

b. El tablero de control está en constante actualización, por eso puede ser posible que no se encuentren todos los datos de manera inmediata. La alimentación de estos datos depende del avance de cada una de las auditorías.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

c. "*Se reconoce que el tablero de control en un control manual, sin embargo, respetuosamente* ***consideramos que sí da cumplimiento a las necesidades de seguimiento y monitoreo a las auditorías.*** *En todas las Delegadas tenemos este tipo de tableros de control. Ahora bien, una herramienta automatizada podría arrojar mejores resultados,* ***pero este tipo de instrumentos deberían proveerse desde la Subdirección de Tecnologías de la Información****. Mientras tanto se utilizan en todas las Delegadas estos tableros de control, que, aunque presentan oportunidades de mejora, se considera que cumplen con lo establecido en la redacción del control, por lo cual se solicita evaluar si este hallazgo puede modificarse a nivel de observación, y teniendo en cuenta que sabemos que puede ser necesaria otra herramienta más robusta que automatice y disminuya la probabilidad de errores humanos*". Negrillas Extratextuales.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno difiere de las manifestaciones antes descritas, ya que como se indicó en el informe preliminar de auditoría a partir de la evidencia con que se cuenta, se identificó que:

"1. En las auditorías a los municipios de San José de Cúcuta y Floridablanca, se excedió el término para evaluar la propuesta de plan de mejoramiento, ***sin que se hubiese generado alerta al respecto.***

2. Las auditorías a los municipios de Los Patios y Pamplona, ***no se identificaron en el tablero de control.*** *y,*

3. En la auditoría al municipio de Tunja no se identificó que ***en el tablero de control se incluyera la fecha de evaluación del plan de mejoramiento, así como otras actuaciones, sin que por demás se hubiese generado alerta al respecto***". Negrillas Extratextuales.

Las situaciones antes mencionadas, claramente desvirtúan las manifestaciones efectuadas por *"el nivel central"*, en especial la dirigida a señalar que, *"consideramos que sí da cumplimiento a las necesidades de seguimiento y monitoreo a las auditorías"*.

Ahora bien, ante el reconocimiento de que el control implementado es *"Manual"* y que una herramienta automatizada podría arrojar mejores resultados, así como que la misma debe ser provista por la Sub-Dirección de T.I, se coincide con el pronunciamiento en la medida que para avanzar en el fortalecimiento del control denominado *"Tablero de control"* el cual se trabaja en formato Excel, valdría la pena automatizarlo; sin embargo, debe precisarse que, para que la Sub Dirección de T.I o el área competente para gestionar dicha automatización efectivamente lo haga, debe mediar solicitud de la dependencia misional que requiere el desarrollo, presentando un estudio de las necesidades que tiene para el efecto, ya que ese tipo de automatizaciones no las trabaja el área técnica de manera oficiosa, sino, a solicitud de parte, en este caso, del área funcional o misional.

Con base en lo anterior, se reitera la No Conformidad N° 9 del informe preliminar de auditoría, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Ahora bien, en estricto sentido en lo relacionado con el plan de tratamiento N. 1295, el cual fue formulado con el objetivo de dar tratamiento al riesgo residual, respecto del riesgo de gestión *"Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente regulador debido a la aprobación de planes de mejoramiento que no subsanan las causas del hallazgo identificado"* debe indicarse que no fue aportada evidencia adicional que permitiera concluir que para el mencionado plan de tratamiento, efectivamente se tuviera en cuenta en su ejecución tanto a la SDETGRA y con ello a las Direcciones Regionales; sin embargo, si son adelantadas gestiones adicionales a través de otros planes institucionales (1393 y 1497) con el fin de dar tratamiento a riesgo residual, es pertinente analizar si estás acciones deben ser incorporadas en el plan de tratamiento que se defina en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) para cada riesgo identificado.

4.2. Proceso *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"* a cargo de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario.

- **Observaciones**

Observación N° 8. Interacción de las Direcciones Regionales con los Puntos de Atención.

