

Fecha del Informe Final	Día	02	Mes	Junio	Año	2023
Nombre de la actividad	Informe final de Auditoría de Gestión a los Sujetos Vigilados (ahora proceso "Auditorías") - Gestión de Atención al Usuario del SGSSS (ahora proceso "Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor") con enfoque Territorial (Direcciones Occidental, Sur, Chocó y Andina – Puntos de Atención) y Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual (ahora proceso "Gestión de Bienes y Servicios").					
Objetivo de la Auditoría	Establecer el grado de conformidad de la gestión emprendida por parte de los procesos Auditoría a los Sujetos Vigilados (ahora proceso "Auditorías") - Gestión de Atención al Usuario del SGSSS (ahora proceso "Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor"), en las Direcciones Territoriales Occidental, Sur, Chocó y Andina - Puntos de Atención y Gestión Precontractual, Contractual y Post Contractual (ahora proceso "Gestión de Bienes y Servicios"), para la vigencia 2022.					
Alcance	En términos de tiempo la auditoría tiene como alcance la vigencia 2022					
Criterios	Los criterios a tener en cuenta en la ejecución de la son los siguientes: 1. 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". 2. 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. 3. Resolución N. 10815 del 17 de diciembre de 2019 "Por la cual se crean las regionales en la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones" y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. 4. Resolución N. 2022910010004399-6 del 30 de junio de 2022 "Por medio de la cual se distribuye, se define la jurisdicción y las sedes de las Direcciones Regionales de la SNS" y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. 5. Resolución N. 2022120020008829-6 del 26 de diciembre de 2022 "Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud" y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. 6. Procesos y Procedimientos aprobados en la Entidad - Evaluación efectividad de controles. 7. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2022 – Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual. 8. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. 9. Resolución N. 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 "Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS". 10. Estatuto General de Contratación Pública del Estado Colombiano. (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y las demás que las complementen o modifiquen). 11. Las demás normas que apliquen en desarrollo del ejercicio auditor.					
Equipo Auditor	Peter William Vargas Pinilla (Auditor Líder) Guillermo Alberto Corredor Martínez (Auditor)					
Tabla de Contenido	1. INFORME.2 1.1 Proceso "Auditoría a los Sujetos Vigilados" ahora proceso "Auditorías"2 1.1.2 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso "Auditoría a los Sujetos Vigilados" ahora proceso "Auditorías"4 1.1.3 Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 202210 1.1.4 Ejecución "Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual" ahora proceso "Gestión de Bienes y Servicios" vigencia 202213 1.1.5 Resolución N. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 "Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS"16 1.2 Proceso "Gestión de Atención al Usuario del SGSSS" ahora proceso "Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor"18 1.2.1 Gestión de Atención al Usuario del SGSSS - Soluciones Inmediatas en Salud18 1.2.2 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso "Gestión de Atención al Usuario del SGSSS" ahora proceso "Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor"27 1.2.3 Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 202233 1.2.4 Ejecución proceso "Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual" ahora proceso "Gestión de Bienes y Servicios" vigencia 202236 1.2.5 Puntos de Atención al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud a nivel Nacional38 2. HALLAZGOS40 2.1 Conformidades40 2.2 Observaciones42 2.3 No Conformidades44 3. CONCLUSIONES45 4. RESPUESTAS AL INFORME PRELIMINAR POR PARTE DE LOS PROCESOS AUDITADOS Y ANÁLISIS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO47					

1. INFORME.

1.1 Proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados” ahora proceso “Auditorías”

Con el fin de cumplir los fines y cometidos trazados en el ejercicio de auditoría interna que ahora nos ocupa, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno procedió a efectuar los análisis del caso, a fin de establecer el proceso y actividades claves de éxito aplicables; lo anterior a partir de lo preceptuado en la Resolución 2022120000004534-6 del 8 de julio de 2022 “*Por la cual se adopta el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud*”.

En ese orden de ideas, debe manifestarse que, para efectos de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, en relación con las auditorías propias realizadas por las Direcciones Regionales,

la actividad clave de éxito vigente era la denominada “Auditoría” (ATPR01) del 15 de septiembre de 2022; es decir, la evaluación que ahora se presenta, se desarrolló de conformidad a lo establecido en la actividad clave de éxito antes referida.

De este modo, se procedió a tomar muestra no estadística¹, tal y como a continuación se describe:

DIRECCIÓN REGIONAL AUDITADA	AUDITORÍAS PROPIAS REALIZADAS POR DIRECCIONES REGIONALES VIGENCIA 2022	MUESTRA AUDITORÍAS EVALUADAS OFICINA DE CONTROL INTERNO	PORCENTAJE AUDITORÍAS
Occidental	4	3	75%
Sur	2	2	100%
Chocó	3	2	67%
Andina	3	2	67%
TOTAL	12	9	75%

Cuadro N. 1 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Una vez definido el porcentaje de muestra, se procedió a detallar la evaluación efectuada, respecto de cada una de las auditorías realizadas por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de las Direcciones Regionales Occidental, Sur, Chocó y Andina, siendo éstas las siguientes:

