

Fecha del Informe Final	Día	20	Mes	12	Año	2024
Nombre de la actividad	Auditoría interna de gestión al proceso: “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, en la actividad clave de éxito: “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”					
Objetivo de la Auditoría	Evaluar la gestión de la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, en el marco del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” en la actividad clave de éxito: “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS.					
Alcance	Auditoría interna de gestión a los procesos: “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, desde enero hasta agosto de la vigencia 2024.					
Criterios	1. Decreto 1080 del 10 de septiembre 2021 “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud” y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. 2. Ley 1751 de 2015 “Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. 3. Ley 1949 del 8 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”. 4. Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. 5. Resolución N. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 “Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud” y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. - Evaluación efectividad de controles. 6. Procesos y actividades claves de éxito aprobados en la Entidad (Evaluación de efectividad de controles). 7. Mapa de Riesgos Institucionales de Gestión y Corrupción (Evaluación de efectividad de controles). 8. Las demás que sean aplicables en desarrollo del proceso auditor.					
Equipo Auditor	Peter W. Vargas P. - Profesional Especializado Lucy Elizabeth Cancimance Martínez - Profesional Especializado Richard Cadena Galindo - Profesional Especializado					
Tabla de Contenido	1. INFORME..... 2 1.1 Proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”..... 2 1.1.1 Programa de Mejoramiento Institucional – PMI..... 4 1.1.2 Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS..... 13 1.1.3 Seguimiento implementación Sistema Integrado de Riesgos de IPS – SIR-IPS 27 1.1.4 Medidas Cautelares 31 1.1.5 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión - Corrupción) del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” 32 2. RESUMEN DE HALLAZGOS..... 40 3. RESUMEN DE RECOMENDACIONES..... 40 4. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORÍA (HALLAZGOS, RECOMENDACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO 41 5. CONCLUSIONES 49					

1. INFORME

Con el fin de cumplir los objetivos 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 del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”; lo anterior a partir de lo preceptuado en la Resolución N°. 2023120020001126-6 de 2023 “Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud”.

1.1 Proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”

Para efectos de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, en relación con las gestiones desarrolladas por parte de la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud, en adelante SDPSS, en ejecución del proceso y actividad clave de éxito “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en adelante SDETGRA, fueron solicitadas a la SDPSS las actuaciones desarrolladas en el período de tiempo comprendido entre los meses de enero a agosto de la vigencia 2024, de lo cual, se aportó por parte de la dependencia, la siguiente información:

Programa de Mejoramiento Institucional – PMI		
N.	Nombre del Prestador	Municipio - Departamento
1	ESE Hospital José María Córdoba	Concepción - Antioquia
2	ESE Hospital Padre Clemente Giraldo	Granada - Antioquia
3	ESE Hospital San José	Salgar - Antioquia
4	ESE Hospital San Vicente de Paúl	San Carlos - Antioquia
5	ESE Hospital San Vicente de Arauca	Arauca - Arauca
6	ESE Hospital Materno Infantil de Soledad	Soledad - Atlántico
7	ESE Hospital San Vicente de Paúl de Paipa	Paipa - Boyacá
8	ESE Hospital Eduardo Santos de Istmina	Istmina - Chocó
9	ESE Hospital San José de Tadó	Tadó - Chocó
10	ESE CAMU Prado	Cereté - Córdoba
11	ESE Hospital San Juan	Sahagún - Córdoba
12	ESE Hospital San Francisco de Gachetá	Gachetá - Cundinamarca
13	ESE Hospital Ismael Silva	Silvania - Cundinamarca

Programa de Mejoramiento Institucional – PMI		
N.	Nombre del Prestador	Municipio - Departamento
14	ESE Hospital Santa Teresa	Tesalia - Huila
15	ESE Centro de Salud Samuel Villanueva Valest	El Banco - Magdalena
16	ESE del Departamento del Meta "Solución Salud"	Restrepo - Meta
17	ESE Centro de Salud Encino	Encino - Santander
18	ESE Centro de Salud de Coloso	Coloso - Sucre
19	ESE Centro de Salud Cartagena de Indias	Corozal - Sucre
20	ESE Centro de Salud Sampués	Sampués - Sucre
21	ESE Hospital San Benito Abad	San Benito Abad - Sucre
22	ESE Hospital San Jorge	Calima - Valle del Cauca
23	ESE Hospital Santa Margarita	La Cumbre - Valle del Cauca
24	ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	Palmira - Valle del Cauca
Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS		
N.	Nombre del prestador	Municipio - Departamento
1	ESE Hospital de Repelón	Repelón - Atlántico
2	ESE Hospital Local Turbana	Turbana - Bolívar
3	ESE Hospital Santa Isabel	San Pedro De Los Milagros - Antioquia
4	ESE Hospital San José de Guaduas	Guaduas - Cundinamarca
5	ESE San Sebastián de la Plata Huila	La Plata - Huila
Seguimiento a la implementación del Sistema Integrado de Riesgos de las IPS		
N.	Nombre del prestador	Municipio - Departamento
1	Clínica Imbanaco SAS	Cali - Valle del Cauca
2	ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño	Pasto - Nariño
Seguimiento a Medidas Cautelares		
N.	Nombre del prestador	Municipio - Departamento
1	ESE Hospital regional de Aguachica Jose David Padilla Villafañe	Aguachica - Cesar
2	Fundación María Reina	Sincelejo - Sucre
3	ESE Hospital Reina Sofía De España	Lérida - Tolima

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

De lo anterior, se procedió a tomar muestra no estadística¹, tal y como a continuación se relaciona:

MUESTRA DE AUDITORÍA		
Programa de Mejoramiento Institucional - PMI		
N.	Nombre	Municipio - Departamento
1	ESE Hospital José María Córdoba	Concepción - Antioquia
2	ESE Hospital Materno Infantil de Soledad	Soledad - Atlántico
3	ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	Palmira - Valle del Cauca
Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS		
N.	Nombre	Municipio - Departamento
1	ESE Hospital de Repelón	Repelón - Atlántico
2	ESE Hospital Santa Isabel	San Pedro de los Milagros - Antioquia
Seguimiento a la implementación del Sistema Integrado de Riesgos de las IPS		
N.	Nombre	Municipio - Departamento
1	Clínica Imbanaco SAS	Valle del Cauca
Medidas Cautelares		
N.	Nombre	Municipio - Departamento
1	ESE Hospital Regional de Aguachica José David Padilla Villafañe	Aguachica - Cesar

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

En este orden de ideas, en el contenido del informe, se presenta la evaluación realizada al proceso auditado, respecto de la muestra objeto de auditoría:

1.1.1 Programa de Mejoramiento Institucional – PMI

El propósito de este apartado es definir los parámetros generales que deben considerar las Empresas Sociales del Estado, en adelante ESE, para elaborar y presentar el Programa de Mejoramiento Institucional, en adelante, PMI, ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Asimismo, se busca establecer los términos para el monitoreo, seguimiento y evaluación de los resultados del PMI una vez este sea viabilizado.

Para ello, en la SNS se aplican los siguientes marcos normativos:

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.

Parágrafo cuarto del artículo 77 de la Ley 1955 de 2019, el cual establece:

“El Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud la información de las Empresas Sociales del Estado que, de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio, incumplan con el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Esto permitirá que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las actuaciones correspondientes, de conformidad con el marco de sus competencias”.

Artículo 2.6.5.14 del Decreto 1068 de 2015, el cual establece:

“Artículo 2.6.5.14. INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO. En virtud del parágrafo 4º del artículo 77 de la Ley 1955 de 2019, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud la información de las Empresas Sociales del Estado que, de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio, incumplan con el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, para que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las actuaciones a que haya lugar, en el marco de sus competencias”.

Con base en el marco normativo expuesto, y con el objetivo de cumplir los fines trazados, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno llevó a cabo los análisis correspondientes, de conformidad con el proceso y la actividad objeto de evaluación, en línea con lo dispuesto en la Resolución 2022120000004534-6 del 08.07.2022, *“Por la cual se adopta el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud”*.

De conformidad con lo establecido en el *“Manual de Programa de Mejoramiento Institucional – PMI”* – SEMN03, debe elaborarse un informe de evaluación final, que determinará el cumplimiento de las metas proyectadas.

Este análisis se realizará frente a cada uno de los indicadores de criticidad financiera y técnico-científica, estableciendo si dichas metas se alcanzaron y cuál fue su impacto en el mejoramiento de la gestión institucional; para ello, *“el equipo técnico contará con un plazo máximo hasta el cierre de la vigencia fiscal, tras recibir la información remitida por la Entidad Territorial.”*

Es importante señalar que, para la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno en relación con las auditorías propias, se hizo necesario revisar cada PMI de la muestra, desde la solicitud de apertura hasta el seguimiento y finalización, en dónde se determinó el grado de cumplimiento del programa, así como la materialización de los resultados obtenidos.

Entonces, si bien se cuenta con documentación que de alguna manera ilustra la definición de requisitos formales, también lo es que bajo el contexto que los PMI constituyen acción de IV, no se identificó que en la actividad clave de éxito objeto de evaluación, se hiciera alusión a esta temática, la cual resulta importante para que, desde estos espacios, se ilustre de manera más detallada las actividades a efectuar respecto de la temática analizada.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito**

de “**seguimiento**”, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera observación, toda vez que se hace necesario que, por parte del líder del proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, en coordinación con la SDPSS, determinen de manera clara y precisa las actuaciones para las diferentes fases que deben ser tenidas en cuenta respecto de la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “*seguimiento*”, toda vez que el contexto en que se dispone la temática tanto en la “*actividad clave de éxito*” como otros documentos, resulta ser ambiguo, subjetivo, además de confuso para quienes operativamente no conocen el que hacer en esta materia.

La adecuada disposición de este tipo de actuaciones, en las herramientas de las cuales dispone la Entidad, seguramente favorece al mejor entendimiento de esta y con ello su adecuada aplicación, aunado a que contribuiría a la disminución de potenciales reprocesos y así, la probabilidad de materialización de riesgos sobre el particular.

Una vez descrito lo anterior, y como ya se indicó, se procedió a tomar una muestra no estadística, la cual se describe a continuación:

Muestra Auditoría Programa de Mejoramiento Institucional – PMI vigentes al 2024	
Nombre	Municipio - Departamento
ESE Hospital José María Córdoba	Concepción - Antioquia
ESE Hospital Materno Infantil de Soledad	Soledad - Atlántico
ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	Palmira - Valle del Cauca

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

De los PMI relacionados en la tabla anterior, a continuación, se presentan los análisis sobre el particular:

a. Programa de Mejoramiento Institucional (PMI) de la ESE Hospital José María Córdoba del Municipio de Concepción, Departamento de Antioquia

Con radicado N° 2-2021-035045 del 07.07.2021, el Ministerio de Hacienda remitió una comunicación informando que la ESE Hospital José María Córdoba debía ser incluida en el PMI.

Con radicado N° 20224100000281771 del 09.03.2022, la Superintendencia Nacional de Salud envió comunicado a la ESE Hospital José María Córdoba, mediante el cual la SDPSS citó a la ESE para una capacitación sobre la “*Guía Metodología de elaboración del PMI*”, la cual fue realizada el 2 de marzo del mismo año; además, se informó que la ESE contaba con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para presentar su PMI.

Con radicado N° 20224100000280691 del 09.03.2022, se comunicó a la Gobernación de Antioquia cuáles ESE del departamento debían elaborar el PMI, según lo remitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En paralelo, con el radicado N°. 20224100000282711 de la misma fecha, se notificó a la Alcaldía del Municipio de Concepción.

La SDPSS, mediante el radicado N° 20224100300779031 del 14.06.2022, solicitó aclaraciones sobre algunos aspectos del PMI, otorgando un término de diez (10) días hábiles, contados a partir de la recepción de la comunicación. La ESE respondió con el radicado N° 20229300401486552 del 07.07.2022, enviando la información cinco (5) días después del plazo establecido.

Adicionalmente, se requirieron ajustes a lo planteado por el prestador mediante el radicado N° 20224100301084511 del 06.08.2022, de lo cual, se contaba con un plazo de diez (10) días hábiles para cumplir con este requerimiento; sin embargo, el vigilado mediante radicado N° 20229300402075642 del 06.09.2022, aportó información de manera extemporánea, es decir, once (11) días después del plazo establecido.

El 29.09.2022, se remitieron observaciones mediante el radicado N° 20224100301355181, las cuales constituyeron la base para que se emita “viabilidad” del PMI.

Finalmente, con el radicado N° 20224100301474701 del 21.10.2022, se remitió el concepto de viabilidad del PMI de la ESE Hospital José María Córdoba.

En este punto del análisis, se determina que la ESE, en diferentes momentos, no cumplió con los plazos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Con radicado N° 20234100301032741 del 21.06.2023, la DPSS informó sobre el monitoreo y seguimiento del cuarto trimestre de la vigencia 2022 al PMI de la ESE Hospital José María Córdoba. Adicionalmente, incluyó un alcance sobre las fechas establecidas para la entrega de los informes correspondientes al monitoreo y seguimiento de la vigencia 2023, detalladas de la siguiente manera:

Periodos y fechas máximas para reportar PMI	
Trimestre	Fecha Máxima de Envío
enero a marzo de 2023	4 de julio de 2023
abril a junio de 2023	30 de julio de 2023
julio a septiembre de 2023	30 de octubre de 2023
octubre a diciembre de 2023	15 de febrero de 2024

Tabla N° 4 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno / Información tomada del radicado N° 20234100301032741

Se evidencia que la primera entrega del seguimiento al PMI correspondiente al primer trimestre del periodo 2023, con el radicado N° 20239300402110572 del 30.06.2023; determinó que, por parte del vigilado, se dio cumplimiento a la fecha establecida para su entrega.

Para la segunda entrega, correspondiente al segundo trimestre del periodo 2023, se realizó la radicación con el N° 20239300402990212 del 01.09.2023, evidenciándose retrasos de (treinta días) 30 días calendario respecto a la fecha programada.