Respuesta del proceso auditado: *"Es importante tener en cuenta que los puntos de atención de la Supersalud forman parte del esquema de atención y protección al usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo de esta Delegatura, y que los agentes de línea de frente son provistos a través de contrato interadministrativo 72-2024, cuya Supervisión se encuentra en cabeza de la Delegada para la Protección al Usuario. Así las cosas, se hace improcedente que la SDETGRA realice funciones de supervisión o ejercicios jerárquicos sobre el talento humano del contratista.*

En adición, es necesario mencionar que las funciones de los agentes de servicio en los puntos de atención se relacionan únicamente a brindar atención, orientación, y recibir peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, y que difieren a las labores determinadas para los funcionarios de la SDETGRA según el Decreto 1080 de 2021.

Sin embargo, desde la Delegada para la Protección al Usuario se han realizado acuerdos de servicio con la SDETGRA, se mantiene una comunicación fluida entre las dos delegaturas, además se ha incluido en la capacitación de la Política de Servicio al Ciudadano brindada por la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación, el tema de canales de la Supersalud en el que se invita a los funcionarios de las Direcciones Regionales a consultar periódicamente las ubicaciones de los Puntos de atención al ciudadano."

Análisis Oficina de Control Interno: Corresponde precisar que, la esencia del hallazgo consiste en que desde la SDPU y SDETGRA a través de las Direcciones Regionales, fortalezcan la comunicación con los puntos de atención, resulta ser una Observación que tiene como fundamento la escasa o nula interacción existente entre estas dependencias, donde incluso se desconoce qué puntos de atención operan en cada jurisdicción, debiendo

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

precisar claro está, que la referida interacción se despliegue sin que se usurpen las funciones o roles que cada Superintendencia Delegada tiene a propósito de lo preceptuado en el Decreto 1080 de 2021, y menos aún, si se trata de un servicio tercerizado o contratado donde claramente en el caso particular, la supervisión de los agentes que operan en los puntos de atención está bajo supervisión de la SDPU.

Sobre el particular, debe indicarse que, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG de que habla el Decreto 1499 de 2017, convoca a las entidades del Estado a *"garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información"*.

En ese sentido, la comunicación hace posible difundir y transmitir la información de calidad que se genera en toda la entidad, tanto entre dependencias como frente a los grupos de valor. Al respecto debe manifestarse que, conforme a MIPG contar con servidores públicos o colaboradores bien informados sobre cómo opera la entidad, fomenta la eficiencia, la eficacia, la calidad y la transparencia en la gestión pública, la rendición de cuentas por parte de la administración y el control social ciudadano.

Ahora bien, debe considerarse que, la información, gestión y en general los productos que generan los puntos de atención al ciudadano, son insumo para la priorización de futuras labores de inspección y vigilancia que deben emprender otras dependencias, como por ejemplo la SDETGRA y con ello las direcciones regionales distribuidas en el territorio nacional.

Así las cosas, con el propósito continuar avanzando en el fortalecimiento de la comunicación interna institucional, la Oficina de Control Interno en ejercicio de los roles de *"Evaluación y Seguimiento"* y *"Liderazgo Estratégico"*, por conducto de su equipo auditor, ratifica la Observación N° 8 del informe preliminar de auditoría, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 9. Actividades establecidas en el Plan de Tratamiento del riesgo de gestión.

Respuesta del proceso auditado: *"Luego del desarrollo de los diálogos con la ciudadanía se revisan los compromisos realizados por el señor Superintendente Nacional de Salud, para ser incluidos en la matriz de compromisos que se tiene como documento de trabajo dentro del Grupo de Atención a la Ciudadanía y Promoción de la Participación Ciudadana, se hace seguimiento a los compromisos y se analiza si es necesario remitir a otra delegatura de la entidad por competencia, adicional a esto, se realiza un acta con lo acontecido en el Diálogo con la comunidad, la cual se socializa en la página web de la entidad. Atendiendo a la observación que nos realizan sobre verificar las fechas de publicación de dichas actas, se revisará al detalle para que no se presente este tipo de situaciones. Por otro lado, en cuanto a los compromisos adquiridos en el desarrollo del Diálogo*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

se revisará cada compromiso hecho por el Superintendente, para que no se quede ningún tema sin incluir.