DIRECCIÓN REGIONAL	ENTE TERRITORIAL	AUTO QUE ORDENÓ LA AUDITORÍA
Occidental	Municipio XXXX - Valle del Cuca	2022560000009XXX-X del 23.09.2022
	Municipio XXXX - Valle del Cuca	2022560000001XXX-X del 14.10.2022
	Municipio XXXX - Valle del Cuca	2022560000001XXX-X del 19.11.2022
Sur	Municipio XXXX – Tolima	2002 580000001XXX-X del 07.10.2022
	Municipio XXXX – Huila	2022580000001XXX-X del 21.10.2022
Chocó	Municipio XXXX – Chocó	2022530000001XXX-X del 23.09.2022
	Municipio XXXX – Chocó	2022530000001XXX-X del 22.11.2022
Andina	Municipio XXXX – Antioquia	2022510000001XXX-X del 14.10.2022
	Municipio XXXX – Antioquia	2022510000001XXX-X del 22.11.2022

Cuadro N. 2 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

¹ Guía de auditoría Interna basada en riesgos para entidades públicas V4 - DAFP

En este orden de ideas, para efectos de ilustrar sobre la evaluación efectuada, fue diseñado anexo N. 1 en archivo excel, denominado “Evaluación Auditorías Regionales”, documento que hace parte integral del presente informe.

De conformidad con la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno respecto de las auditorías ejecutadas por parte de las Direcciones Regionales en la vigencia 2022 y que fueran objeto de auditoría, por parte de esta Oficina en la vigencia 2023, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

a. Se evidenció la realización de diagnósticos técnicos respecto de los componentes a evaluar, para la priorización del sujeto vigilado a partir de instrumentos y herramientas propios y externos, entre los cuales se destacan Power BI e información contenida en páginas web de entidades como lo son, Ministerio de Salud y Protección Social, ADRES y las de los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud.

b. Se evidenció en la estructuración de los informes que genera el proceso, alto contenido técnico en cada uno de sus componentes.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N. 2.1.1**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría.

Igualmente, de la evaluación efectuada se obtuvieron adicionalmente las siguientes conclusiones:

a. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada, identificó que en algunos “Autos” y “Actas de Apertura y Cierre de Auditoría”, fueron utilizados formatos obsoletos para la generación de estos registros.

b. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada identificó que, en algunos “Autos” que ordenan la realización de una “Auditoría”, se hace mención de la realización de otro tipo de ejercicio de inspección y vigilancia como lo es “visita”, o viceversa; aspecto que contradice lo efectivamente ordenado por el despacho del Superintendente Delegado para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la actividad clave de éxito “Auditoría”.

c. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada identificó que, en algunos “Autos” que ordenan acciones de inspección y vigilancia a través de la actividad clave de éxito denominada “Auditoría”, se hace mención de la Resolución 2015 de 2015 “Por medio de la cual se adopta el Manual de Auditorías y Visitas de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”, documento que fue solicitado por el equipo auditor de esta Oficina, sin que el mismo fuera aportado por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Direcciones Regionales auditadas, al desconocer su ubicación en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, situación que constituye la incorporación de un acto administrativo en el auto que ordena la auditoría, del cual no se tienen interiorizados sus contenidos; debiéndose analizar la pertinencia de incluir dicho acto administrativo en el cuerpo de los autos que ordenan la realización de auditorías a los sujetos vigilados.

- d. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada, identificó reprocesos en la ejecución de la actividad clave de éxito “Auditoría”, en concreto, en la etapa de “Revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio”, ante la realización de múltiples revisiones del informe de auditoría en algunos casos, o en otros, generados a través de revisiones parciales del informe de auditoría por cada uno de los componentes que lo conforman, así como la presencia de discrepancias conceptuales, aspectos que tienen impacto en la oportuna remisión del informe de auditoría al sujeto vigilado, y en consecuencia, la inmediatez en la ejecución de planes de mejoramiento que corrijan los hallazgos detectados, redundando en la adecuada prestación de servicios en salud para los habitantes del ente territorial auditado.
- e. Imprecisión en la numeración de las páginas en uno (1) de los informes remitido al sujeto vigilado, e inadecuada utilización del término “obstrucción” en el contexto en que se incorporó en el informe.
- f. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada, identificó extemporaneidad en la recepción del plan de mejoramiento, aunado, a que fue recepcionado en tres (3) oportunidades, situaciones que resultan contrarias a lo contemplado en la actividad clave de éxito objeto de auditoría.
- g. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada, identificó en caso(s) puntual(es) la concesión de términos distintos a los señalados en la actividad clave de éxito para la realización de ajustes al plan de mejoramiento por parte del sujeto vigilado, así como falta de indicación de fecha para la realización de seguimiento al plan de mejoramiento aprobado, aunado, a la aprobación extemporánea del plan de mejoramiento presentado por el sujeto vigilado.
- h. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia objetiva recaudada, identificó la participación de funcionario en la elaboración de informe de auditoría, sin que fuese designado a través del auto que ordenó la realización de la “Auditoría” como miembro del equipo auditor.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.3.1**, incorporada en el numeral 2.3 del presente informe de auditoría.