En cuanto a la tercera entrega, que abarca el tercer trimestre del periodo 2023, se notificó a la ESE Hospital José María Córdoba mediante radicado N° 20234100301668631 del 28.09.2023, que los días 2, 3 y 4 de octubre de 2023 se llevaría a cabo un seguimiento in situ sobre el avance en la ejecución del PMI. Las observaciones realizadas durante dicho seguimiento se integraron con la información previamente reportada por la ESE en el radicado N° 20239300402990212 del 01.09.2023.

El informe del tercer trimestre quedó integrado al análisis documental de los soportes allegados, junto con los resultados del seguimiento in situ realizado entre el 2 y el 4 de octubre de 2023, conforme a lo dispuesto en el oficio radicado N° 20234100301668631 del 28.09.2023.

Para la entrega del reporte correspondiente al último cuatrimestre del año 2023, la ESE mediante el radicado N° 20249300400953822 del 03.03.2024 aportó la respectiva información; sin embargo, la entrega debió efectuarse el 15.02.2024, situación que fue anunciada por la SDPSS con el radicado N° 20234100301032741 del 21.06.2023.

De lo anterior, si bien fueron detectados reiterativos retrasos durante la gestión evaluada, también lo es que, en la vigencia 2024, igualmente se identificó que fueron superados los tiempos definidos para el PMI presentado por la ESE.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 1. Efectuar monitoreo a los tiempos regulados para la entrega de información referente a PMI**, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación, toda vez que se hace necesario que, por parte del líder del proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, en coordinación con las partes interesadas, para el caso la SDPSS, se efectúen los seguimientos respecto de los tiempos en que los vigilados deben reportar la información, para el caso, lo atinente a PMI, controles que permitirían generar las alertas a que haya lugar y disminuir la probabilidad que este tipo de conductas puedan afectar la debida ejecución de esta temática.

➤ Como resultado del monitoreo y seguimiento de la vigencia 2023 del PMI de la ESE Hospital José María Córdoba de Concepción, Antioquia, la SDPSS mediante radicado N° 20244100301081241 del 24.05.2024, se informó a la Secretaría Seccional de Salud y se reportó ante el Sistema de Información Hospitalario (SIHO), que la ESE cumplió con las metas establecidas en el PMI para garantizar la prestación de los servicios de salud.

b. Programa de mejoramiento Institucional ESE Hospital Materno Infantil de Soledad del Municipio de Soledad Departamento Atlántico.

Con radicado N° 2-2021-035045 del 07.07.2021, el Ministerio de Hacienda informó a la Superintendencia Nacional de Salud que, la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, debía ser incluida en el PMI.

Con radicado N° 20224100300440851 del 31.03.2022, la Superintendencia Nacional de Salud citó a la ESE a una mesa de trabajo virtual el 4 de abril de 2022.

Con radicado HMIS-OFE-0112-2022 del 05.07.2022, el representante legal de la ESE informó "(...) desistimos de nuestra solicitud de acogimiento a un Proceso de Acuerdo y Reestructuración de Pasivos (Ley 550 de 1999) y, en su lugar, petitionamos sometimiento a un Plan de Mejora Institucional (PMI)".

En este sentido, la SDPSS, en reunión desarrollada el día 19.07.2022, brindó asistencia técnica a la Secretaría de Salud Departamental, a la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad y la Alcaldía de Soledad, respecto del PMI.

Con radicado N° 20224100301002551 del 21.07.2022, la SDPSS solicitó al vigilado que en un plazo de ocho (8) días hábiles, remita la información referente al PMI, atendiendo la "Presentación del Programa de Mejoramiento Institucional de la Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad." en la capacitación realizada.

En atención a este requerimiento, la ESE solicitó una prórroga de veinte (20) días hábiles para el envío del PMI mediante radicado N° 20229300401749542 del 02.08.2022, a lo cual, la SDPSS, mediante radicado N° 20224100301082881 del 05.08.2022, otorgó diez (10) días hábiles adicionales para el cumplimiento del envío.

El 22.08.2022, con radicado N° 20229300401928532, el vigilado remitió el PMI, junto con sus respectivos soportes documentales, cumpliendo con el plazo otorgado.

Finalmente, la SDPSS, mediante radicado N° 20224100301699641 del 01.12.2022, remitió al vigilado concepto de viabilidad del PMI.

En este punto del análisis, se determinó que para esta ESE no se establecieron plazos en el oficio de respuesta, para el envío de los avances del PMI, a diferencia de las otros vigilados.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 1. Efectuar monitoreo a los tiempos regulados para la entrega de información referente a PMI**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

➤ Una vez aprobada la viabilidad del PMI por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, el vigilado efectuó la primera entrega del seguimiento referente al primer trimestre del período 2023 el 16.05.2023, mediante radicado N° 20239300401533622.

Mediante radicado N° 20239300402747622 del 16.08.2023, el vigilado efectúa la segunda entrega del seguimiento al PMI referente al segundo trimestre del período 2023. Ahora bien, respecto de la tercera entrega alusiva al tercer trimestre del periodo 2023, fue remitida con radicado N° 20235500004074422 del 11.11.2023.

La cuarta entrega del seguimiento al PMI por parte del vigilado, fue remitida mediante radicado N° 20249300401181392 del 15.03.2024.

Como resultado del monitoreo y seguimiento de la vigencia 2023 del PMI de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, la SDPSS mediante radicado N° 20244100301081181 del 24.05.2024, informó a la Secretaría Seccional de Salud y se reportó ante el Sistema de Información Hospitalario (SIHO), que la ESE cumplió con las metas establecidas en el PMI para garantizar la prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, frente a la fecha anteriormente señalada, por parte de la SDPSS fueron superados los tiempos para emitir concepto de viabilidad, esto de conformidad a lo señalado en “Manual del Programa de Mejoramiento Institucional - PMI”, el cual señala que, “El equipo técnico contará con 10 días hábiles para definir su viabilidad” y con ello, lo definido en la nota N° 1 la cual indica que, “Para la evaluación de las evidencias remitidas por la Entidad Territorial y el envío del oficio de seguimiento, el equipo técnico tendrá un plazo no superior a 15 días hábiles”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 1. Efectuar monitoreo a los tiempos regulados para la entrega de información referente a PMI**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

c. Programa de Mejoramiento Institucional ESE Hospital Raúl Orjuela Bueno del Municipio de Palmira, Departamento Valle del Cauca

Con radicado N° 2-2021-035045 del 7 de julio de 2021, el Ministerio de Hacienda envió una remisión informando para que se incluyera en el PMI a la ESE Hospital Raúl Orjuela Bueno del municipio de Palmira, Departamento Valle del Cauca.

La SDPSS, mediante radicado N° 20224100300573701 del 10.05.2022, citó para la realización de la asistencia técnica relacionada con el PMI, a realizarse el día 17.05.2022.

Mediante radicado N° 20224100300659821 del 24.05.2022, la SDPSS solicitó al vigilado la presentación del PMI, en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir del recibo del correspondiente comunicado.

El vigilado, mediante radicado N° 20229300401656542 del 25.07.2022, remitió el PMI para su respectiva viabilidad por parte de la SDPSS.

Sin embargo, frente a la fecha anteriormente señalada, por parte de la SDPSS fueron superados los tiempos para emitir concepto de viabilidad, esto de conformidad a lo señalado en el *“Manual del Programa de Mejoramiento Institucional - PMI”*, el cual señala que, *“El equipo técnico contará con 10 días hábiles para definir su viabilidad”* y con ello, lo definido en la nota N° 1 la cual indica que, *“Para la evaluación de las evidencias remitidas por la Entidad Territorial y el envío del oficio de seguimiento, el equipo técnico tendrá un plazo no superior a 15 días hábiles”*.

El vigilado, mediante radicado 20224100301719321 del 07.12.2022, remite el PMI, de lo cual, la SDPSS, con comunicado radicado N° 20234100300016331 del 11.01.2023, emite concepto de viabilidad.

Períodos y fechas máxima para reportar PMI	
Trimestre	Fecha Máxima de Envío
Enero a marzo de 2023	30 de abril de 2023
Abril a junio de 2023	30 de julio de 2023
Julio a septiembre de 2023	30 de octubre de 2023
Octubre a diciembre de 2023	30 de enero de 2024

Tabla N° 5 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno / Información tomada del radicado N° 20234100300016331

El vigilado solicitó prórroga para la entrega de la información referente al primer trimestre, de lo cual la SDPSS con radicado N° 20234100300809701, el 18.05.2023, aprobó la solicitud para el primer envío del PMI.

Mediante radicado 20239300401595642 del 19.05.2023, el vigilado remitió el primer seguimiento, correspondiente al Primer Trimestre de 2023 del PMI.

La SDPSS el 02.08.2023, mediante radicado N° 202341003012672331, envió el informe de monitoreo y seguimiento del primer trimestre del PMI.

Mediante radicado N° 20235100002740572 del 15.08.2023, el vigilado remitió el segundo seguimiento de PMI, correspondiente al segundo trimestre de 2023.

La SDPSS el 12.10.2023, mediante radicado N° 20234100301778741, envió el informe de monitoreo y seguimiento del primer trimestre del PMI.

El vigilado, mediante radicado N° 20239300404079602 del 15.11.2023, remitió el tercer seguimiento de PMI, correspondiente al tercer trimestre de 2023.

La SDPSS, con radicado N° 20234100302372321 del 27.12.2023, envió el informe de monitoreo y seguimiento del tercer trimestre del PMI al vigilado.

El vigilado mediante radicado N° 20249300401185872 del 15.03.2024, remitió el último seguimiento del PMI, correspondientes al cuarto trimestre de 2023.

La SDPSS informó al vigilado mediante radicado N° 20244100301081221 del 24.05.2024, la culminación del PMI, concluyendo el cumplimiento de las metas establecidas.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 1. Efectuar monitoreo a los tiempos regulados para la entrega de información referente a PMI**, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

Se concluye entonces que, si bien fueron detectadas situaciones que deben ser objeto de mejora, también lo es que, de conformidad con la muestra objeto de evaluación, en este entendido, la SDPSS ejecutó acciones de IV, bajo la temática del PMI, las cuales contribuyen al mejoramiento del SGSSS, respecto de los vigilados objetos de mejoramiento institucional.

Finalmente, la Oficina de Control Interno reconoce que los funcionarios designados para las gestiones objeto de evaluación, cuentan con un alto conocimiento técnico respecto de las temáticas que les fueran asignadas, lo cual denota que son emprendidas acciones de IV que resultan aportar al fortalecimiento del SGSSS.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 1. Conocimiento técnico para el desarrollo de acciones de IV**, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

La Oficina de Control Interno, reconoce que los funcionarios designados para las gestiones objeto de evaluación, cuentan con un alto conocimiento técnico respecto de las temáticas que les fueran asignadas, lo cual denota que son emprendidas acciones de IV que resultan aportar al fortalecimiento del SGSSS.

1.1.2 Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS

Sea lo primero indicar que, entre otras normas, la Ley 1122 del 09.01.2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” señala en su artículo N° 35:

“A. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B.- Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste”. (Negrilla y subrayado extratextual)

Así mismo, la Resolución 3202 del 25.07.2016, “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la política de Atención Integral en Salud – PAIS y se dictan otras disposiciones”, señalando en su artículo N° 10 “Vigilancia y Control. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución. Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán generar y comunicar alertas en caso de incumplimiento a los mandatos de la presente resolución a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que ésta proceda a realizar las acciones pertinentes.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones de seguimiento y evaluación a las políticas del sector salud, que competen al Ministerio de Salud y Protección Social y a las Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital”.

Por último, el Decreto 1080 del 10.09.2021 en sus artículos, 3 y 4 señalan de manera conjunta que, la Superintendencia Nacional de Salud tiene como función “Ejercer Inspección, Vigilancia y Control” en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). A su vez,

los artículos 25 y 26, señalan como función de la SDPSS y la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios en Salud, entre otras situaciones, ordenar y adelantar la realización de visitas y comunicar los resultados a los sujetos vigilados; entonces, del preámbulo expuesto, se infiere que en efecto se faculta efectuar “seguimientos”.

Sin embargo, al validarse la alineación de esta temática respecto de lo regulado en la “*actividad clave de éxito*” objeto de auditoría, se identificó que no resulta ser lo suficientemente clara su aplicabilidad.

Ahora, se informó al equipo auditor de la Oficina de Control Interno, por parte de funcionarios de la SDPSS que participaron en las mesas de trabajo desarrolladas en virtud de la presente auditoría, que se avoca a las situaciones que se encuentran reguladas a través del “*Manual de Auditorías - ATMN01*”, de lo cual se identificó que en uno de sus apartes señala:

“Pueden realizarse seguimientos en campo, virtuales o documentales.

- Seguimiento en campo:

- Remitirse al capítulo “Planeación de la Auditoría” en los aspectos que apliquen.*
- En caso de que se generen hallazgos por situaciones distintas de las previamente evidenciadas y que son objeto de plan de mejoramiento, se debe remitir al capítulo “Ejecución de la auditoría”.*

Entonces, al informarse que, entre otros, “*pueden realizarse seguimientos en campo*”, y al remitirse a capítulos tanto de “*planeación*” como “*ejecución*” de auditorías, estos no hacen referencia puntual a la gestión efectuada de IV, desde el ámbito del “*seguimiento*”, máxime cuando entre otras situaciones se indica “*A continuación, se describen las actividades a realizar para las auditorías en campo: Tipología Auditoría Integral, Específica y Forense*”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito de “seguimiento”**, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

➤ Tal y como ya se ilustró, fueron objeto de evaluación un total de dos (2) actuaciones desarrolladas por parte de la SDPSS en virtud de ejecución de las “*Rutas Integrales de Atención en Salud*”, en adelante RIAS.