Por otro lado, y para disminuir la materialización del riesgo, en la actividad "Actualizar bimensualmente la base de datos de los contactos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, asociaciones de usuarios y lideres (sic) de control social en salud", se tendrá en cuenta describir la fecha en la que fue desarrollada la actualización de la base de datos, esto teniendo en cuenta al plan de mejoramiento 1492 del 2024."

Análisis Oficina de Control Interno: En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 9, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 10. Análisis para la identificación de riesgos de corrupción.

Respuesta del proceso auditado: *"De acuerdo con el análisis realizado del planteamiento de la observación consideramos que se están enunciando riesgos de gestión más no de corrupción teniendo en cuenta la definición de riesgos de corrupción "Es la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado".*

En todo caso, considerando que se pueden llevar a cabo ajustes y modificaciones del mapa de riesgos de corrupción después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia, para el caso es identificar y valorar nuevos riesgos, actividad que se desarrolla anualmente en la entidad. Razón por la cual la observación se tendrá en cuenta para la siguiente vigencia."

Análisis Oficina de Control Interno: En atención a la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario, se identificó asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 10, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

- **No Conformidades**

No Conformidad N° 10. Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito *"Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud"*.

Respuesta del proceso auditado: *"Teniendo en cuenta la No Conformidad que antecede, informamos que, dentro del proceso del Grupo de Atención a la Ciudadanía y Promoción para la Participación Ciudadana, se tienen en cuanta (sic) las acciones a desarrollarse como son, la elaboración del cronograma de actividades, los preparativos para el desarrollo de dichas actividades, el cronograma que se remite a la oficina de comunicaciones, las piezas de publicidad para dichos eventos, las citaciones para los diálogos con la Supersalud, la verificación de las EAPB citadas a los diálogos, entre otras actividades, por lo cual informamos que fueron remitidas las evidencias a la Oficina de Control Interno de la entidad el día 10 de septiembre de 2024, aclaramos que algunas jornadas como los diálogos con la Supersalud, dependen del despacho del Superintendente y en muchas oportunidades se presentan cambios a la hora de su realización y son situaciones que no*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

podemos prever. Queremos expresar que atendemos todas las recomendaciones realizadas por la oficina de control interno, para poder mejorar y avanzar en el propósito de fortalecer el relacionamiento con la ciudadanía, aunque no entendemos la No Conformidad, toda vez que se remitieron las evidencias.

A continuación, y basándonos en el proceso, una breve información de lo que hacemos:

Elaborar cronograma de eventos promoción de la participación ciudadana y control social: para este punto se elabora el cronograma anual de actividades y se hace seguimiento y ajustes durante todo el año al mismo.

Realizar preparativos y logística del evento: se remiten las comunicaciones por correo Secretarías de Salud Departamental y Municipal para solicitar apoyo logístico y/o la consecución de salón en caso tal que se requiera también la consecución de un salón para el desarrollo del evento.

De otro lado se hace convocatoria mediante correo electrónico y/o llamadas, tomando el histórico de bases de datos de otros espacios de participación y la base de datos de peticionarios PQRD actualizado, para lograr una asistencia masiva al evento.

Preparación del material para realización del evento, de acuerdo con la confirmación del número de asistentes, para ser divulgado en el marco del evento (si hay disponibilidad de material se llevan las cartillas o material publicitario de la entidad).

Preparación de los contenidos a presentar en cada evento, como son las presentaciones en diapositivas, el material visual, así como el alistamiento de los formatos dispuestos por la Delegada para la Protección al Usuario, registros de asistencia y registro de PQR (si aplica). De requerirse apoyo de la Direcciones Regionales se realizará la solicitud al Delegado de Entidades Territoriales, para que él, a su vez solicite ese apoyo en las direcciones regionales.

Aunado a lo anterior el Grupo de Atención a la Ciudadanía y Promoción de la participación ciudadana solicita comisiones de servicio para los desplazamientos a otros territorios, cuando así se requiere, para adelantar actividades en campo.

Gestionar la Solicitud de divulgación del evento: en este punto cabe resaltar que el cronograma lo remitimos entre el 20 y 28 de cada mes al enlace de comunicaciones de la delegada, para ser enviado a la oficina de comunicaciones para que se pueda publicar cada evento en las redes de la entidad. No obstante, el calendario puede ser modificado por cambios de agenda del Superintendente o eventos de terceros.