1.1.2 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados” ahora proceso “Auditorías”

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

En principio es pertinente indicar que, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno elevó solicitud de información a la dependencia antes mencionada en los siguientes términos, con el fin a

partir de la evidencia objetiva recaudada, constatar que los controles y acciones complementarias definidas en los planes de tratamiento se cumplen; en ese orden de ideas se solicitó:

(...) “allegar evidencia objetiva que dé cuenta de la aplicación de controles (preventivos y detectivos), así como de la ejecución de las acciones contenidas en el plan de tratamiento de los riesgos descritos en archivo excel adjunto”, solicitud que fuera atendida mediante correo electrónico del 04 de abril de 2023 por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, aportando evidencia. De este modo, se tiene:

➤ **Riesgo de gestión identificado:**

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías, debido la falta de seguimiento al proceso y aprobación de planes que pueden no ser viables”.

Causas identificadas:

- a. Aplicación inadecuada de procedimientos, instrumentos, técnicas de auditoría e insuficiencia de estos (interna).
- b. Falencias en la oportunidad de Informe de auditoría, e incumplimientos de los tiempos de las etapas del proceso (externa).
- c. Problemas en la fuente de información (vigilado): Suministro de información del vigilado la cual puede ser inoportuna, incompleta, inexacta, mal cargada, o cargada en el formato o aplicativo incorrecto, debido a la falta de apropiación de la forma como debe reportar la misma, o renuencia de este a entregarla (interna).

Controles definidos:

- a. Detectivo: El Coordinador de auditoría y los profesionales designados de las regionales, trimestralmente verifican el cumplimiento de los planes de mejoramiento y a las obligaciones de los vigilados, objeto de auditoría.
- b. Detectivo: El Coordinador de auditoría y profesionales de las regionales designado, cada vez que se requiera, verifica la pertinencia, alcance, objetivo y tiempos de los planes de mejoramiento propuestos por los sujetos vigilados con el fin de determinar la viabilidad de estos.
- c. Detectivo: El Superintendente Delegado, garantizará que, una vez al mes, se verifique y monitoree el tablero de control, asignando un profesional para validar la información cargada en el share point por parte de las Direcciones Regionales, revisando el seguimiento a todas las actividades programadas.

En tratándose del plan de tratamiento diseñado para este riesgo, se definieron las siguientes acciones:

- a. Supervisar al profesional asignado de seguimiento a planes de mejoramiento para asegurar que se haga verificación periódica de estos planes mediante un tablero o matriz de control.
- b. Realizar capacitaciones y socializaciones de los procedimientos del proceso, mínimo una vez al año, para asegurar que los profesionales que los ejecutan tengan apropiación de estos.
- c. Ajustar documentación (Procedimientos, Guías Instructivos, en el marco de la Reingeniería) con el fin de incluir los ajustes que se consideren pertinentes y relevantes, de acuerdo con el deber ser del proceso, y permitan una mejor orientación para el cumplimiento del flujo de las actividades que deben realizarse.

Una vez descritos los controles y acciones de tratamiento, se concluyó pertinencia en la definición de estos, respecto del riesgo identificado y las causas identificadas, posibilitando cumplir con el objetivo planteado el cual es “Reducir el riesgo”.

En ese orden de ideas, corresponde verificar el cumplimiento o ejecución de los controles y acciones definidas en el plan de tratamiento, de conformidad a lo consignado en la matriz de gestión y administración para el riesgo identificado.