Con el objetivo de identificar metodología(s) y con ello herramientas aplicadas y conducentes a identificar los vigilados para que fueran objeto de “*Seguimiento*”, se aportó al equipo auditor, la matriz Excel denominada “*Resultados CHC 2022*”, la cual que contiene “*indicadores y puntajes finales*” así como “*criterios*”, los cuales se manifestó, permitieron entre otros, identificar los vigilados objetos de IV de manera semestral.

Ahora bien, se aportó información que da cuenta que, por parte de la Dirección de Innovación y Desarrollo, en adelante DID, mediante radicado N° 20241510000051773 del 23.05.2024, se remitió a la SDPSS, propuesta de cronograma para avanzar en la metodología de riesgos en salud para IPS, de lo cual, mediante radicado N° 20244000000054683 del 31.05.2024, la SDPSS emitió respuesta a la DID, informando “Una vez revisada la propuesta de cronograma y actividades para avanzar en la metodología de riesgos en salud para IPS, desde esta Delega se da aprobación a la misma, esperando que con la participación de ambas dependencias logremos alcanzar el objetivo”.

Sobre lo anterior, fue suministrado el formato denominado “Ficha técnica para el diseño de políticas, metodologías e instrumentos de IVC”, en el que se referencia el aludido cronograma, observándose la disposición de doce (12) “actividades” y con ello, “entregables”, así como “fecha programada de inicio y fin” para cada una de ellas.

El documento en cita, en unos de sus apartes señala:

- “Justificación” (...) “para esta Superintendencia Delegada **es fundamental contar con una metodología de priorización de sus vigilados** (prestadores de servicios de salud - IPS) que le permita adoptar las medidas oportunas correspondientes, de conformidad con sus competencias, a los prestadores que presenten los mayores riesgos identificados, con el fin de mejorar los resultados de salud, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad de los agentes del sector y la confianza de la población en el sistema”. (Negrillas y subrayado extratextual)
- “Identificar línea base” - “**Clasificación de IPS, metodología de riesgos en salud SMIS, metodología CHC**”
- “Identificar situación deseada” - “**Desarrollar la metodología de evaluación de riesgo en salud de las PSS que sirva como insumo para generar una clasificación de los vigilados de manera integral**”. (Negrillas y subrayado extratextual)

Entonces, se puede indicar que, si bien se han emprendido gestiones para el diseño y puesta en marcha de metodología tendiente a “evaluación del riesgo que sirva como insumo para la priorización de IPS, fundamentada en el modelo de supervisión integral del SGSSS”, también lo es, que a la fecha no se cuenta con instrumento formal para que defina de manera puntual las acciones que se deben desarrollar sobre el particular.

Precisando que la actividad con la que se finaliza y da cumplimiento al cronograma señala: “Ajuste a documento y versión final de acuerdo con las observaciones presentadas por los directivos”, con entregable “Documento versión final metodología”, sin que se aportara evidencia objetiva que diera cuenta la fase en que se encuentra esta temática, la cual inicio en noviembre de 23 y finaliza en diciembre de 2024.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 2. Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados** al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

Si bien es cierto existe(n) instrumento(s) para priorizar sujetos vigilados, también lo es que, el proceso y actividad clave de éxito “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” respecto de la gestión desarrollada a través de “Seguimiento en Campo” – RIAS, 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.

A continuación, se presenta el análisis respecto de la gestión desarrollada, teniendo como precedente que los vigilados que a continuación se relacionan, les fue efectuado “seguimiento en campo”, bajo el preámbulo que se encuentran en “Riesgo medio alto”, esto de conformidad a los análisis efectuados por parte de la SDPSS.

ESE Hospital de Repelón / Repelón - Atlántico	
Auto	2024410030000136-7 del 06.02.2024
Fecha ejecución visita	7 y 9 de febrero de 2024
Ordena	Realizar seguimiento en campo a la Empresa Social del Estado Hospital de Repelón
Equipo de trabajo	Se identificó la designación de tres (3) funcionarios de la Entidad, así como líder del seguimiento
Acta de apertura y cierre del seguimiento	Suscrita respectivamente el 7 y 9 de febrero de 2024
Traslado Concepto Técnico	Radicado N° 20244100300398601 del 12 de marzo de 2024 firmado por la Dirección de IV para Prestadores de servicios en Salud
Resultados del Seguimiento	Alertas: Dieciocho (18) Compromisos: Dieciocho (18)
Plazo de ejecución	Seis (6) meses
Fecha máxima remisión soportes cumplimiento alertas – compromisos (Bimensual)	Abril / marzo 2024, el 3 de mayo de 2024 Mayo / junio 2024, el 3 de julio de 2024 Julio / agosto 2024, el 3 de septiembre de 2024
Otras Instrucciones	<i>“Resulta necesario recordar que el incumplimiento de las órdenes impartidas por esta Superintendencia podrá dar lugar a las sanciones previstas en la normatividad legal vigente, según con lo dispuesto en el artículo 130, numeral 7 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3, de la ley 1949 de 2019, específicamente el numeral 18 “Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud”.</i>
Reporte Vigilado primer seguimiento Abril / marzo, el 03.05. 2024	Por parte de la SDPSS, solo hasta el 11.06.2024 se efectúa “Reiteración remisión primer seguimiento”, mediante radicado N° 20244100301188351. “Por lo anterior se requiere remitir la información completa, para lo cual se otorga un término de tres (3) días hábiles contados a partir del día siguiente del recibo del presente oficio, con los soportes correspondientes y de acuerdo con las instrucciones dadas en concepto técnico y comunicado N. 20244100300398601 del 12 de marzo de 2024”.

ESE Hospital de Repelón / Repelón - Atlántico	
	Mediante radicado N° 20245500002734382 del 18.06.2024 el vigilado remite reporte del primer seguimiento.
Evaluación primer seguimiento SDPSS	Por parte de la SDPSS, mediante radicado N° 20244100301906481 del 29.08.2024, se efectúa, "Primer seguimiento a compromisos de las alertas generadas en el marco de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud". Indicando al vigilado: "Respecto a los dieciocho (18) compromisos que tiene la ESE, se evidencia en el monitoreo que solo aportaron avances de cinco (5), equivalente al 27.7% de cumplimiento. Al respecto, se requiere que la ESE continúe implementado las acciones para dar cumplimiento a los compromisos derivados de las alertas generadas, toda vez que las evidencias aportadas son insuficientes para superar las fallas evidenciadas en los procesos financieros y técnico científicos evaluados a la ESE por esta Superintendencia".
Reporte Vigilado segundo seguimiento Abril / marzo, el 03.07.2024	Mediante radicado N° 20249300403012932 del 04.07.2024 el vigilado remite reporte del segundo seguimiento.
Evaluación segundo seguimiento SDPSS	Por parte de la SDPSS, mediante radicado N° 20244100301905971 del 29.08.2024, se efectúa "Segundo seguimiento a compromisos de las alertas en el marco de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud". Indicando al vigilado: "Se le reitera que la ESE Hospital de Repelón que debe enviar los soportes de los compromisos generados para poder realizar el segundo seguimiento para subsanar las alertas, en un plazo máximo de (3) días hábiles contados a partir del día siguiente al recibo de la presente comunicación, es decir el día 2 de septiembre de 2024"
Reporte Vigilado tercer seguimiento Julio / agosto, el 03.09.2024	Mediante radicado N° 20249300404083372 del 03.09.2024, el vigilado informa "solicitamos se sirvan a brindarnos asistencia técnica" Mediante radicado N° 20244100301997151 del 09.09.2024, la SNS informa al vigilado "teniendo en cuenta lo anterior, la ESE debió radicar ante este despacho el ultimo seguimiento, teniendo en cuenta que a la fecha el porcentaje de cumplimiento de los compromisos es del 27.7%". Adicionalmente, sobre la solicitud realizada por la ESE con relación a "(...) brindarnos asistencia técnica con el fin de conocer a detalle de lo requerido ante los hallazgos encontrados por ustedes en la ESE HOSPITAL DE REPELON", se informa que se programa una reunión de manera virtual vía teams para el miércoles 11 de septiembre de 2024 de 2:00 pm a 3:00 pm. El enlace mediante el cual podrán acceder a la reunión será enviado al correo electrónico gerencia@hospitalderepelon.gov.co. Al respecto se precisa que la programación de la reunión en mención no cambia o altera los tiempos de respuesta del seguimiento solicitado, plazo que venció el día 03 de septiembre de 2024" De solicitud efectuada por el vigilado, el 11 de septiembre de 2024, se desarrolló "asistencia técnica". Mediante radicado N° 20249300404270122 del 11.09.2024, el vigilado efectúa solicitud de "prórroga", la cual fue despachada favorablemente mediante radicado N° 20244100302126711 del 23.09.2024, otorgándose

ESE Hospital de Repelón / Repelón - Atlántico	
	única vez prórroga de diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibo del presente oficio Mediante radicado N° 20249300404629402 del 03.10.2024, el vigilado remite tercer informe para el último seguimiento.
Evaluación tercer seguimiento SDPSS	A la fecha de la presente auditoría, no fue aportada información que diera cuenta de evaluación al tercer seguimiento y con ello indicar cumplimiento o no de las acciones suscritas, esto es Alertas (18) y Compromisos (18) y con ello, si fueron subsanadas las situaciones detectadas.

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

▪ Al advertirse al vigilado que, *“En este punto resulta necesario recordar que el incumplimiento de las órdenes impartidas por esta Superintendencia podrá dar lugar a las sanciones previstas en la normatividad legal vigente, según con lo dispuesto en el artículo 130, numeral 7 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3, de la Ley 1949 de 2019, específicamente el numeral 18 “Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud”, de lo cual, fue indicado al equipo auditor de la Oficina de Control Interno, que este tipo de ejercicios, no disponen de la formulación de planes de mejoramiento por parte del sujeto vigilado, por tratarse de actuaciones preventivas, con enfoque en riesgos; entonces sería pertinente que por parte del proceso y sus partes interesadas, en este caso la SDPSS, se analice si en efecto, a través de comunicado, deba señalársele al vigilado lo contenido en el numeral 18 del referido artículo, o por lo contrario, lo citado en otros numerales como por ejemplo el 17 del mismo artículo, el cual señala “Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud”. (Negritas y subrayados extratextuales)*

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 2. Analizar instrucciones impartidas al Vigilado**, al proceso *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación, al líder del proceso *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*, para que en coordinación con las partes interesadas, para el caso la SDPSS, se analice la pertinencia de que a través de comunicado, deba señalársele al vigilado lo contenido en el numeral 18 del referido artículo, o por lo contrario, lo citado en el numeral 17 del mismo artículo el cual señala *“Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud”*, máxime cuando por parte de éstos, frente a la actuación de IV efectuada a través de *“seguimiento”*, no debe emprender la formulación de *“planes de mejoramiento”* por parte del sujeto vigilado, por tratarse, según se expuso, de actuaciones preventivas, con enfoque basado en riesgos.

▪ Al considerarse nuevamente lo manifestado por parte de funcionarios de la SDPSS que participaron en las mesas de trabajo desarrolladas en virtud de la presente auditoría, que

se avoca a las situaciones que se encuentran reguladas a través del “Manual de Auditorías - ATMN01”, si bien puede existir común denominador en algunas actuaciones, también lo es que instrumentos como el “Auto de Auditoría – ATFT01” y “Acta de auditoría - ATFT02”, difieren de los utilizados para efectos del “seguimiento”, esto es “Acta de Seguimiento y Evaluación” auditoría - SEFT08” y “Auto de Seguimiento en campo – SEFT18”.

Así mismo, del “seguimiento” ejecutado por cuenta de la SDPSS, y de los documentos vigentes en el Sistema Integrado de Gestión, en adelante SIG, y que fueron consultados, no se identificaron los términos “Alertas” y “Compromisos”.

Por lo tanto, no es dable que se instruya al lector que, se “remita” a capítulos de “planeación” y “ejecución”, sin que se disponga de manera clara y precisa que elementos deben considerarse y aplicarse en los “seguimientos”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

▪ Bajo el contexto que fueron establecidos tiempos para que por parte del vigilado se remitieran las acciones que atendieran “alertas” y “compromisos” generados en virtud del “seguimiento”, el primer reporte debió efectuarse por parte del vigilado el 03.05.2024, situación que no se materializó y que motivó solo hasta el 11.06.2024, a que por parte de la SDPSS, se efectuara “Reiteración remisión primer seguimiento”, esto mediante radicado N° 20244100301188351; otorgándose un término de tres (3) días contados a partir del día siguiente del recibo del comunicado.

De lo cual la Superintendencia Nacional de Salud obtuvo respuesta el día 18.06.2024, situación que, de alguna manera, puede afectar los tiempos definidos inicialmente y con ello oportunidad en la mejora que debe emprenderse por parte del vigilado; sin embargo y para el caso en particular, para el segundo y tercer reporte, no se identificaron demoras en estos.

▪ Es preciso indicar que, en el comunicado anteriormente citado, si bien se hace alusión al “Hospital de Repelón”, también lo es que el número, fecha del auto y realización de la visita (“Auto 2024410030000360-7 del 11 de abril de 2024, llevado a cabo durante los días del 17 al 19 de abril de 2024”), resultan ser distintos a los que efectivamente fueron expedidos.

▪ En el entendido que el “seguimiento” finalizó, el 09.02.2024 y fue remitido al vigilado el 12.03.2024, al instruirse al lector que, se “remita” a capítulos de “planeación” y “ejecución”, se indica en uno de sus apartes “El tiempo para la elaboración del informe se contará a partir del siguiente día hábil a la fecha de la finalización de la comisión” (...), entonces, ¿Qué tiempos

deben ser tenidos en cuenta respecto de lo establecido en el “Manual de Auditorías”? Consultando entonces el documento en cita, se tiene lo siguiente:

“De acuerdo con el tipo de auditoría, la entrega del informe por el equipo auditor se realizará teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

Auditoría específica: máximo 20 días hábiles.

Auditoría integral y documental: máximo 30 días hábiles.

Auditoría integral (habilitación EAPB): máximo 60 días calendario.