Para diálogos con la Supersalud, solicitamos la elaboración de las piezas comunicacionales a la Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional, las cuales son revisados por la dirección de servicio al ciudadano para su aprobación.

Realizar la articulación con las entidades: desde el grupo de atención a la ciudadanía se realiza la citación a las jornadas de atención o diálogos con la Superintendencia a los representantes legales de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, autoridades territoriales municipal o departamental y agentes responsables (fiduciaria la previsora, policía nacional y fuerzas militares) de prestar los servicios de salud de la región para que hagan presencia en el evento.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

De igual manera se hace una verificación de la asistencia de los Actores Territoriales, es decir los representantes de las EAPB, lo cual queda en los listados de asistencia.

Análisis Oficina de Control Interno: En primer lugar, debe asentir el equipo auditor de la oficina de Control Interno que la SDPU a través del Grupo de *"Atención a la Ciudadanía y promoción de la Participación Ciudadana"*, allegó información referente a los eventos de diálogos objeto de muestra en el presente proceso de auditoría interna; no obstante, lo anterior, de igual forma debe confirmase que, la misma no consolidó la totalidad de la información que permitiera acreditar la ejecución de las distintas fases que la actividad clave de éxito *"Promover la Participación Ciudadana en el Sistema General de Salud"* contempla.

Resulta pertinente recordar que, el día 22 de julio de 2024 se elevó la primera solicitud de información, la cual fue atendida mediante la generación de carpeta compartida en One Drive el 25 de julio de 2024, siendo esta analizada a cabalidad, detectándose información faltante, para lo cual se manifestó lo siguiente:

"Los expedientes aportados el 25 de julio de 2024, mediante carpeta compartida denominada "Soportes auditoría Nororiental y norte", no contienen la totalidad de las actuaciones que la actividad clavé de éxito "Promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud".

Con base en lo anterior, mediante correo electrónico del 03 de septiembre del corriente, se remitió a la *"Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana"*, papel de trabajo con indicación de la información que se echaba de menos, lo cual posibilitó que desde el Grupo de *"Atención a la Ciudadanía y promoción de la Participación Ciudadana"*, se compartiera nuevamente carpeta el día 10 de septiembre de 2024, persistiendo la situación referente a no evidenciarse la realización de algunas actividades, motivo por el cual se remitió papel de trabajo al Grupo de "*Atención a la Ciudadanía y promoción de la Participación Ciudadana*", con indicación de la información faltante, aunado, a haber realizado mesas de trabajo los días 04 y 06 de septiembre, donde se realizaron las aclaraciones del caso.

De este modo, se generó carpeta compartida el día 10 de septiembre de 2024, donde se efectuó la conformación de expedientes por cada evento de participación ciudadana, aspecto que en definitiva tampoco permitió evidenciar la ejecución de algunas de las fases concebidas en la actividad clave de éxito.

Finalmente, con el pronunciamiento realizado al informe preliminar de auditoría para efectos de ejercer el derecho a la defensa y contradicción, no se allegó información adicional que desvirtuará el hallazgo, por lo cual se ratifica la No Conformidad N. 10, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

No Conformidad N° 11. Diseño de controles que mitiguen las causas identificadas como generadoras del riesgo.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Respuesta del proceso auditado: *"Se solicita revisar la posibilidad de desestimar la No Conformidad toda vez que la acción denominada "Realizar seguimiento al cuadro de mando que contenga los reclamos en salud radicados en los diálogos", contenida en el plan de tratamiento del riesgo de gestión No 1492, ataca todas las causas identificadas ya que en él se consignan todos los compromisos derivados de los Diálogos con la Supersalud, así como también, las PQRD radicada (sic) por los participante las cuales son solucionadas ínsito por los responsables del aseguramiento, las PQRD que no son solucionada de forma inmediata se les hace inspección y vigilancia por parte del grupo interno de trabajo SIS midiendo su gestión a través del indicador denominado RL18 "Porcentaje de cierre y gestión de los reclamos en salud presentados por los usuarios que asisten a los diálogos territoriales" del PAG."*

Análisis Oficina de Control Interno: Sea lo primero al emitir un pronunciamiento final del hallazgo por parte del equipo auditor, indicar que, la solicitud de desestimación del hallazgo no puede ser despachada favorablemente si se tiene en cuenta que, con la ejecución de un plan de tratamiento, se reduce, evita o transfiere el riesgo a través de las acciones allí dispuestas, no permitiéndose con base en la metodología dispuesta por el DAFP, la implementación de controles adicionales a los ya previstos en fase de *"Valoración del Riesgo"*.