CONTROL O ACCIÓN DEFINIDO(A)	CUMPLIMIENTO Y GRADO DE CONFORMIDAD EN SU EJECUCIÓN
El Coordinador de auditoría y los profesionales designados de las regionales, trimestralmente verifican el cumplimiento de los planes de mejoramiento y a las obligaciones de los vigilados, objeto de auditoría. Evidencia: Fichas técnicas para la suscripción y evaluación del plan de mejoramiento (AIFT01 y AIFT06), Relación de los planes de mejoramiento.	La Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, dispone de un instrumento denominado “matriz de seguimiento a las auditorías y a los planes de mejoramiento” que aplica para distintos controles definidos en materia de gestión del riesgo. El objetivo de dicho instrumento es dar las alertas del caso para adoptar acciones que impidan realizar seguimiento periódico a planes de mejoramiento presentados por sujetos vigilados. Para el caso particular de este control, la mencionada matriz de seguimiento a planes de mejoramiento tiene una columna que indica el seguimiento de coordinador de cada auditoría, y otras columnas dispuestas para controlar los distintos seguimientos que se puedan surtir a planes de mejoramiento en ejecución, que fueran presentados por sujetos vigilados, donde adicionalmente, se dispusieron columnas donde se relacionaban los formatos AIFT01 y AIFT06 (fichas de suscripción y elaboración de los planes de mejoramiento), los cuales fueron consultados en el sistema SuperArgo, evidenciando su diligenciamiento y aplicación. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
El Coordinador de auditoría y profesionales de las regionales designados, cada vez que se requiera, verifica la pertenencia, alcance, objetivo y tiempos de los planes de mejoramiento propuestos por los sujetos vigilados con el fin de determinar la viabilidad de estos. Evidencia: Fichas técnicas para la suscripción y evaluación del plan de mejoramiento (AIFT01 y AIFT06).	Al respecto se evidenció el diligenciamiento de las fichas técnicas para la suscripción y evaluación del plan de mejoramiento (AIFT01 y AIFT06) para la verificación, aprobación o no de planes de mejoramiento propuestos por los sujetos vigilados, especialmente en las auditorías a entes territoriales gestionadas por las Direcciones Regionales auditadas, aspectos que adicionalmente son incluidos en la “matriz de seguimiento a las auditorías y a los planes de mejoramiento” gestionada por la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
El Superintendente Delegado, garantizará que, una vez al mes, se verifique y monitoree el tablero de control, asignando un profesional para validar la información cargada en el share point por parte de las Direcciones Regionales, revisando el seguimiento a todas las actividades programadas. Evidencia: Registros en el Share Point en mención y Correos Electrónicos.	Para efectos de la ejecución de este control, el superintendente delegado(a), autorizó algunos funcionarios del nivel central, para hacer las verificaciones y monitoreos del caso, a los cuales les solicita periódicamente realizar y reportar el seguimiento realizado. Como evidencia del cumplimiento del control se allegaron correos electrónicos donde el Delegado(a) solicitó los reportes, así como las respuestas que fueron emitidas a esas solicitudes. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Supervisar al profesional asignado de seguimiento a planes de mejoramiento para asegurar que se haga verificación periódica de estos planes mediante un tablero o matriz de control.	En la matriz de seguimiento a planes de mejoramiento, se evidenció la verificación periódica de los mismos por parte de profesional designado, mostrando la etapa en que se encuentra cada plan, reportando si hay o no evidencias, con indicación de las fechas de cargue de las mismas, generando conclusiones de si están vencidos o a punto de vencerse, con lo cual, el profesional designado puede dar alertas para tomar medidas y notificar al funcionario correspondiente. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar capacitaciones y socializaciones de los procedimientos del proceso, mínimo una vez al año, para asegurar que los profesionales que los ejecutan tengan apropiación de los mismo.	Al respecto se allegaron capacitaciones realizadas respecto del proceso de “Auditoría”, con énfasis en el procedimiento de visita AIPD03, aunando, a las formas y maneras para aprobar planes de mejoramiento en especial en términos de utilidad, pertinencia y factibilidad en el tiempo propuesto por el sujeto vigilado. Las temáticas evidenciadas fueron dirigidas a fortalecer las competencias del Talento Humano de las Direcciones Regionales en lo relacionado con el modelo de supervisión basado en riesgos y los procedimientos de auditoría y visita, con el fin de asegurar el adecuado desempeño de los equipos en las acciones de inspección y vigilancia que les han sido encomendadas. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Ajustar Documentación (Procedimientos, Guías Instructivos, en el marco de la Reingeniería) con el fin de incluir los ajustes que se consideren pertinentes y relevantes, de acuerdo con el deber ser del proceso, y permitan una mejor orientación para el cumplimiento del flujo de las actividades que deben realizarse.	Se evidenció la creación de los procedimientos o actividades claves de éxito de planes de mejoramiento, auditorías, y procedimiento visita, gestionados con la Oficina Asesora de Planeación en el marco de la reingeniería de procesos institucionales. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar solicitudes a la Subdirección de Tecnologías para iniciar un proceso en el cual se pueda comenzar a automatizar algunas partes de los procedimientos de auditoría a sujetos vigilados, en este caso especial, lo relativo a los Planes de Mejoramiento derivados de tales auditorías.	Sobre el particular, se aportaron solicitudes e interacciones realizadas con la Subdirección de T.I con la intención de hacer un primer acercamiento para viabilizar una posible automatización del proceso de auditoría a sujetos vigilados, y en especial a planes de mejoramiento. Al respecto se evidenció que este aspecto, esto es, la automatización del proceso de auditoría que se realiza a los sujetos vigilados incluyendo lo relativo a planes de mejoramiento, resulta ser un proyecto que dio comienzo en la vigencia 2021, sin que a 2023 se evidencien significativos avances, más allá de las solicitudes y planteamientos que ya ha realizado la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS a la Subdirección de T.I adscrita a la Dirección de Innovación y Desarrollo. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control, indistintamente de las reflexiones que a continuación se presentan.

Cuadro N. 3 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Página 6 de 63

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

DIFT17

Con base en la verificación efectuada, se puede concluir que una (1) de las acciones en el plan de tratamiento definida como “Realizar solicitudes a la Subdirección de Tecnologías para dar inicio a un proceso en el cual se pueda comenzar a automatizar algunas partes de los procedimientos de auditoría a sujetos vigilados”, se presenta como una actividad carente de efectividad; si bien es cierto se determinó realizar solicitudes a la Subdirección de Tecnologías para realizar automatización del proceso, siendo un aspecto gestionado, también lo es que, esta acción donde el verbo rector es “solicitar” no genera mayor valor agregado para efectos de “Reducir el riesgo”, siendo el motivo para lo cual se definió esta actividad en el plan de tratamiento del riesgo.