Auditoría Forense: según lo establecido en el Manual de Auditoría Forense”.

Situación que nuevamente resulta dar relevancia a que se disponga de manera clara y precisa qué elementos deben considerarse y aplicarse en los “seguimientos”, toda vez que el contexto en que se dispone la temática tanto en la “actividad clave de éxito” como otros documentos, resulta ser ambiguo y subjetivo, además de confuso para quienes operativamente no conocen el que hacer en esta materia.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 1. Regular de la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA.

▪ Instrumentos como el “Informe de Auditoría – ATFT03”, difiere del utilizado para efectos del “seguimiento”, esto es “Concepto Técnico de Seguimiento y Evaluación - SEFT07”, por lo tanto, no es dable que se instruya al lector que, se “remita” a capítulos de “planeación” y “ejecución”, cuando elementos como el último descrito no son siquiera relacionados tanto en la “actividad clave de éxito” y el documento objeto de consulta (manual), sin que se disponga de manera clara y precisa que elementos deben considerarse y aplicarse en los “seguimientos”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 1. Regular de la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA.

▪ De la solicitud efectuada por el vigilado mediante radicado N° 20249300404083372 del 03.09.2024, respecto de la “asistencia técnica”, por parte de la SDPSSS a través de radicado N° 20244100301997151 del 09.09.2024, se informó al vigilado de la programación de reunión el 11.09.2024.

El comunicado además indica que: “Al respecto se precisa que la programación de la reunión en mención no cambia o altera los tiempos de respuesta del seguimiento solicitado, plazo que venció el día 03 de septiembre de 2024”.

De lo cual, no se observó que, con antelación, se efectuara actuación por parte de la SDPSS referente a emitir, como ya operó en otro momento, “reiteración” sobre el particular.

Mediante radicado N° 20249300404270122 del 11.09.2024, el vigilado efectúa solicitud de “prórroga”, la cual fue despachada favorablemente mediante radicado N° 20244100302126711 del 23.09.2024, otorgándose por única vez “prórroga” de diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibo del presente oficio

Por último, mediante radicado N° 20249300404629402 del 03.10.2024, el vigilado remite tercer informe para el último seguimiento, esto es, un mes después de la fecha máxima de entrega de seguimiento establecida.

De lo anteriormente descrito, se puede observar que, pese a que se indicó al vigilado: “(...) **se precisa que la programación de la reunión en mención no cambia o altera los tiempos de respuesta del seguimiento solicitado, plazo que venció el día 03 de septiembre de 2024**”, como ya se expuso, de manera extemporánea se efectuó solicitud por parte del vigilado y con ello aprobación de prórroga de entrega de información, evento que resulta contrario a lo instruido, situación que evidentemente, en los términos utilizados en el comunicado, “cambió” y “alteró” los tiempos de entrega máxima establecidos para el “seguimiento”; aunado a que al avocar lo regulado en el “Manual de Auditorías”, en donde en uno de sus apartes señala: “En el caso que el vigilado requiera una prórroga, ésta debe ser solicitada formalmente en el marco del plazo inicial. De ser procedente, se le otorgará un término que no supere la mitad del inicialmente concedido”, definitivamente materializa la concesión de términos adicionales sin que haya mediado solicitud que anteceda o se encuentre en el “marco del plazo inicial” de los plazos inicialmente fijados. (Negrillas y subrayados extratextuales)

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 1. Aprobación de prórrogas extemporáneas para suministro de información por parte del vigilado**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera no conformidad, toda vez que se evidenció extemporaneidad tanto en la solicitud efectuada por parte del vigilado y con ello aprobación de “prórroga” de entrega de información, evento que resulta contrario a lo instruido, situación que evidentemente, en los términos utilizados en el comunicado, “cambió” y “alteró” los tiempos de entrega máxima establecidos para el “seguimiento”.

▪ Lo anterior, derivado de solicitud efectuada por el vigilado el 03.09.2024, respecto de “asistencia técnica”, y de la respuesta emitida por parte de la SDPSS el 09.09.2024, se informó al vigilado de la programación de reunión el 11.09.2024, precisándose que “(...) **la programación de la reunión en mención no cambia o altera los tiempos de respuesta del seguimiento solicitado, plazo que venció el día 03 de septiembre de 2024**” (Negrilla y subrayado

extratextual), al efectuarse solicitud de “prórroga”, por parte del vigilado el día 11.09.2024, respecto de la entrega de informe del tercer seguimiento y al ser aprobada favorablemente el 23.09.2024, el vigilado allegó lo correspondiente a la SNS el 03.10.2024, esto es, un mes después de la fecha máxima de entrega de seguimiento establecida, esto es 03.09.2024.

Entonces, al identificarse que por parte del vigilado se superaron los tiempos para remisión del informe, y al amparo de lo regulado en el artículo 3, de la Ley 1949 de 2019, específicamente el numeral 17 el cual señala “Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud” (Negrilla y subrayado extratextual), debe analizarse si esta actuación constituye una infracción administrativa y con ello, determinar si la misma debería ser objeto de traslado a las instancias competentes.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 3. Analizar traslado a las instancias competentes por posible incumplimiento por parte del vigilado, respecto de instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera observación, al evidenciarse que, por parte del vigilado fueron superados los tiempos para la remisión del tercer seguimiento, entonces, debe ser objeto de análisis si esta situación constituyó una presunta infracción administrativa, que demandaría el traslado a las instancias competentes, esto bajo el amparo de lo regulado en el artículo 3, de la Ley 1949 de 2019, específicamente el numeral 17 el cual señala “Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud” (Negrilla y subrayado extratextual). Por ello, en atención al “autocontrol” que promulga el Modelo Estándar de Control Interno, se pone a consideración evaluar si esta situación resulta ser reiterativa en otras actuaciones que sobre el particular se desarrollan, de ser así, deben emprenderse las gestiones que se consideren necesarias a fin de atender esta situación.

▪ Si bien el alcance en tiempo de la presente auditoría es de enero a agosto de la vigencia 2024, también lo es que, a la fecha de ejecución de esta, no fue aportada información que diera cuenta de evaluación al tercer seguimiento y con ello indicar cumplimiento o no de las acciones suscritas, esto es “Alertas” (18) y “Compromisos” (18) y con ello, si fueron subsanadas las situaciones detectadas.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 3. Gestionar acciones tendientes a culminar el proceso de “Seguimiento” respecto de la actuación efectuada a la ESE Hospital de Repelón**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación al líder del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, para que en coordinación con las partes interesadas, para el caso la SDPSS, se efectúen las gestiones que se consideren pertinentes y necesarias a fin de concluir en todo su ciclo el “Seguimiento” efectuado a la “ESE Hospital de Repelón / Repelón – Atlántico”, escenario que permitirá determinar si en efecto las situaciones que fueron detectas y que conllevaron a la formulación de “alertas” y “compromisos” fueron subsanados, o por el contrario, se debe dar tránsito a otras actuaciones dispuestas por la entidad, como lo son traslados internos o externos según aplique; aspectos que redundan en la adecuada prestación de servicios en salud para los habitantes que hacen uso del vigilado objeto de IV.

ESE Hospital Santa Isabel / San Pedro de los Milagros - Antioquia	
Auto	2024410030000360-7 del 11.04.2024
Fecha ejecución visita	17 al 19 de abril de 2024
Ordena	Realizar seguimiento en campo a la Empresa Social del Estado Hospital Santa Isabel
Equipo de trabajo	Se identificó la designación de tres (3) funcionarios de la Entidad, así como líder del seguimiento
Acta de apertura y cierre del seguimiento	Suscrita respectivamente el 17 y 19 de abril de 2024
Traslado Concepto Técnico	Rad. N° 20244100301138161 del 31 de mayo de 2024 firmado por la Dirección de IV para Prestadores de servicios en Salud
Resultados del Seguimiento	Alertas: Quince (15) Compromisos: Veintiuno (21)
Plazo de ejecución	Seis (6) meses
Fecha máxima remisión soportes cumplimiento alertas – compromisos (Bimensual)	Abril / mayo 2024, el 13 de junio de 2024 Junio / julio 2024, el 13 de agosto de 2024 Agosto / septiembre 2024, el 13 de octubre de 2024
Otras Instrucciones	<i>“Resulta necesario recordar que el incumplimiento de las órdenes impartidas por esta Superintendencia podrá dar lugar a las sanciones previstas en la normatividad legal vigente, según con lo dispuesto en el artículo 130, numeral 7 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3, de la ley 1949 de 2019, específicamente el numeral 18 “Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud”</i>
Reporte Vigilado primer seguimiento Abril / mayo, el 13.06.2024	Mediante radicado N. 20249300402673912 del 14.06.2024, el vigilado remite reporte del primer seguimiento.

ESE Hospital Santa Isabel / San Pedro de los Milagros - Antioquia	
Evaluación primer seguimiento SDPSS	Por parte de la SDPSS, mediante radicado N° 20244100301921121 del 01.09.2024 de 2024, se efectúa, "Primer seguimiento a compromisos de las alertas generadas en el marco de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud". Indicando al vigilado: "Respecto a los veintiún (21) compromisos que tiene la ESE, se evidencia en el monitoreo de seguimiento y ejecución que, cumplieron en su totalidad once (11) compromisos, equivalente al 52%, se presentan nueve (9) compromisos con cumplimiento parcial equivalente al 43% y un (1) compromiso no cumplido".
Reporte Vigilado segundo seguimiento Junio / julio, el 13.08.2024	Mediante radicado N° 20249300403719212 del 14.08.2024 el vigilado remite reporte del segundo seguimiento.
Evaluación segundo seguimiento SDPSS	Por parte de la SDPSS, mediante radicado N° 20244100302178961 del 01.10.2024, se efectúa "Segundo seguimiento a compromisos de las alertas en el marco de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud". Se indicó además al vigilado que: "En consecuencia, este despacho procedió a validar la información suministrada por la ESE a través del radicado de la referencia correspondiente al segundo seguimiento de ejecución de los compromisos establecidos. Respecto a los veintiún (21) compromisos que tiene la ESE, se evidencia en el monitoreo de seguimiento y ejecución que, cumplieron en su totalidad doce (12) compromisos, equivalente al 57%, se presentan nueve (9) compromisos con cumplimiento parcial equivalente al 43%".
Reporte Vigilado tercer seguimiento Agosto / septiembre, el 13.10. 2024	Mediante radicado N° 20249300404629402 del 16.10.2024, el vigilado remite tercer informe para el último seguimiento.
Evaluación tercer seguimiento SDPSS	A la fecha de la presente auditoría, no fue aportada información que diera cuenta de evaluación al tercer seguimiento y con ello indicar cumplimiento o no de las acciones suscritas, esto es Alertas (15) y Compromisos (21) y con ello, si fueron subsanadas las situaciones detectadas.

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

▪ Al advertirse al vigilado que, "En este punto resulta necesario recordar que el incumplimiento de las órdenes impartidas por esta Superintendencia podrá dar lugar a las sanciones previstas en la normatividad legal vigente, según con lo dispuesto en el artículo 130, numeral 7 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3, de la Ley 1949 de 2019, específicamente el numeral 18 "Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud", de lo cual, fue indicado al equipo auditor de la Oficina de Control Interno, que este tipo de ejercicios, no disponen de la formulación de planes de mejoramiento por parte del sujeto vigilado, por tratarse de actuaciones preventivas, con enfoque en riesgos; entonces sería pertinente que por parte del proceso y sus partes interesadas, en este caso la SDPSS, se analice si en efecto, a través de comunicado, deba señalársele al vigilado lo contenido en el numeral 18 del referido artículo, o por lo contrario, lo citado en otros numerales como por ejemplo el 17 del mismo artículo, el cual señala "Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud". (Negrillas y subrayados extratextuales)

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 2. Analizar instrucciones impartidas al Vigilado**, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

▪ Al considerarse nuevamente lo manifestado por parte de funcionarios de la SDPSS que participaron en las mesas de trabajo desarrolladas en virtud de la presente auditoría, se avocaron las situaciones que se encuentran reguladas a través del “*Manual de Auditorías - ATMN01*”, así las cosas, si bien puede existir común denominador en algunas actuaciones, también lo es que instrumentos como el “*Auto de Auditoría – ATFT01*” y “*Acta de auditoría - ATFT02*”, difieren de los utilizados para efectos del “*seguimiento*”, esto es “*Acta de Seguimiento y Evaluación*” auditoría - SEFT08” y “*Auto de Seguimiento en campo – SEFT18*”.

Así mismo, del “*seguimiento*” ejecutado por cuenta de la SDPSS, y de los documentos vigentes en el Sistema Integrado de Gestión, en adelante SIG, y que fueron consultados, no se identificaron los términos “*Alertas*” y “*Compromisos*”.

Por lo tanto, no es dable que se instruya al lector que, se “*remita*” a capítulos de “*planeación*” y “*ejecución*”, sin que se disponga de manera clara y precisa que elementos deben ser considerarse y aplicarse en los “*seguimientos*”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”** al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

▪ En el entendido de que el “*seguimiento*” finalizó, el 19 de abril de 2024 y fue remitido al vigilado el 31 mayo de la misma anualidad, al instruirse al lector que, se “*remita*” a capítulos de “*planeación*” y “*ejecución*”, se indica en uno de sus apartes “*El tiempo para la elaboración del informe se contará a partir del siguiente día hábil a la fecha de la finalización de la comisión (...)*”, entonces, ¿Qué tiempos deben ser tenidos en cuenta respecto de lo establecido en el “*Manual de Auditorías*”? Al respecto el documento indica:

“*De acuerdo con el tipo de auditoría, la entrega del informe por el equipo auditor se realizará teniendo en cuenta los siguientes parámetros:*

Auditoría específica: máximo 20 días hábiles.

Auditoría integral y documental: máximo 30 días hábiles.

Auditoría integral (habilitación EAPB): máximo 60 días calendario.

Auditoría Forense: según lo establecido en el Manual de Auditoría Forense”.