En consecuencia, es la fase de valoración donde el proceso alineado con la misión y visión institucional y sus objetivos estratégicos, donde debe diseñar e implementar un control por cada causa, o formular un control tan robusto que permita dar cobertura a la totalidad de causas que se hayan identificado, aspecto que al no ser identificado motivó al hallazgo. Lo anterior, si se tiene en cuenta que una acción de tratamiento en esencia, trata exclusivamente riesgo residual, y no, como se ha indicado el riesgo inherente.

En consecuencia las Causas *"Falta de comunicación oportuna del compromiso adquirido por la Entidad responsable de gestionar la solución"* y *"Falta de seguimiento de los compromisos adquiridos por la Entidad"*, no fueron objeto de diseño e implementación de controles en fase de valoración del riesgo, resultando por demás inviable contrarrestar los efectos que pueda generar el evento potencial con la implementación de una acción o control a causas identificadas en fase de tratamiento, donde lo que se busca tal y como se ha indicado es reducir, evitar o transferir el riesgo residual.

Con base en lo anterior, se ratifica la No Conformidad N° 11 del informe preliminar de auditoría, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

- **Recomendaciones**

Recomendación N° 3. Implementación de métodos en la elaboración de cronograma.

Respuesta del proceso auditado: *De acuerdo con la recomendación que nos realizan, es importante anotar que sí se cuenta con una metodología de evaluación, siendo así, a principio de cada año se hace la identificación y priorización de aquellos municipios alejados, así como municipios PDET, donde no ha llegado la entidad con sus diferentes actividades de cara a la*

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

ciudadanía; esta evaluación se vuelve a implementar a mitad de año y el seguimiento se realiza de manera semanal. Del mismo modo, se tienen en cuenta las solicitudes que realizan desde los municipios, cuando informan a la Supersalud sobre la necesidad de la visita de la entidad con alguna de las actividades que desarrolla desde el área de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana.

No obstante, atendiendo la recomendación, procederemos a consignar a partir de la fecha, en el formato de acta aprobado por la entidad, dicha evaluación de priorización en los dos momentos del año que se mencionaron, de tal manera que quede la evidencia de la realización de este ejercicio.

Análisis Oficina de Control Interno: En la respuesta dada por la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario como líder del proceso, esta acoge la recomendación presentada, en la medida que aplicará en los formatos que utiliza en desarrollo de su labor, lo concerniente a la implementación de la metodología utilizada para priorizar y rotar eventos de participación ciudadana.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno ratifica la Recomendación N° 3, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Recomendación N° 4. Condiciones físicas de los Puntos de Atención dispuestos para la recepción y trámite de PQRD en salud.

Respuesta del proceso auditado: *"Los puntos de atención al ciudadano de la Supersalud operan a través de convenios interadministrativos con 5 alcaldías, 12 gobernaciones, la Unidad para las Víctimas y la Superintendencia de Industria y Comercio en los que unieron esfuerzos con el fin de mejorar la atención y orientación a los ciudadanos en temas de salud. En este contexto, la Entidad en el territorio proporciona el espacio físico en la sede que ellos determinen, y los recursos de oficina necesarios (escritorio, silla) para el funcionamiento de un punto de atención al ciudadano de esta Superintendencia. A su vez, la Supersalud se compromete a asignar un agente para brindar atención, orientación, y recibir peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.*

Teniendo en cuenta lo anterior, no es posible que se generen hallazgos, recomendaciones u observaciones para que la Delegada para la Protección al Usuario garantice el cumplimiento de la norma técnica colombiana N.º 6047 en aquellos espacios físicos que no hacen parte de la infraestructura de la Supersalud, debido a que no está en la potestad legal o reglamentaria de llevar a cabo modificaciones en lugares que no están bajo su responsabilidad.