Al reconocer el proceso de “Auditorías” la necesidad de automatizarse, entre otros con el objeto mitigar la materialización de riesgos, la acción que ahora nos ocupa dentro del plan de tratamiento podría ser aún más ambiciosa, no circunscribiéndose a elevar solicitudes, sino a concretizar la mencionada automatización, presentando para ello al más alto nivel la necesidad identificada, gestionando los recursos económicos, tecnológicos y de talento humano que se requieran, así como consolidando cronogramas de trabajo que concreten el objetivo planteado.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.2.1**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

➤ **Riesgo de Corrupción identificado:**

“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar el Plan de Auditorías”.

Causas:

- a. Concentración del ejercicio de la auditoría en un solo funcionario.
- b. Omitir la aplicación de criterios priorización de los sujetos vigilados.
- c. Conflicto interés sobre el sujeto vigilado.
- d. Falta de confidencialidad de la información de los sujetos objeto de auditoría.

Controles:

- a. Control Preventivo: Los Superintendentes Delegados, los Directores a Nivel Central y los Directores Regionales, cada vez que se realiza una Auditoría, verifican que exista rotación de profesionales con respecto a los sujetos vigilado.
- b. Control Preventivo: Los Superintendentes Delegados, los Directores a Nivel Central y los Directores Regionales, cada vez que se realiza una Auditoría, verifica que el equipo de trabajo que hará tal evaluación esté conformado por más de un profesional.
- c. Control Detectivo: El Superintendente Delegado, garantizará que, una vez al mes, se verifique y monitoree el tablero de control, asignando un profesional para validar la información cargada en el share point por parte de las Direcciones Regionales, revisando el seguimiento a todas las actividades programadas.

En tratándose del plan de tratamiento diseñado para este riesgo se definieron las siguientes acciones:

- a. Realizar Actividades en temas de integridad y transparencia. Se escogerá un gestor de Integridad que realizará intervenciones dando lineamientos sobre estos temas.

- b. Realizar un Plan de Auditorías con la metodología de priorización de las mismas, incluyendo todas sus modalidades, entre ellas lo relativo al Plan Nacional de Vacunación. Este plan permitirá tener organizadas las auditorías y cualquier cambio deberá estar justificado, disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de intereses, imposiciones, influencias externas o acuerdos indebidos.
- c. Realizar Contratación de personal para hacer auditorías de manera directa, tanto a nivel central, como en las Direcciones Regionales, es decir, sin involucrar firmas consultoras de por medio, con lo cual se fortalecerá el seguimiento con estos auditores In House.
- d. Supervisar al profesional encargado de hacer seguimiento a etapas de auditorías y planes de mejoramiento, con el fin de asegurar que se realice tal seguimiento periódico a dichas etapas, mediante un tablero o matriz de control.
- e. Realizar solicitud a la Subdirección de Tecnologías para iniciar un proceso en el cual se pueda comenzar a automatizar algunas partes de los procedimientos de auditoría a sujetos vigilados.

Una vez descritos los controles y acciones de tratamiento, debe indicarse inicialmente que, al realizar contrastación de las causas identificadas Vs. controles y acciones del plan de tratamiento, se identificó oportunidad de mejoramiento respecto de la acción de tratamiento definida para atacar entre otras, la causa denominada “*Falta de confidencialidad de la información de los sujetos objeto de auditoría*”, ya que si bien es cierto se encuentra una acción definida para la mitigación del riesgo, como lo sería la realización de actividades en temas de integridad, para lo cual se efectuó capacitación en el mes de junio de 2022, también lo es que, una causa de esta índole, podría requerir de la formulación de un control aún más robusto.

En síntesis, las causas identificadas y controles dispuestos son los siguientes:

CAUSAS	CONTROL O ACCIÓN DE MITIGACIÓN
Concentración del ejercicio de la auditoría en un solo funcionario.	Los Superintendentes Delegados, Los Directores a Nivel Central y los Directores Regionales, cada vez que se realiza una auditoría, verifica que el equipo de trabajo que hará tal evaluación esté conformado por más de un profesional.
Omitir la aplicación de criterios priorización de los sujetos vigilados.	Realizar un Plan de Auditorías con la metodología de priorización de las mismas, incluyendo todas sus modalidades, entre ellas lo relativo al Plan Nacional de Vacunación. Este plan permitirá tener organizadas las auditorías y cualquier cambio deberá estar justificado, disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de intereses, imposiciones, influencias externas o acuerdos indebidos.
Conflicto interés sobre el sujeto vigilado.	Los Superintendentes Delegados, Los Directores a Nivel Central y los Directores Regionales, cada vez que se realiza una auditoría, verifican que exista rotación de profesionales con respecto a los sujetos vigilado.
Falta de confidencialidad de la información de los sujetos objeto de auditoría.	Realizar Actividades en temas de integridad y transparencia. Se escogerá un gestor de Integridad que realizará intervenciones dando lineamientos sobre estos temas.

Cuadro N. 4 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.2.2**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

En ese orden de ideas, corresponde verificar el cumplimiento o ejecución de los controles y acciones definidas en el plan de tratamiento, de conformidad a lo consignado en la matriz de gestión y administración para este riesgo identificado.