Situación que nuevamente resulta dar relevancia a que se disponga de manera clara y precisa que elementos deben considerarse y aplicarse en los “*seguimientos*”, toda vez que el contexto en que se dispone la temática tanto en la “*actividad clave de éxito*” como otros

documentos, resulta ser ambiguo y subjetivo, además de confuso para quienes operativamente no conocen el que hacer en esta materia.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”** al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

- Instrumentos como el “Informe de Auditoría – ATFT03”, difiere con el utilizado para efectos del “seguimiento”, esto es “Concepto Técnico de Seguimiento y Evaluación - SEFT07”, por lo tanto, no es dable que se instruya al lector que, se “remita” a capítulos de “planeación” y “ejecución”, cuando elementos como el último descrito no son siquiera relacionados tanto en la “actividad clave de éxito” y el documento objeto de consulta (manual), sin que se disponga de manera clara y precisa que elementos deben ser considerarse y aplicarse en los “seguimientos”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”** al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA.

- Si bien el alcance en tiempo de la presente auditoría es de enero a agosto de la vigencia 2024, también lo es que, a la fecha de ejecución de esta, no fue aportada información que diera cuenta de evaluación al tercer seguimiento y con ello indicar cumplimiento o no de las acciones suscritas, esto es “Alertas” (15) y “Compromisos” (21) y con ello, si fueron subsanadas las situaciones detectadas.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 3. Gestionar acciones tendientes a culminar el proceso de “Seguimiento” respecto de la actuación efectuada a la ESE Hospital Santa Isabel / San Pedro de los Milagros**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

Entonces se concluye, que si bien fueron detectadas situaciones que deben ser objeto de mejora, también lo es que, de conformidad con la muestra objeto de evaluación, la SDPSS ejecutó acciones de IV, bajo la temática de RIAS, las cuales contribuyen al mejoramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de los vigilados objetos de “Seguimiento”.

Finalmente, la Oficina de Control Interno reconoce que los funcionarios designados para las gestiones objeto de evaluación, cuentan con un alto conocimiento técnico respecto de las temáticas que les fueran asignadas, lo cual denota que son emprendidas acciones de IV que resultan aportar al fortalecimiento del SGSSS.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Conformidad N° 1. Conocimiento técnico para el desarrollo de acciones de IV**, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

1.1.3 Seguimiento implementación Sistema Integrado de Riesgos de IPS – SIR-IPS

Es importante indicar que el numeral 7 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021 señala como función de la Superintendencia Nacional de Salud, “*Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la gestión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social, incluidos los riesgos sistémicos*”, así mismo, el numeral 1 del artículo 25 del mismo Decreto señala, como función de la SDPSS “*Ejercer inspección, vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud, sobre la gestión de los riesgos inherentes al sistema y el cumplimiento de las normas que lo regulan*”.

En ese sentido, la Oficina de Control Interno realizó evaluación y verificación de la información documentada que sirvió como soporte de la acción IV “*Seguimiento Implementación Sistema Integrado de Riesgos IPS*” (en adelante SIR-IPS), por parte de la SDPSS, tomando como muestra el sujeto vigilado relacionado en la siguiente tabla:

RIESGOS IPS		
N.	Nombre	Municipio - Departamento
1	Clínica Imbanaco S.A.S.	Valle del Cauca

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

Al realizar evaluación respecto de la aplicabilidad de la actividad clave de éxito “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, y la relación que guarda con la información documentada aportada por la SDPSS, en la acción SIR-IPS para la “*Clínica Imbanaco SAS*”, para identificar el fundamento que dio lugar al criterio utilizado que determinaría la priorización del sujeto vigilado al cual se le realizaría la acción IV, se informó al equipo auditor que, “*Se tomó como referencia, las circulares externas 4-5 de 2021, “Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración del riesgo”; Circular externa 5-5 de 2021, Instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) (...); Circular externa 3-5 de 2022 “Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial (...)*”.

Lo que en efecto, apalanca las directrices e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, que permiten a las IPS de los grupos B, C1, C2 Y D1 públicos, privados y mixtos, identificar en un ejercicio de autocontrol y autorregulación la ocurrencia de eventos que impacten negativamente los objetivos del SGSSS, lineamientos que fueron objeto de verificación y monitoreo a la gestión del riesgo del sujeto vigilado (IPS Imbanaco SAS), por parte de la SDPSS, esto, en las fechas del 17 al 21.06.2024.

En concordancia con lo anterior, se pudo evidenciar que la SDPSS, realizó un acercamiento en el primer semestre de año 2023, con las IPS acreditadas de los grupos B, C1, C2 Y D1, de lo cual, se efectuó requerimiento respecto del aporte información a través de la herramienta denominada “Autodiagnóstico” (Microsoft Forms), cuyo objetivo era medir el grado de avance o nivel de implementación del “Código de Conducta y Buen Gobierno”, en adelante CCBG, de los subsistemas de administración de riesgos y del “Programa de Transparencia y Ética Empresarial”, en adelante PTEE, de tal forma que los sujetos vigilados realizarían su propia evaluación frente al cumplimiento e implementación de los componentes citados en líneas arriba, cuyo resultado concluiría en la priorización de las actividades y sujeto vigilado al cual se realizaría la acción IV.

Es así como, se realizó verificación y análisis a los instrumentos utilizados y que tiene asidero en la herramienta de Excel denominada “Autodiagnóstico - tabla de resultados – Lineamientos generales y Lineamientos Específicos” por parte de la SDPSS, generando el siguiente análisis por parte del equipo auditor:

a. Los datos denominados: Lineamientos generales, contabiliza un total ciento quince (115) registros de vigilados objeto de la acción IV, con porcentaje percentil **“Alto”** en rangos que oscilan entre 80,34% y 100%, siendo el resultado del porcentaje percentil de 97,50% para la IPS Clínica Imbanaco SAS, sin embargo, se evidencian cifras porcentuales más altas a la que ostenta la IPS en mención y en relación con los demás vigilados identificados en la tabla de resultados, lo que al entendimiento del grupo auditor, los porcentajes que superan el 97,50%.

b. Respecto de los lineamientos específicos, se contabilizó un total de ciento siete (107) registros de vigilados objeto de la acción de IV, con un porcentaje percentil **“Alto”**, en rangos que oscilan entre 80,19% y 100%, siendo el resultado del porcentaje percentil de 91,00% para la IPS Clínica Imbanaco SAS, sin embargo, se evidencian cifras porcentuales más altas a la que ostenta el vigilado y en relación con los demás vigilados identificados en la tabla de resultados, lo que al entendimiento del grupo auditor, los porcentajes que superan el 91,00%.

Es decir, para los dos (2) lineamientos, se identificó que los niveles de rango más altos podrían tener mayor relevancia al momento de tomar la decisión frente al vigilado objeto de la acción IV a desarrollar, que, en términos generales, y respecto del funcionamiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud podría haber cobrado mayor impacto la selección del sujeto vigilado.

En ese sentido, se pudo señalar frente al insumo que se relaciona en texto anterior, que esta información no determina de forma clara y precisa cual fue el criterio por medio del cual se generó la debida priorización, así mismo, cuál fue la razón que se tuvo en cuenta para determinar que la IPS Clínica Imbanaco SAS, sería objeto de la acción IV por parte de la SDPSS, que diera cuenta del “Grado de avance o nivel de implementación del Código de

Conducta y Buen Gobierno (CCBG) de los Subsistemas de Administración de Riesgos y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE)”.

Entonces, si bien se evidenciaron instrumentos y herramientas que de alguna manera permiten a la SDPSS desarrollar temáticas tendientes a identificar los sujetos vigilados objeto de evaluación, también lo es que no se cuenta con una metodología que de manera clara y precisa indique el qué hacer para determinar la selección de éstos, lo cual, contribuirá a la eficacia del objetivo en cumplimiento de lo señalado en las normas que para tal fin fueron creadas, tal es el caso de: *“Código de Conducta y Buen Gobierno (CCBG) de los Subsistemas de Administración de Riesgos y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE)”* enfocados desde el proceso *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 2. Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados** al proceso *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

➤ Por otra parte, se pudo identificar que, para la fecha de cierre de esta auditoría, el documento *“ETL Autodiagnóstico”* aportado como evidencia por los auditados, se encuentra en etapa de construcción, el cual no será tenido en cuenta como material de revisión para este proceso; así mismo se verificó la información contenida en el documento *“Informe de Resultados del Autodiagnóstico v2 del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, Código de Conducta y Buen Gobierno y Programa de Transparencia y Ética Empresarial, elaborado por la SDPSS”* con fecha de creación agosto 2024, que sobre el particular se concluye:

- Del documento citado en párrafo anterior, se realizó verificación de la información contenida en el numeral *“11.3 Análisis de respuestas”* concluyéndose que, los resultados consignados en el documento, no guardan relación con los datos percentiles generados en el documento *“Autodiagnóstico - tabla de resultados – Lineamientos generales y Lineamientos Específicos”* identificados para la IPS Clínica Imbanaco SAS, sujeto vigilado tomado como muestra por parte del equipo auditor de la Oficina de Control Interno.

- El documento *“Informe de Resultados del Autodiagnóstico v2 del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, Código de Conducta y Buen Gobierno y Programa de Transparencia y Ética Empresarial”* fue elaborado por la SDPSS en fecha posterior a la fecha de radicado del informe de *“Traslado de Concepto Técnico de Seguimiento y Evaluación de la Clínica Imbanaco SAS”*, tal como se constató a través del radicado N° 20244100301565081 del 26.07.2024.

Respecto a lo anterior, se concluye la no relación en términos de fechas, entre el documento aportado el 21.11.2024 *“Informe de Resultados del Autodiagnóstico v2 del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, Código de Conducta y Buen Gobierno y Programa de Transparencia y Ética Empresarial, elaborado por la SDPSS”* y el documento *“Traslado de Concepto Técnico del Seguimiento y Evaluación de la Clínica Imbanaco SAS”*.

Igualmente se identificó que el documento “Ficha técnica para el diseño de políticas, metodologías e instrumentos de IV - DEFT10v1” cuyo objeto señala “Diseñar una metodología de evaluación de riesgo que sirva como insumo para la priorización de IPS, fundamentada en el modelo de supervisión integral del SGSSS” contiene actividades que finalizan en diciembre de 2024.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 2. Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados** al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

➤ Al mismo tiempo, indica que el comunicado relacionado anteriormente con radicado 20244100301565081 del 26.07.2024 señala al vigilado que, “En este punto resulta necesario recordar que el incumplimiento de las órdenes impartidas por esta Superintendencia podrá dar lugar a las sanciones previstas en la normatividad legal vigente, según con lo dispuesto en el artículo 130, numeral 7 de la ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3, de la Ley 1949 de 2019, específicamente el numeral 18 “Incumplir los **planes de mejoramiento** suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud”, resulta ser distinto lo que en efecto se le ordenó en el mismo comunicado al vigilado “**Formular el Plan de Acción**” (Negrillas extratextuales), por lo tanto, cobra relevancia que estas actuaciones sean reguladas a través de la actividad clave de éxito objeto de auditoría.

Así mismo, se identificó que mediante radicado N° 20244100301565081 del 26.07.2024 “Traslado de informe de seguimiento y evaluación en campo a la Clínica SAS”, el tiempo en días asignado al vigilado para dar respuesta al Plan de Acción, especifica diez (10) días hábiles, y frente al análisis documental, este término de días no está sustentado procedimentalmente a la actividad clave de éxito “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito de “seguimiento”**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

➤ Finalmente, la Oficina de Control Interno reconoce que los funcionarios designados para las gestiones objeto de evaluación, cuentan con un alto conocimiento técnico respecto de las temáticas que les fueran asignadas, lo cual denota que son emprendidas acciones de IV que resultan aportar al fortalecimiento del SGSSS.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Conformidad N° 1. Conocimiento técnico para el desarrollo de acciones de IV**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

1.1.4 Medidas Cautelares

El artículo 125 de la Ley 1438 de 2021, en concordancia con el numeral 12 del artículo 7 del decreto 1080 de 2021, otorga al Superintendente Nacional de Salud la facultad para “Ordenar de manera inmediata (...) la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes” medida que, de conformidad con el artículo 17 de la Ley 1966 de 2019, es de ejecución inmediata.

En consecuencia, de lo expuesto, la Oficina de Control Interno realizó evaluación y verificación de la información documentada soporte de la acción de IV, por parte de la SDPSS, tomando como muestra el sujeto vigilado relacionado en la siguiente tabla:

MEDIDA CAUTELAR		
N.	Nombre	Municipio - Departamento
1	ESE Hospital Regional de Aguachica José David Padilla Villafañe	Aguachica - Cesar

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

En relación con el análisis documental y la prueba de recorrido a la acción de IV: “Medida Cautelar” ejecutada a la ESE Hospital Regional de Aguachica, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó los siguientes aspectos:

➤ La medida cautelar, estuvo sustentada a través de lo preceptuado en la Resolución N°. 2021160000015410-6 del 8 de noviembre de 2021, “Por la cual se hace una delegación de funciones al Superintendente Delegado Para Prestadores de Servicios en Salud”, definidas en el artículo 1 y específicamente en el numeral 3 así: “(...) ordenar de manera inmediata, a la entidad competente, la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes o el destino de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de las funciones asignadas en el artículo 25 del Decreto 1080 de 2021”.

Así mismo, se pudo identificar que mediante resolución N° 2024410020003691 - 6 del 14.05.2024 “Por la cual se ordena a la ESE Hospital Regional de Aguachica José David Padilla Villafañe, identificada con NIT 892.300.445-8, la cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes”, la cual en su contenido expone que tal acción se generó como resultado la auditoría realizada a la “ESE Hospital Regional de Aguachica”, esto en el mes de abril de 2024, en donde se encontraron fallas en la prestación de los servicios de Salud ofertados por la entidad mencionada a sus usuarios.