No obstante, teniendo en cuenta la importancia de garantizar "los criterios y los requisitos generales de accesibilidad y señalización al medio físico requeridos en los espacios físicos de acceso al ciudadano, en especial, a aquellos puntos presenciales destinados a brindar atención al ciudadano" a través de las reuniones de seguimiento de los convenios, se ha instado a los convenidos a desarrollar planes de trabajo para dar cumplimiento a la normativa vigente. (Para lo que se adjuntan actas de SIC y Unidad para las Víctimas en las que se ha abordado el tema).

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Análisis Oficina de Control Interno: Respecto de la respuesta dada por la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario como líder del proceso, se coincide en que, con ocasión del contrato, el cual es Ley para las partes, se debe dar fiel cumplimiento a las obligaciones generales y específicas de este acuerdo de voluntades.

Ahora bien, de otro lado también se coincide, respecto de la necesidad de dar cumplimiento de una serie de cuerpos normativos que obligan a que los sujetos obligados como lo es la SNS, implanten en los espacios físicos donde se presta atención al usuario, determinadas condiciones que les permitan acudir a usuarios del sistema a realizar trámites en condiciones dignas, para lo cual, se están emprendiendo las gestiones del caso tal y como se evidencia en los soportes suministrados, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Finalmente, en relación con los hallazgos, Conformidades, No Conformidades, Observaciones y Recomendaciones que emite la OCI, debe indicarse que esta es la forma en que institucionalmente la Oficina de Control Interno como unos de los distintos componentes del Sistema de Control Interno institucional, comunica los resultados de su evaluación independiente, motivo por el cual se han generado y seguirán generando pronunciamientos bajo estos parámetros hasta tanto no se emita directriz en otro sentido.

Recomendación N° 5. Análisis canal presencial de puntos de atención.

Respuesta del proceso auditado: *"Es importante señalar que, aunque en algunos puntos de atención no se observa una afluencia masiva de ciudadanos, este fenómeno no necesariamente refleja una falta de necesidad o relevancia del servicio. Más bien, puede atribuirse a factores culturales y sociales propios de la población local. La idiosincrasia de cada comunidad influye en la manera en que los ciudadanos interactúan con los servicios institucionales, lo que explica las variaciones en los patrones de uso de nuestros puntos de atención en diferentes regiones.*

Esta Delegada, consciente de la necesidad de extender la presencia de la SNS a la mayor cantidad posible de municipios en el territorio nacional, ha implementado una estrategia para optimizar los recursos disponibles. Esta iniciativa consiste en redirigir la capacidad de los agentes del canal presencial que experimentan un menor volumen de reclamaciones in situ hacia el apoyo de otros canales de atención, como el canal web.

En el caso específico, esta estrategia ha demostrado ser altamente efectiva. Entre el 1 de enero y el 20 de octubre de 2024, se ha logrado procesar un total de 708.950 radicaciones a través de este enfoque integrado. Este dato no solo refleja la eficacia de la estrategia de optimización, sino que también subraya la importancia de adaptar nuestros métodos de atención para maximizar el alcance y la eficiencia de nuestros servicios, asegurando así una presencia efectiva y un servicio de calidad en diversas regiones del país.

Análisis Oficina de Control Interno: En relación con el pronunciamiento efectuado desde la SDPU respecto de esta recomendación, se indica con claridad cuáles son las razones por las cuales se presentan resultados diferenciales en afluencia de usuarios en distintas

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

regiones del país, aunado, a manifestar que se es consciente de la necesidad de extender la presencia de la SNS a la mayor cantidad posible de municipios en el territorio nacional, implementado una estrategia para optimizar los recursos disponibles.

Esta iniciativa consiste en redirigir la capacidad de los agentes del canal presencial que experimentan un menor volumen de reclamaciones in situ hacia el apoyo de otros canales de atención, como el canal web. Con base en lo anterior, se concluye acogimiento de la recomendación, instando a que en la aplicación de la estrategia se contemple el flujo de atención en cada uno de los puntos dispuestos, tomando las decisiones que correspondan para continuar brindando mayor cobertura, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

5. CONCLUSIONES

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno pudo concluir el cumplimiento del objetivo propuesto por la auditoría, consistente en establecer el grado de conformidad de la gestión emprendida por parte de los procesos *"Auditorías"* y *"Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor"*, en las Direcciones Regionales Nororiental y Norte, así como, Puntos de Atención ubicados en los municipios de El Socorro y Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta para la vigencia 2023 y primer cuatrimestre de 2024; a pesar de que en situaciones puntuales no se contó con el suministro de la información que les fuera requerida a líderes de los procesos auditados y enlaces designados.