CONTROL O ACCIÓN DEFINIDO(A)	CUMPLIMIENTO Y GRADO DE CONFORMIDAD EN SU EJECUCIÓN
Los Superintendentes Delegados, Los Directores a Nivel Central y los Directores Regionales, cada vez que se realiza una Auditoría, verifican que exista rotación de profesionales con respecto a los sujetos vigilado. Evidencia: Informe verificado, y traslados a la Oficina de Control Disciplinario Interno, si aplica.	Para evidenciar el cumplimiento del control dispuesto, se aportaron quince (15) autos de auditoría suscritos por el Superintendente Delegado(a) donde se identificó rotación de auditores. De igual manera se aportó “Matriz de seguimiento a auditorías y planes de mejoramiento”, donde se evidencia la rotación de coordinadores de auditoría, equipo auditor y sujetos vigilados a auditar. Al respecto debe referir el equipo auditor de la OCI que, la documentación aportada, esto es, autos que ordenan la realización de auditoría suscritos por el Superintendente Delegado(a), o de igual manera la “Matriz de seguimiento a auditorías y planes de mejoramiento”, constituye efectivamente la evidencia pertinente para acreditar el cumplimiento del control definido. En ese orden de ideas, la evidencia definida para este control conforme a lo consignado en la matriz de gestión o administración de este riesgo en ITS, consistente en “traslados a la Oficina de Control Disciplinario Interno, si aplica”, no resultaría conducente para acreditar su realización, sino que, eventualmente podría constituir evidencia de una actuación realizada, por ejemplo, como consecuencia ante materialización del riesgo; motivo por el cual se reitera la observación N. 2.2.2 del presente informe, dirigida a afinar lo referente a formulación de controles y acciones de mitigación, aunando, al adecuado establecimiento de la evidencia que dé cuenta de su ejecución.
Los Superintendentes Delegados, Los Directores a Nivel Central y los Directores Regionales, cada vez que se realiza una auditoría, verifica que el equipo de trabajo que hará tal evaluación esté conformado por más de un profesional. Evidencia: Informe verificado, y traslados a la Oficina de Control Disciplinario Interno, si aplica.	Para evidenciar el cumplimiento del control dispuesto, se aportaron quince (15) autos de auditoría suscritos por el Superintendente Delegado(a) donde se identificó rotación de auditores. De igual manera se aportó “Matriz de seguimiento a auditorías y planes de mejoramiento”, donde se evidenció la conformación de equipos de auditoría, equipo auditor y sujetos vigilados a auditar. La evidencia definida para este control, la constituye la matriz de gestión o administración del riesgo de ITS, consistente en “traslados a la Oficina de Control Disciplinario Interno, si aplica”, no resultando conducente para acreditar su realización, sino que, eventualmente podría constituir evidencia de una actuación realizada, por ejemplo, ante materialización del riesgo; motivo por el cual se reitera la observación N. 2.2.2 del presente informe, dirigida a afinar lo referente a formulación de controles y acciones de mitigación, aunando, al adecuado establecimiento de la evidencia que dé cuenta de su ejecución.
El Superintendente Delegado, garantizará que, una vez al mes, se verifique y monitoree el tablero de control, asignando un profesional para validar la información cargada en el share point por parte de las Direcciones Regionales, revisando el seguimiento a todas las actividades programadas. Evidencia: Registros en el Share Point en mención y Correos Electrónicos.	Para efectos de la ejecución de este control, el Superintendente Delegado(a), autorizó algunos funcionarios del nivel central, para hacer las verificaciones y monitoreos del caso, a los cuales les solicita periódicamente realizar y reportar el seguimiento realizado. Como evidencia del cumplimiento del control se allegaron correos electrónicos donde el Delegado(a) solicitó los reportes a los que alude el control, así como las respuestas que fueron emitidas a esas solicitudes. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar actividades en temas de integridad y transparencia. Se escogerá un gestor de Integridad que realizará intervenciones dando lineamientos sobre estos temas.	Como evidencia se aportó documentación relacionada con capacitación realizada el 16 de junio de 2022 a los funcionarios de la Delegada para Entidades Territoriales, entre las que se encuentra citación, presentación en power point, enlace del video o grabación de la reunión, imagen de los asistentes a la reunión, imagen del chat con los archivos compartidos a la reunión en temas relacionados con gestión de integridad específicamente los valores del Código de Integridad de la Supersalud, gestión de documentos del SIG y planes de mejoramiento. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar un Plan de Auditorías con la metodología de priorización de estas, incluyendo todas sus modalidades, entre ellas lo relativo al Plan Nacional de Vacunación. Este plan permitirá tener organizadas las auditorías y cualquier cambio deberá estar justificado, disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de intereses, imposiciones, influencias externas o acuerdos indebidos.	Como evidencia se aportó plan de auditorías realizado en diciembre de 2021 para la vigencia 2022, el cual incluyó la manera de priorizar las mismas. Este plan incluye todas las modalidades de auditorías para el 2022 con el propósito de cubrir la mayor cantidad posible de vigilados. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar Contratación de personal para hacer auditorías de manera directa, tanto a nivel central, como en las Direcciones Regionales, es decir, sin involucrar firmas consultoras de por medio, con lo cual se fortalecerá el seguimiento con estos auditores In House.	Como evidencia, se aportó listado de personal auditor contratado de manera directa, en la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales o vinculado a la planta de la Supersalud con resoluciones de nombramiento de estos, así como diez (10) autos de auditoría, donde se pudo constatar la presencia de más de diez (10) funcionarios realizando labores de auditoría de IV, coincidiendo con los nombres de las resoluciones de nombramiento. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Supervisar al profesional encargados de hacer seguimiento a etapas de auditorías y planes de mejoramiento, con el fin de asegurar que se realice tal seguimiento periódico a dichas etapas, mediante un tablero o matriz de control.	Se allegó “Matriz de seguimiento a auditorías y planes de mejoramiento”, donde se evidenció la verificación periódica de los mismos por parte de profesional designado, mostrando la etapa en que se encuentra cada plan, reportando si hay o no evidencias, con fechas de cargue de las mismas, generando conclusiones de si están vencidos o a punto de vencerse los planes de mejora, con lo cual, el profesional designado puede dar alertas para tomar medidas y notificar al funcionario correspondiente. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar solicitud a la Subdirección de Tecnologías para iniciar un proceso en el cual se pueda comenzar a automatizar algunas partes de los procedimientos de auditoría a sujetos vigilados.	Sobre el particular, se aportaron solicitudes e interacciones realizadas con la Subdirección de T.I con la intención de hacer un primer acercamiento para viabilizar una posible automatización del proceso de auditoría a sujetos vigilados, y en especial a planes de mejoramiento. Al respecto se evidenció que este aspecto, esto es, la automatización del proceso de auditoría que se realiza a los sujetos vigilados incluyendo lo relativo a planes de mejoramiento, resulta ser un proyecto que ha tenido intensiones de comenzar desde la vigencia 2021, sin que a 2023 se evidencien significativos avances, más allá de las solicitudes y planteamiento que ya ha realizado la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a la Subdirección de T.I adscrita a la Dirección de Innovación y desarrollo.