En ese entendido, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno pudo evidenciar la trazabilidad de la acción de “medida cautelar” ejercida por parte de la SDPSS, no obstante, al contrastarla con lo establecido en la actividad clave de éxito “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” estas no se visualizan, es decir, concretamente no están representadas de forma clara.

Ahora bien, se revisó la información contenida en la Resolución 2024410020003691- 6 del 14.05.2024 *“Por la cual se ordena a la ESE Hospital Regional de Aguachica José David Padilla Villafañe, identificada con NIT 892.300.445-8, la cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes”, y el artículo segundo expone “ordenar (...)” “(...) que diseñe, ejecute y remita a este Despacho, a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación del presente acto administrativo, un plan de acción (...)”, de ese modo también se revisó la respuesta de radicado N° 20249300402418162 el 29.05.2024, por parte del sujeto vigilado ESE Hospital Regional de Aguachica José David Padilla Villafañe, evidenciándose que el asunto refería, “Plan de Mejora Resolución 20242024410020003691- 6”. (Negrilla y subrayado fuera del texto)*

Por lo cual, resulta incongruente lo ordenado en el artículo segundo de la Resolución 2024410020003691- 6 del 14.05. 2024 *“(…) que diseñe, ejecute y remita a este Despacho, a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación del presente acto administrativo, un plan de acción (...)” y lo referido en el asunto del radicado N° 20249300402418162 del 29.05.2024 por parte del vigilado ESE Hospital Regional de Aguachica José David Padilla Villafañe “Plan de Mejora Resolución 20242024410020003691- 6”. (Negrillas y subrayado fuera del texto)*

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 2. Analizar instrucciones impartidas al Vigilado**, al proceso *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

➤ Finalmente, la Oficina de Control Interno reconoce que los funcionarios designados para las gestiones objeto de evaluación, cuentan con un alto conocimiento técnico respecto de las temáticas que les fueran asignadas, lo cual denota que son emprendidas acciones de IV que resultan aportar al fortalecimiento del SGSSS.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Conformidad N° 1. Conocimiento técnico para el desarrollo de acciones de IV**, al proceso *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

1.1.5 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión - Corrupción) del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”

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 *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*, gestionado por la SDPSS, respecto de los tres (3) controles dispuestos, de lo cual, a continuación, se presentan los siguientes análisis.

▪ **Riesgo de Gestión** “Posibilidad de afectación reputacional y económica, por acciones no procedentes al vigilado debido a inconsistencias en las evaluaciones de riesgo, priorizaciones inadecuadas, o alguna otra acción de Seguimiento y Evaluación al Vigilado imprecisa”.

1. Control Preventivo	Evidencia	Responsable Control
1.El delegado, director, jefe de Oficina, coordinador o profesional encargado, programa asistencias y acciones de vigilancia e inspección a partir de la verificación de las alertas generadas en los territorios.	Actas de reunión o requerimientos o listados de asistencia.	El delegado, director, jefe de Oficina y/o profesional designado
2.Los profesionales designados por el delegado o director o Jefe de oficina, una vez verificada la información reportada por los vigilados y en caso de detectar inconsistencias, solicita a los vigilados las aclaraciones sobre el contenido del reporte de la información de las circulares emitidas por la Supersalud.	Relación de requerimientos de información realizados a los vigilados	El delegado, Director o Jefe de Oficina, o quien ellos designen.
3.El delegado o director o jefe de oficina, o quienes ellos designen, revisan la priorización de los vigilados, para las acciones de inspección y vigilancia de manera semestral de acuerdo con los parámetros establecidos por cada una de las Superintendencias Delegadas, en caso de necesitar alguna aclaración se realiza el respectivo requerimiento.	Acta de Reunión, Listado de asistencia (o capturas de pantalla de los asistentes si es virtual), o Matriz de Priorización.	El delegado, Director o Jefe de Oficina, o quien ellos designen.

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

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia registrada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se identificó que mediante acta N° GE – 10141 del 12.07.2024, se indicó lo siguiente: “Se Realizó monitoreo de los riesgos de gestión y de corrupción de los procesos donde se participa y cuyas evidencias de controles fueron solicitadas por el líder de proceso: (Auditorías y Seguimiento y Evaluación al Vigilado). En este monitoreo se verificó la eficacia de los controles y planes de tratamiento a los riesgos que aplican a nuestra Delegada”, de lo cual, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó que:

a. En lo atinente al primer control definido para mitigar la ocurrencia del riesgo de gestión, se aportaron entre otros anexos, el acta “01 del 10.01.2024”, emitida por la SDPSS en dónde se indicó “teniendo en cuenta el ejercicio de priorización realizado con metodología que permitió identificar prestadores de servicios en salud susceptibles a acciones de inspección y vigilancia, en la cual se analizaron aspectos asistenciales, financieros, administrativos y geográficos, PQR entre otros, con el fin de orientar las acciones, según el grado de criticidad de los prestadores monitoreados y efectuar su seguimiento en campo, precisando que aquellas IPS que arrojan un resultado crítico, serán objeto de auditoría por la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud”; identificándose que fueron programadas un total de quince (15) “auditorías” para el primer trimestre de la vigencia 2024.

Así mismo, fue aportada el acta “02 del 22.03.2024”, mediante la cual se concluye que fueron programadas un total de treinta y dos (32) “auditorías” para el segundo trimestre de la vigencia 2024.

Sin embargo, para los dos (2) períodos señalados, no fue aportada evidencia que permitiera identificar “(...) el ejercicio de priorización realizado con la **metodología** que permitió identificar prestadores de servicios en salud susceptibles a acciones de inspección y vigilancia (...)”. (Negritas y subrayados extratextuales)

b. En lo atinente al segundo control definido para mitigar la ocurrencia del riesgo de gestión, se identificó que se desarrollaron verificaciones a fin de detectar si la información reportada por parte del vigilado presentaba algún tipo de inconsistencias, de ello, se aportó matriz en Excel denominada “*Requerimientos no reporte*” en donde se observa que fueron emitidos un total de tres mil ochocientos ochenta y uno (3.881) requerimientos referentes al primer semestre de la vigencia 2024.

Asimismo, fue aportado archivo Excel denominado “*Requerimientos por posibles fallas de calidad reporte FT001 y seguimiento*”, mediante el cual se indica que fueron efectuadas un total de treinta y cinco (35) requerimientos sobre el particular, referentes al primer semestre de la vigencia 2024.

c. En lo atinente al tercer control definido para mitigar la ocurrencia del riesgo de gestión, se aportó matriz Excel denominada “*ips señaladas en priorización*”, la cual contiene diferentes “*criterios*”, entre ellos los “*CHC NRS*” y “*NIVEL_PRI*”, los cuales se entiende, permitieron entre otros, identificar los vigilados objetos de inspección y vigilancia de manera semestral.

De lo anterior se puede indicar lo siguiente:

- De conformidad con lo establecido en el control, la generación de alertas fue materializada a través de las temáticas tendientes a la programación de acciones de IV a diferentes vigilados durante el primer semestre de la vigencia 2024.
- Respecto de la documentación “*Actas de reunión o requerimientos o listados de asistencia*” fijada como evidencia tanto para los controles N° 1 y 3, resultan ser tan amplios, que valdría la pena se determine puntualmente cuál de ellas, en efecto, contribuye de manera directa y como factor determinante para que acoja de manera íntegra el control definido.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 4. Análisis para determinar evidencias conducentes al control definido para riesgo de Gestión**, al proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación al líder del proceso “*Seguimiento y Evaluación al Vigilado*”, para que, en coordinación con las partes interesadas, para el caso la SDPSS, se analice la pertinencia de determinar puntualmente, qué documentación de las “*Actas de reunión o*

requerimientos o listados de asistencia (o capturas de pantalla de los asistentes si es virtual), o Matriz de Priorización”, fijadas como evidencia para los controles N° 1 y 3, en efecto, contribuyen de manera directa y como factor determinante para que acoja de manera íntegra el control definido.

Lo anterior aunado, a que la información que resulte relevante para el contexto de las conclusiones que se emitan, sean adjuntadas a las actas o documentos que se expidan, como lo es el caso de priorización y metodologías sobre el particular.

➤ En lo referente a las actas efectuadas el “01 del 10.01.2024” y “02 del 22.03.2024”, debe precisarse que, las aportadas como evidencia del control objeto de evaluación, se observa debilidad en el cumplimiento de lo regulado en el “Manual para la elaboración y Control de Documentos” asociado al proceso “Direccionamiento Estratégico” en donde en uno de sus apartes se señala que, “Las actas de gestión y novedades de personal deben seguir lo establecido en la parametrización del módulo de actas, del aplicativo “Planeación y Gestión” dispuesto por la entidad, el que lo modifique o complemente”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 2. Incumplimiento a las regulaciones establecidas en el Proceso “Direccionamiento Estratégico” - “Manual para la elaboración y Control de Documentos”**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

Se genera No Conformidad al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, toda vez que se evidenció incumplimiento respecto de lo regulado en el “Manual para la elaboración y Control de Documentos” asociado al proceso “Direccionamiento Estratégico” en donde en uno de sus apartes se señala que, **“Las actas de gestión y novedades de personal deben seguir lo establecido en la parametrización del módulo de actas, del aplicativo Planeación y Gestión dispuesto por la entidad, el que lo modifique o complemente”** (Negrillas y subrayado extratextuales), esto en las actas aportadas como evidencia del control objeto de evaluación.

▪ De la evaluación efectuada respecto de las actividades desarrolladas desde el ámbito de “PMI”, “SIR- IPS” y “Medidas Cautelares”, y de conformidad a la evidencia recaudada, no se identifica que estas se encuentren plenamente asociadas al riesgo de gestión y controles objeto de evaluación.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 5. Análisis para determinar que el riesgo de gestión, el control y evidencias, abarquen otras temáticas desarrolladas en virtud del proceso y actividad clave de éxito “seguimiento y evaluación al vigilado”**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación, al líder del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, para que, en coordinación con las partes interesadas, en el caso la SDPSS, se analice la pertinencia en identificar que actuaciones como “PMI”, “SIR- IPS” y “Medidas Cautelares”, se asocien al riesgo de gestión y control objeto de evaluación, situaciones que permitirían tener un mejor contexto del proceso, desde el ámbito de riesgos y con ello mitigar posibles impactos sobre el mismo.

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 oportunidad de mejora a través de las recomendaciones emitidas, para que, por parte de la SDETGRA como líder del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, junto con sus partes interesadas, analicen y determinen las gestiones que se consideren pertinentes a fin de emprender las mejoras a que haya lugar y con ello, los riesgos, controles y evidencias sean tan sólidos, que ante la ejecución de cualquiera de las actividades que son desarrolladas en ejercicio de la IV por parte de las diferentes dependencias que hacen uso del proceso y actividad clave de éxito objeto de evaluación, contribuya a mitigar o eliminar impactos que se puedan presentar.

Plan de Tratamiento de Riesgo	Acción	Evidencia	Responsable
1482	Realizar mínimo dos mesas de fortalecimiento de competencias en la ejecución del proceso de seguimiento y evaluación al vigilado, a funcionarios que participan en éste.	Acta de reunión donde se evidencie que se dieron los temas asociados al proceso de Seguimiento y Evaluación al Vigilado.	Profesional Especializado

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

El proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” definió para la vigencia 2024 el Plan de Tratamiento N° 1482, esto para el riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional y económica, por acciones no procedentes al vigilado debido a inconsistencias en las evaluaciones de riesgo, priorizaciones inadecuadas, o alguna otra acción de Seguimiento y Evaluación al Vigilado imprecisa”, 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 “Seguimiento y Evaluación al Vigilado” programó realizar dos (2) mesas de fortalecimiento de competencias respecto del proceso objeto de auditoría, de lo cual se observó que fue efectuada capacitación, disponiendo un pre y post test, con el cual se determinó el conocimiento de los funcionarios antes y después de la capacitación desarrolladas, precisando que en esta solo participaron funcionarios adscritos a la SDETGRA.

Frente a lo anterior se indicó al equipo auditor que, en el mes de diciembre de la presente anualidad se efectuaría la segunda mesa de fortalecimiento de competencias a funcionarios de otras dependencias (superintendencias delegadas).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 6 Gestionar acción dispuesta para el plan de tratamiento N° 1482 a las partes interesadas**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, así:

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación, al líder del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, para que, se efectúen mesas de fortalecimiento de competencias a funcionarios de otras dependencias (superintendencias delegadas), que realizarán su gestión desde lo establecido en el proceso y con ello sus diferentes actividades claves de éxito, incluyendo la que es objeto de auditoría.

La anterior situación resulta relevante, máxime cuando en el cuerpo del informe se observó la necesidad que por parte del líder del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, en coordinación con las partes interesadas, para el caso la SDPSS, determinen de manera clara y precisa las actuaciones para las diferentes fases que deben ser tenidas en cuenta respecto de la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”, toda vez que el contexto en que se dispone la temática tanto en la “actividad clave de éxito” como otros documentos, resulta ser ambiguo, subjetivo, además de confuso para quienes operativamente no conocen el que hacer en esta materia.

Concluyendo que, de manera general, el plan de tratamiento de riesgo de gestión N° 1482, presenta un avance del 50%, precisando que el mismo finaliza el 31.12.2024.

▪ **Riesgo de Corrupción:** “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar las priorizaciones de asistencia, seguimientos, evaluaciones, o cualquier otra acción de vigilancia en el marco del proceso.”, siendo objeto de evaluación el control que a continuación se relaciona:

CONTROL PREVENTIVO	EVIDENCIA	RESPONSABLE DEL CONTROL
El delegado, director, jefe de Oficina, coordinador o quien estos designen, revisan la priorización de los vigilados de manera semestral, para que las acciones de supervisión se realicen de acuerdo con los parámetros establecidos. En caso de que se presente una modificación a las acciones programadas, se sustentarán los motivos.	Acta y listado de asistencia (o capturas de pantalla de los asistentes si es virtual)	Delegado, director o coordinador, o quienes estos designen

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

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia registra en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), el equipo auditor de la Oficina de Control Interno no identificó material documental que demostrara a través de que instrumentos o bajo que herramientas se realiza de forma semestral la verificación de los parámetros establecidos para ejecutar las acciones de supervisión, pese a que se revisó el acta de autoevaluación generada durante el primer semestre de 2024, sobre la cual no se encontró relación frente a la acción

específica *“Revisión de la priorización de los vigilados de manera semestral (...)”* acción considerada por el líder del proceso como un control preventivo que anticipa una posible materialización de un riesgo de corrupción.