A través del presente informe, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno pone en consideración de la Alta Dirección institucional, una opinión técnica y soportada que le permita de considerarlo útil y conducente tomar las decisiones que conlleven al mejoramiento continuo de estos procesos institucionales.

En términos generales puede indicarse que, los procesos auditados operan y se gestionan en un ambiente de control al contarse con riesgos identificados, establecimiento de controles y acciones de tratamiento que contribuyen a mitigarlos, indistintamente de las oportunidades de mejoramiento documentadas.

Como aspecto común, se identificó una operación de estos procesos con cierto distanciamiento de los contemplado en las actividades claves de éxito o procedimientos establecidos, realizando actuaciones adicionales no preceptuadas, que en ocasiones han conllevado a la generación de reprocesos y dilaciones en la gestión administrativa emprendida en los casos o asuntos objeto de muestreo por la Oficina de Control interno. La relevancia que en esta oportunidad evidenció la auditoría interna, consiste en la posibilidad de que las labores de inspección y vigilancia que se adelantan a través de procesos de auditoría a sujetos vigilados o eventos de promoción de la participación ciudadana cumplan los objetivos planteados y eviten afectación a otros procesos institucionales como lo es el de *"Control"*.

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

Así las cosas, surge la idea de optar por el fortalecimiento del fenómeno jurídico de la desconcentración administrativa cómo una solución para superar las falencias detectadas, aunado, a permitir que, a través de ella, la oferta institucional tenga mayor cobertura en los territorios, como los son los que hacen parte de la jurisdicción de las sedes regionales Nororiental y Norte. La desconcentración administrativa se traduciría en una mayor participación desde las Direcciones Regiones en las actividades que se derivan producto de las acciones de IVC, lo que eventualmente redundaría en reducción de gastos de funcionamiento por desplazamientos in situ, y se propendería mejora en acercamientos con los usuarios del sistema contribuyendo a su vez, a un fortalecimiento del SGSSS en territorio a través de una mayor presencia, cobertura, calidad y oportunidad en procura de proteger el derecho fundamental a la salud de los colombianos.

Las recomendaciones y hallazgos (conformidades, observaciones y no conformidades) que por medio del presente informe se exponen, se formulan en ejercicio del rol de *"Enfoque hacia la prevención*" legalmente asignado a las Oficinas de Control Interno, a través del Decreto 648 de 2017, con el fin precaver situaciones que puedan continuar afectando los procesos objeto de evaluación y afianzar los aspectos que se detectaron como conformes.

Finalmente, de acuerdo con lo expuesto en el presente informe final, los hallazgos detectados se identificaron como: *"tres (3) conformidades, diez (10) observaciones y once (11) No Conformidades"*, los cuales serán incorporados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), por lo que la Oficina de Control Interno solicita a los líderes responsables de realizar los planes de mejoramiento, que una vez se reciban las respectivas notificaciones en el referido aplicativo, se dé trámite a la formulación de los Planes de Mejoramiento a que haya lugar, tal como lo dispone la actividad clave de éxito *"Ejecutar Plan de Mejoramiento"*, donde se establece que "*Analizar los hallazgos y proceder a definir su tratamiento. El líder del proceso, programa o proyecto, luego de recibir la alerta del cargue de los hallazgos en el sistema dispuesto por la entidad, dispone de* ***10 días hábiles*** *para identificar la acción o tratamiento de mejora a aplicar."*, los cuales estarán encaminados a subsanar las situaciones evidenciadas y a los que la Oficina de Control Interno realizará seguimiento posterior. Negrillas Extratextuales.

Cordialmente,

Jorge Alejandro Cárdenas Leuro
Jefe Oficina de Control Interno (e)

Proyectó: Equipo auditor designado
Revisó y aprobó: Jorge Alejandro Cárdenas Leuro, Jefe Oficina de Control Interno (e)

Estamos certificados