Con base en lo anterior, se reitera observación respecto de una (1) de las acciones contenidas en el plan de tratamiento definida como *“Realizar solicitudes a la Subdirección de Tecnologías para dar inicio a un proceso en el cual se pueda comenzar a automatizar algunas partes de los procedimientos de auditoría a sujetos vigilados”*, ya que esta se presenta como una actividad carente de efectividad; si bien es cierto se determinó realizar solicitudes a la Subdirección de Tecnologías para realizar automatización del proceso, siendo un aspecto gestionado, también lo es que, esta acción donde el verbo rector es *“solicitar”* no genera mayor valor agregado para efectos de *“Reducir el riesgo”*.

Al reconocer el proceso de *“Auditorías”* la necesidad de automatizarse, las acciones dentro del plan de tratamiento podrían ser aún más ambiciosas no circunscribiéndose a elevar solicitudes, sino a concretizar la mencionada automatización, presentando al más alto nivel la necesidad, gestionando los recursos tecnológicos y de talento humano que se requieran y diseñando cronogramas de trabajo que concreten el objetivo planteado.

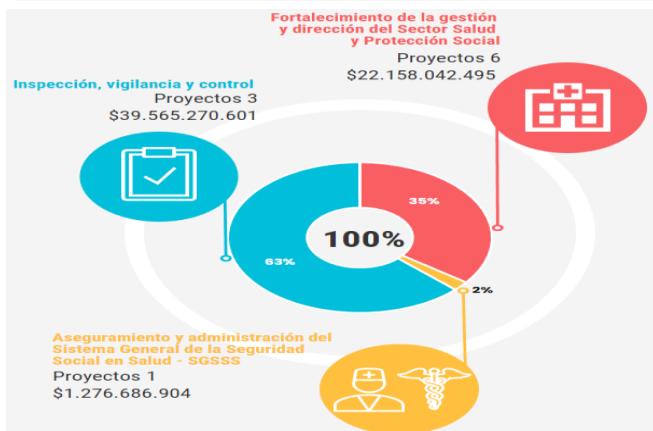
Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Observación N. 2.2.1** incorporada en el numeral 2.2 del presente informe.

Finalmente, debe indicarse que, no se evidenció materialización de los riesgos de gestión y corrupción verificados en el proceso de *“Auditoría a los Sujetos Vigilados”*, ahora *“Auditorías”*, teniendo en cuenta que en lo que atañe al riesgo de gestión identificado como *“Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías, debido la falta de seguimiento al proceso y aprobación de planes que pueden no ser viables”*, la muestra de auditorías tenida en cuenta para el presente ejercicio de auditoría, se encuentran en un estado de aprobación de planes de mejoramiento, no estando en la oportunidad del caso para realizar seguimiento al cumplimiento de dichos planes de mejoramiento.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N. 2.1.2** incorporada en el numeral 2.1 del presente informe.

1.1.3 Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2022

De acuerdo con lo establecido, mediante Decreto N. 1793 del 21 de diciembre de 2021, *“Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2022, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos”*, la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2022, le fue asignado presupuesto por valor de \$256.463.196.833, de los cuales \$191.932.060.000 fueron asignados para funcionamiento y una apropiación inicial por concepto de Inversión por valor de \$63.000.000.000, esto mediante la suscripción de diez (10) Proyectos de Inversión, inmersos en tres (3) Categorías, como se dispone en la gráfica.