De lo anterior se puede indicar:

- Que la documentación *“Actas y listado de asistencia (o capturas de pantalla de los asistentes si es virtual)”* establecidos para el control objeto del análisis, resulta ser ambiguo, subjetivo, además de confuso para quienes operativamente no conocen el que hacer en esta materia.
- Igualmente, se debe establecer para cada causa uno o varios controles que en la fase de *“Identificación del riesgo”*, permitan enfocar de manera clara acciones que mitiguen la probabilidad de ocurrencia de un riesgo de corrupción.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 5. Análisis para determinar que el riesgo de corrupción, el control y evidencias, abarquen otras temáticas desarrolladas en virtud del proceso y actividad clave de éxito “seguimiento y evaluación al vigilado”,** al proceso *“Seguimiento y Evaluación al Vigilado”*, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

Plan de Tratamiento de Riesgo	Acción	Evidencia	Responsable
1481	Realizar 2 jornadas de fortalecimiento de competencias en el proceso, enfatizando los temas asociados a transparencia e integridad que deben tenerse para evitar situaciones que puedan generar actos indebidos.	2 actas de fortalecimiento de competencias del proceso, donde se evidencie igualmente que se trataron temas de integridad y transparencia.	Profesional Especializado
	Elaborar documento para la definición de la priorización para las acciones de Vigilancia que se realizan en el marco del proceso, y en el marco del modelo de supervisión basado en riesgos. Evidencia: documento de priorización en desarrollo.	Documento de priorización en desarrollo.	

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

Si se tiene en cuenta que las causas identificadas al proceso en el citado plan corresponden a *“Omitir la aplicación en criterios priorización de los sujetos vigilados”*, *“Conflicto interés sobre el sujeto vigilado”*, *“Falta de confidencialidad de la información de los sujetos objeto de supervisión”* y al realizar el análisis frente a las acciones propuestas en el Plan de Tratamiento 1481, se tiene que para la primera acción *“Realizar 2 jornada (SIC) de fortalecimiento de competencias en el proceso, enfatizando los temas asociados a transparencia e integridad que deben tenerse para evitar situaciones que puedan generar actos indebidos”*, se pudo determinar, que si bien es cierto el *“fortalecimiento de competencias (...)”* coadyuva con generar conocimiento respecto de las competencias y actuaciones que deben tener los responsables de ejecutar las acciones planeadas en los procesos, también lo es que las temáticas abordadas deben ser objeto de análisis, para que resulten ser conducentes, vinculantes y determinantes para la identificar los sujetos vigilados que deben ser objeto de IV, esto bajo el contexto de las diferentes

gestiones que son ejecutadas a través del “seguimiento”, entonces, esta actividad presenta un avance del 50%.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 7. Ajuste en la definición y pertinencia de las acciones propuestas, así como evidencias para el Plan de Tratamiento 1481**, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDPSS.

➤ Ahora, de la verificación efectuada a la segunda acción “Documento de priorización en desarrollo”, se identificó que la misma no presenta avance alguno (0%), entendiéndose que la “priorización” a la que refieren es la atinente a la “metodología” que se encuentra en desarrollo, precisando que la actividad con la que se finaliza y da cumplimiento al cronograma señala “Ajuste a documento y versión final de acuerdo con las observaciones presentadas por los directivos”, con entregable “Documento versión final metodología”, la cual finaliza en diciembre de 2024.

Concluyendo que, de manera general el plan de tratamiento de riesgo de corrupción N° 1481 presenta un avance del 25%, precisando que el mismo finaliza el 31.12.2024.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N° 2. Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados** al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.

➤ Respecto a la Acción Programa de Mejoramiento Institucional en adelante PMI, no se identifica claramente en el mapa de riesgos de corrupción de la SNS, un control preventivo para esta acción de IV, que este relacionados directamente con el PMI de seguimiento a las ESE's. Para esta acción no se aplica una metodología de priorización, puesto que el artículo 2.6.5.14. del decreto 1068 de define que:

“Artículo 2.6.5.14. INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO. En virtud del párrafo 4º del artículo 77 de la Ley 1955 de 2019, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud la información de las Empresas Sociales del Estado que, de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio, incumplan con el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, para que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las actuaciones a que haya lugar, en el marco de sus competencias.”

De lo anterior se puede indicar que:

➤ De conformidad a lo establecido en el control, para esta acción de PMI no aplica lo descrito en el control preventivo, ya que el ministerio de Hacienda y Crédito Público informa a la SNS cuáles son las ESE's que se les debe aplicar el PMI, el cual se programa anualizado.

➤ Este plan de acción no aplica una priorización con esta metodología descrita en el control preventivo en virtud de los parámetros que indica la Ley 1955 de 2019 en el parágrafo 4 del artículo 77, ya que este seguimiento se debe aplicar al 100% de las ESE's, sin aplicar una priorización, con seguimiento trimestral por un periodo fiscal

➤ Que la documentación “*Actas de reunión o requerimientos o listados de asistencia*” fijada como evidencia para el control objeto de análisis, ninguna hace referencia a los relacionado con la priorización de la Acción para el PMI, que valdría la pena se determine puntualmente cual, de ellas, en efecto, contribuye de manera directa y como factor determinante para que acoja de manera íntegra el control definido para la Acción de PMI.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 5 Análisis para determinar que el riesgo de corrupción, el control y evidencias, abarquen otras temáticas desarrolladas en virtud del proceso y actividad clave de éxito “seguimiento y evaluación al vigilado”, al proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, liderado por la SDETGRA, respecto de la gestión efectuada por la SDPSS.**

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	Conocimiento técnico para el desarrollo de acciones de IV	Seguimiento y Evaluación al Vigilado

N°	OBSERVACIONES	PROCESO
1	Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito de “ <i>seguimiento</i> ” PMI-RIAS -SIR-IPS	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
2	Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados RIAS - SIR-IPS, Riesgos de corrupción.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
3	Analizar traslado a las instancias competentes por posible incumplimiento por parte del vigilado, respecto de instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud	Seguimiento y Evaluación al Vigilado

N°	NO CONFORMIDADES	PROCESO
1	Aprobación de prórrogas extemporáneas para suministro de información por parte del vigilado	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
2	Incumplimiento a las regulaciones establecidas en el Proceso “ <i>Direccionamiento Estratégico</i> ” - “ <i>Manual para la elaboración y Control de Documentos</i> ”	Seguimiento y Evaluación al Vigilado

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	Efectuar monitoreo a los tiempos regulados para la entrega de información referente a PMI.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
2	Analizar instrucciones impartidas al Vigilado. RIAS -Medidas Cautelares.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
3	Gestionar acciones tendientes a culminar el proceso de “Seguimiento” respecto de la actuación efectuada a la ESE Hospital de Repelón y ESE Hospital Santa Isabel / San Pedro de los Milagros.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
4	Análisis para determinar evidencias conducentes al control definido para riesgo de Gestión.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
5	Análisis para determinar que el riesgo de gestión y corrupción, el control y evidencias, abarquen otras temáticas desarrolladas en virtud del proceso y actividad clave de éxito “seguimiento y evaluación al vigilado” Reiterada en Riesgo de Gestión y Riesgo de Corrupción.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
6	Gestionar acción dispuesta para el plan de tratamiento N° 1482 a las partes interesadas.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado
7	Ajuste en la definición y pertinencia de las acciones propuestas, así como evidencias para el Plan de Tratamiento 1481.	Seguimiento y Evaluación al Vigilado

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

En respuesta al informe preliminar de auditoría remitido mediante radicado N° 20241400000124223 del 12.12.2024, la SDETGR, como líder del proceso objeto de auditoría, a través del correo electrónico del 19.12.2024 informa:

“De manera atenta nos permitimos dar respuesta al informe de auditoría realizado al proceso de Seguimiento y Evaluación al Vigilado. En esta respuesta encontrarán las Siglas “DET” y “DPSS”, lo cual hará mención a los pronunciamientos que la Delegada para Entidades Territoriales y la Delegada para Prestadores de Servicios de Salud hacen, respectivamente.

Consideración Inicial

DPSS: En atención al traslado del informe preliminar de auditoría interna de gestión al proceso de “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, recibido el 12 de diciembre de 2024, una vez verificado su contenido, la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, realizó las siguientes acciones:

Revisión de las observaciones, recomendaciones y no conformidades por el Grupo de Inspección y Vigilancia para el Mejoramiento de los Prestadores de Servicios de Salud en reunión desarrollada el día 16 de diciembre de 2024.

En vista de la información proporcionada por el Grupo de Inspección y Vigilancia para el Mejoramiento de los Prestadores de Servicios de Salud como operador de las acciones de IV realizadas en el marco del proceso de Seguimiento y Evaluación al Vigilado y por el Despacho de la

Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud; a continuación, se exponen las consideraciones que se encontraron pertinentes sobre las no conformidades detalladas en el informe mencionado.

Finalmente, es importante precisar que esta delegada no tiene a cargo el liderazgo del proceso de seguimiento y evaluación al vigilado; sin embargo, estamos comprometidos a participar en las acciones requeridas que apunten hacia la mejora continua del proceso, colaborando con todas las partes involucradas para implementar las recomendaciones que optimicen los resultados y garanticen los estándares de calidad y eficiencia requeridos.

DET: Se realiza revisión de las No Conformidades, Observaciones y Recomendaciones con el fin de verificar la pertinencia de las mismas y en caso de ello, ir pensando en posibles acciones que conduzcan a la mejora del proceso”.

De lo anterior, a continuación, se presentan los análisis efectuados sobre el particular:

➤ Observaciones

• Observación N° 1. Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito de “seguimiento” PMI- RIAS -SIR-IPS

Respuesta del proceso auditado. *“DET: No requiere plan de mejora. Dentro de las actividades de mejora del proceso para 2025 que se tienen en el PAG se tiene previsto mejorar las actividades de seguimiento, y hacerlas más específicas para que no se generen inconsistencias o dudas frente a las etapas del seguimiento. Se reforzará el entendimiento de esta etapa y se generarán controles para que se cumplan los seguimientos”.*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, si bien se indica que no requiere “plan de mejora”, también lo es que, no se identifica desistimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 1. Lo anterior conllevará a efectuar el respectivo cargue en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), así como el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• Observación N° 2. Establecimiento de metodología para priorizar sujetos vigilados RIAS - SIR-IPS, Riesgos de corrupción.

Respuesta del proceso auditado. *“DET: No requiere plan de mejora. Se continuará en gestiones con la Dirección de Innovación y Desarrollo para obtener las metodologías de priorización que apliquen a todas las Delegadas”. (sic)*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, si bien se indica que no requiere “plan de mejora”, también lo es que, no se identifica desistimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 2. Lo anterior conllevará a efectuar el respectivo cargue en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), así como el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

Observación N° 3. Analizar traslado a las instancias competentes por posible incumplimiento por parte del vigilado, respecto de instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud

Respuesta del proceso auditado. DET: *“No requiere plan de mejora. Se analizará en el cronograma del proceso, en que casos se deben realizar los traslados por presuntas infracciones, y teniendo en cuenta que este proceso es preventivo y basado en el nivel de riesgo de la alerta encontrada, es decir, de acuerdo a este nivel de riesgo es que actualmente esta configurado el traslado directo (para riesgos muy altos)”. (sic)*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, si bien se indica que no requiere *“plan de mejora”*, también lo es que, no se identifica desistimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la Observación N° 3. Lo anterior conllevará a efectuar el respectivo cargue en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), así como el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• **“Sobre las 3 observaciones en general**

DPSS: *De forma general, para las tres observaciones, La Delegada de Prestadores Propone realizar actividades enfocadas en hacer énfasis a todo el equipo auditor de dicha Superintendencia Delegada sobre la importancia de la gestión efectuada de IV desde el ámbito de “seguimiento”, metodología para priorizar sujetos vigilados y la consideración de traslado a las instancias competentes por posible incumplimiento por parte del vigilado, respecto de instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud (capacitación)”. (sic)*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a *“las 3 observaciones en general” (sic)*, se puede identificar que al proponerse efectuar actividades conducentes a emprender mejoras en la ejecución del proceso y actividad clave de éxito objeto de auditoría, se puede inferir, asentimiento de los hallazgos (observaciones) formulados, los cuales, deben ser gestionados a través de planes de mejoramiento, de tal forma, permitan identificar tanto la trazabilidad, avance y eficacia de los mismos, esto en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) dispuesto por la Entidad.

➤ **No Conformidades**

• **No conformidad N° 1 Aprobación de prórrogas extemporáneas para suministro de información por parte del vigilado**

Respuesta del proceso auditado. *“DPSS: La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud No acepta la “No conformidad”, por los siguientes motivos:*

Sea lo primero señalar que el Manual de Auditorías código ATMN01 entró en vigencia el 19 de Julio de 2024; es decir, la no conformidad está sustentada en una normatividad que no se encontraba vigente para la época en que se realizó la actuación administrativa auditada. Ahora bien, en lo que tiene que ver con el seguimiento en campo realizado a la ESE Hospital de Repelón, tenemos que

señalar que no existe un manual para el proceso de “seguimiento y evaluación al vigilado” y no puede ser suplido por el Manual de Auditorías, por cuanto son dos procesos diferentes.

En efecto, el auto de seguimiento en campo con el número 2024410030000136-7 del 06 de febrero de 2024 en el artículo primero establece que su objeto es “Realizar seguimiento en campo a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE REPELÓN, identificada con NIT 802001292-8, ubicada en el municipio de Repelón del departamento de Atlántico” y en el artículo segundo del mismo auto señala “El seguimiento en campo tendrá por objeto adelantar acciones de inspección y vigilancia, en especial de seguimiento y evaluación en el marco de la Supervisión Basada en Riesgos frente a los componentes administrativo legal, asistencial y financiero en torno a la prestación de los servicios de salud, en condiciones de calidad y eficiencia a los usuarios de su jurisdicción, a partir de intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y acciones en salud, en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud”.

En los dos artículos mencionados, se muestra que el objetivo corresponde a un seguimiento en campo y no a un objetivo de auditoría enmarcado en el proceso incluido en el Manual de Auditorías - ATMN01. Adicional a lo anterior, la Oficina de Control Interno lo confirmó en la página nro. 16 del informe así: “A continuación, se presenta el análisis respecto de la gestión desarrollada, teniendo como precedente que los vigilados que a continuación se relacionan, les fue efectuado “seguimiento en campo”, bajo el preámbulo que se encuentran en “Riesgo medio alto”, esto de conformidad a los análisis efectuados por parte de la SDPSS”.

En este sentido, el manual de Auditorías – ATMN01 con el cual la Oficina de Control Interno se basa para realizar la no conformidad por el otorgamiento de prórrogas en los plazos establecidos para el seguimiento de las acciones señaladas en el marco del auto de Seguimiento en Campo, se reitera, no es aplicable al proceso auditado, toda vez que son procesos disímiles.

En este orden de ideas, solicitamos respetuosamente revocar la no conformidad”. (sic)

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, la Oficina de Control Interno, se permite indicar que, la afirmación (...) “la no conformidad está sustentada en una normatividad que no se encontraba vigente para la época en que se realizó la actuación administrativa auditada”, no aplica, toda vez que la actuación aludida en el hallazgo es concreta al referirse a la “extemporaneidad tanto en la solicitud efectuada por parte del vigilado y con ello aprobación de “prórroga” de entrega de información, evento que resulta contrario a lo instruido, situación que evidentemente, en los términos utilizados en el comunicado, “cambió” y “alteró” los tiempos de entrega máxima establecidos para el “seguimiento”, lo cual tiene directa relación con en el título del hallazgo el cual señala “Aprobación de prórrogas extemporáneas para suministro de información por parte del vigilado”.

Situación que tiene sustento en la evidencia objetiva en donde se identificó instrucción impartida al vigilado mediante radicado N° 20244100301997151 del 09.09.2024, de asunto “Respuesta oficio seguimiento alertas y compromisos radicados 20244100301906481”, documento en el que se señaló: “(...) **se precisa que la programación de la reunión en mención no cambia o altera los tiempos de respuesta del seguimiento solicitado, plazo que venció el día 03 de**

septiembre de 2024", constituyendo entonces que, de manera extemporánea, se efectuó solicitud por parte del vigilado y con ello aprobación de prórroga de entrega de información, evento que resulta contrario a lo instruido, situación que evidentemente, en los términos utilizados en el comunicado, "cambió" y "alteró" los tiempos de entrega máxima establecidos para el "seguimiento". (Negritas y subrayados extratextuales).

Ahora, al indicarse por parte de la SDPSS que, "En los dos artículos mencionados, se muestra que el objetivo corresponde a un seguimiento en campo y no a un objetivo de auditoría enmarcado en el proceso incluido en el Manual de Auditorías - ATMN01. Adicional a lo anterior, la Oficina de Control Interno lo confirmó en la página nro. 16 del informe así: "A continuación, se presenta el análisis respecto de la gestión desarrollada, teniendo como precedente que los vigilados que a continuación se relacionan, les fue efectuado "seguimiento en campo", bajo el preámbulo que se encuentran en "Riesgo medio alto", esto de conformidad a los análisis efectuados por parte de la SDPSS".

En este sentido, el manual de Auditorías – ATMN01 con el cual la Oficina de Control Interno se basa para realizar la no conformidad por el otorgamiento de prórrogas en los plazos establecidos para el seguimiento de las acciones señaladas en el marco del auto de Seguimiento en Campo, se reitera, no es aplicable al proceso auditado, toda vez que son procesos disímiles". (Negritas y subrayados extratextuales).

La Oficina de Control Interno precisa, tal y como se expuso en el cuerpo del informe preliminar que, "se informó al equipo auditor de la Oficina de Control Interno, por parte de funcionarios de la SDPSS que participaron en las mesas de trabajo desarrolladas en virtud de la presente auditoría, que se avoca a las situaciones que se encuentran reguladas a través del "Manual de Auditorías - ATMN01", de lo cual, se identificó que el aludido manual en uno de sus apartes señala:

"Pueden realizarse seguimientos en campo, virtuales o documentales.

- Seguimiento en campo:

- Remitirse al capítulo "Planeación de la Auditoría" en los aspectos que apliquen.
- En caso de que se generen hallazgos por situaciones distintas de las previamente evidenciadas y que son objeto de plan de mejoramiento, se debe remitir al capítulo "Ejecución de la auditoría". (Negritas extratextuales).

Entonces, si bien mediante auto N° 2024410030000136-7 del 06.02.2024 se emprende actuación al vigilado por parte de la SDPSS, también lo es que el hallazgo "Aprobación de prórrogas extemporáneas para suministro de información por parte del vigilado", formulado por la Oficina de Control Interno, tiene asidero en evento ejecutado posteriormente por esa Delegada y como principal fundamento, la instrucción emitida al sujeto vigilado.

Por ende, al equiparlo con la fecha de expedición del "Manual de Auditorías código ATMN01", el cual en efecto entró en vigor el 19.07.2024, resultaría conducente con el período en que se presentó la situación descrita por la Oficina de Control Interno.

Entonces, señalarse por parte de la SDPSS que, “(...) la no conformidad por el otorgamiento de prórrogas en los plazos establecidos para el seguimiento de las acciones señaladas en el marco del auto de Seguimiento en Campo, se reitera, no es aplicable al proceso auditado, toda vez que son procesos disímiles”, resulta generar distancia con lo que en efecto dispone el manual en cita, el cual, como ya se expuso, sitúa entre otros aspectos que “**Pueden realizarse seguimientos en campo**”, precisando que fue ese documento el indicado por los funcionarios de la SDPSS que participaron en mesa de trabajo desarrollada sobre el particular, el cual en efecto no dispone que estas situaciones sean “disímiles”.

Esto corroborado en respuesta emitida al informe preliminar en dónde se indicó por parte de la SDPSS que, “tenemos que señalar que no existe un manual para el proceso de “seguimiento y evaluación al vigilado” y no puede ser suplido por el Manual de Auditorias, por cuanto son dos procesos diferentes”; evento que en efecto ratifica la **Observación N° 1**, tendiente a “**Regular la gestión efectuada de IV desde el ámbito de “seguimiento”**”, puesto que resulta necesario que se determinen de manera clara y precisa las actuaciones para las diferentes fases que deben ser tenidas en cuenta respecto de la gestión efectuada de IV desde el ámbito del “seguimiento”, toda vez que el contexto en que se dispone la temática tanto en la “*actividad clave de éxito*” como otros documentos, resulta ser ambiguo, subjetivo, además de confuso; entonces, la adecuada disposición de este tipo de actuaciones en las herramientas de las cuales dispone la Entidad, seguramente favorece al mejor entendimiento de esta y con ello su adecuada aplicación, aunado a que contribuiría a la disminución de potenciales reprocesos y así, la probabilidad de materialización de riesgos sobre el particular.

Con fundamento en lo anterior, se ratifica la No Conformidad N° 1 del informe preliminar de auditoría, situación que configurará seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• **No conformidad N° 2 Incumplimiento a las regulaciones establecidas en el Proceso “Direccionamiento Estratégico” - “Manual para la elaboración y Control de Documentos”**

Respuesta del proceso auditado. “DPSS: La Delegada para Prestadores de Servicios de Salud acepta esta “No conformidad”, y se reconoce como una oportunidad de mejora.

Dado lo anterior el plan de mejoramiento que se diseñará para esta no conformidad estará enfocado en hacer énfasis a todos los funcionarios de esta Superintendencia sobre la importancia del cumplimiento de lo regulado en el “Manual para la elaboración y Control de Documentos” asociado al proceso “Direccionamiento Estratégico”, en el que se establece que, “Las actas de gestión y novedades de personal deben seguir lo establecido en la parametrización del módulo de actas, del aplicativo “Planeación y Gestión” dispuesto por la entidad, el que lo modifique o complemente”. Por lo tanto, realizaremos la respectiva capacitación en la vigencia 2025”.

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, si bien se indica que no requiere “plan de mejora”, también lo es que, se identifica asentimiento en la generación del hallazgo, motivo por el cual se ratifica la No Conformidad N° 2. Lo anterior

configurará tanto el respectivo cargue en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), así como el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

➤ Recomendaciones

• Recomendación N° 1. Efectuar monitoreo a los tiempos regulados para la entrega de información referente a PMI.

Respuesta del proceso auditado. *“DET: Dentro del plan de trabajo para 2025 también se contempla ajustar y definir mejor los tiempos de las etapas del proceso. Así mismo se establecerán controles para cumplir estos tiempos”.*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, no se identifica desistimiento en la generación de la Recomendación N° 1, motivo por el cual se ratifica. Lo anterior configurará el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• Recomendación N° 2. Analizar instrucciones impartidas al Vigilado. RIAS -Medidas Cautelares.

Respuesta del proceso auditado. *“DET y DPSS: Se acatará y analizará la observación para la mejora continua del proceso”.*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, no se identifica desistimiento en la generación de la Recomendación N° 2, motivo por el cual se ratifica. Lo anterior configurará el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• Recomendación N° 3. Gestionar acciones tendientes a culminar el proceso de “Seguimiento” respecto de la actuación efectuada a la ESE Hospital de Repelón y ESE Hospital Santa Isabel / San Pedro de los Milagros.

Respuesta del proceso auditado. *“DET y DPSS: Se acatará y analizará la observación para la mejora continua del proceso”.*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, no se identifica desistimiento en la generación de la Recomendación N° 3, motivo por el cual se ratifica. Lo anterior configurará el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• Recomendación N° 4. Análisis para determinar evidencias conducentes al control definido para riesgo de Gestión.

Respuesta del proceso auditado. *“DET: Se realizará un análisis del riesgo para identificar claramente las evidencias que den eficientemente seguimiento y control al mismo”.* (sic)

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, no se identifica desistimiento en la generación de la Recomendación N° 4, motivo por el cual se ratifica. Lo anterior configurará el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• **Recomendación N° 5. Análisis para determinar que el riesgo de gestión y corrupción, el control y evidencias, abarquen otras temáticas desarrolladas en virtud del proceso y actividad clave de éxito “seguimiento y evaluación al vigilado” Reiterada en Riesgo de Gestión y Riesgo de Corrupción”.**

Respuesta del proceso auditado. *“DET: Se analizará la pertinencia de que se asocien al riesgo de gestión y su control objeto de evaluación, situaciones que permitirían tener un mejor contexto desde el proceso y desde riesgos y con ello mitigar los posibles impactos. En el caso la SDPSS, se analice la pertinencia en identificar que actuaciones como “PMI”, “SIR- IPS” y “Medidas Cautelares”. (sic)*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, no se identifica desistimiento en la generación de la Recomendación N° 5, motivo por el cual se ratifica. Lo anterior configurará el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• **Recomendación N° 6. Gestionar acción dispuesta para el plan de tratamiento N° 1482 a las partes interesadas.**

Respuesta del proceso auditado. *“DET: Se realizará el fortalecimiento de competencias faltante y se cargará al ITS de acuerdo a lo programado”.*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, no se identifica desistimiento en la generación de la Recomendación N° 6, motivo por el cual se ratifica. Lo anterior configurará el seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

• **Recomendación N° 7. Ajuste en la definición y pertinencia de las acciones propuestas, así como evidencias para el Plan de Tratamiento 1481.**

Respuesta del proceso auditado. *“DET: Se cargaran las evidencias de documentos de priorización para el plan de mejora 1481. Así mismo, se analizará la pertinencia de estas acciones para la próxima actualización del mapa de riesgos”. (sic)*

Análisis Oficina de Control Interno. En atención a la respuesta emitida, no se identifica desistimiento en la generación de la Recomendación N° 7, motivo por el cual se ratifica. Lo anterior configurará el 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 del proceso “Seguimiento y Evaluación al Vigilado”, efectuado por parte de la SDPSS, para el período comprendido entre los meses de enero a agosto de la vigencia 2024.

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 a partir de la evidencia objetiva aportada, que le permita, de considerarlo útil y conducente, tomar las decisiones que conlleven al mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

La Oficina de Control Interno reconoce que los funcionarios designados para las gestiones objeto de evaluación, cuentan con conocimiento técnico respecto de las temáticas que les fueran asignadas, lo cual denota que son emprendidas acciones de IV que resultan aportar al fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Las situaciones detectadas deben ser objeto de mejora, como entre otras, y quizá las más necesarias, regular metodología, además de las diferentes temáticas en la actividad clave de éxito objeto de evaluación, a fin de determinar de manera clara y precisa las actuaciones que deben emprenderse respecto de PMI, RIAS, SIR-IPS y Medidas Cautelares, toda vez que el contexto en que se dispone la misma, resulta ser ambiguo, subjetivo, además de confuso para quienes operativamente no conocen el qué hacer en esta materia, máxime la coyuntura que afrontará la entidad ante el concurso de méritos que actualmente se desarrolla, lo cual de alguna manera generará que nuevos funcionarios puedan orientarse de manera detallada con la documentación que exista sobre el particular y con ello, ejecutar adecuadamente sus funciones, lo que eventualmente redundaría en el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 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: “una (1) conformidad, tres (3) observaciones y dos (2) No Conformidades”, los cuales serán incorporados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), por lo que la Oficina de Control Interno solicita al líder del proceso, 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, “*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)