Gráfica N. 1 – Fuente: propia Oficina de Control Interno

De lo anterior, en la categoría “Inspección, Vigilancia y Control” con asignación presupuestal por valor de \$39.565.270.601, se encuentra Proyecto de Inversión a cargo de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS denominado “Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al SGSSS en Salud, a Nivel Nacional” por valor de \$3.421.919.300, el cual tiene como objetivo “Fortalecer la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud”, para el que fue dispuesto el desarrollo de seis (6) actividades como se ilustra a continuación:

Distribución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS Vigencia 2022 - Rubro C_1903_0300_4 - Código BPIN 2017011000076	
Actividades	Apropiación
Evaluar y resolver solicitudes de trámite y peticiones presentadas por sujetos vigilados y otros actores del sistema de salud	\$847.482.000
Realizar auditorías documentales, integrales, especiales y visitas a los sujetos vigilados identificados	\$2.354.367.120
Realizar actividades de apoyo a la gestión de las sedes regionales	\$154.176.218
Realizar actividades de socialización, capacitación, asistencia técnica y mesas de trabajo en IV con los actores del SGSSS	\$55.884.679
Programar y realizar auditorías de seguimiento con enfoque de riesgos	\$10.000.000
Revisar y ajustar las herramientas a utilizar para el análisis de la información reportada	\$9.283
TOTAL	\$3.421.919.300

Tabla N. 1 – Fuente: propia Oficina de Control Interno

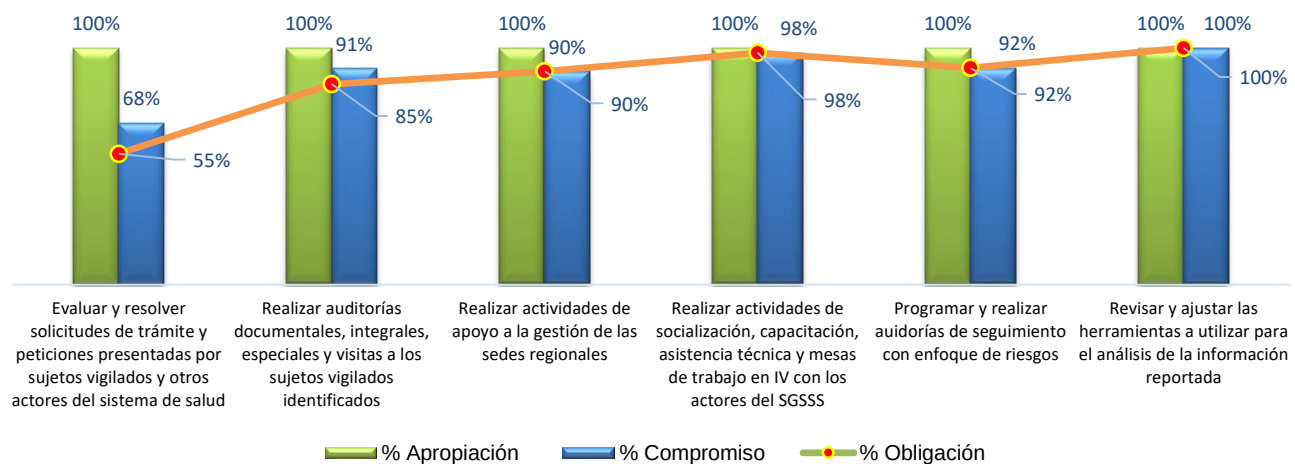
Ejecutándose las siguientes temáticas:

Ejecución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS Vigencia 2022 - Rubro C_1903_0300_4 - Código BPIN 2017011000076				
Actividades	Temáticas	Apropiación	Compromiso	Obligación
Evaluar y resolver solicitudes de trámite y peticiones presentadas por sujetos vigilados y otros actores del sistema de salud	Contrato 616/2021 – centro de contacto	\$847.482.000	\$579.011.763	\$468.815.383
	Contrato 151/2022 – centro de contacto			
	Gravamen Financiero			
Realizar auditorías documentales, integrales, especiales y visitas a los sujetos vigilados identificados	Vigencias Futuras Tiquetes	\$2.354.367.120	\$2.151.024.345	\$1.994.042.135
	Presupuesto de viáticos			
	Contrato 486/2019 (tiquetes)			
	Contrato 062/2022 (tiquetes)			
	Vigencias Expiradas – CDP’s 15122, 20622 y 20722			
Realizar actividades de apoyo a la gestión de las sedes regionales	Gravamen Financiero	\$154.176.218	\$138.950.877	\$138.950.877
	Presupuesto de viáticos			

Ejecución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS Vigencia 2022 - Rubro C_1903_0300_4 - Código BPIN 2017011000076				
Actividades	Temáticas	Apropiación	Compromiso	Obligación
Realizar actividades de socialización, capacitación, asistencia técnica y mesas de trabajo en IV con los actores del SGSSS	Vigencias Futuras Tiquetes	\$55.884.679	\$54.738.286	\$54.738.286
	Vigencia Expirada			
Programar y realizar auditorías de seguimiento con enfoque de riesgos	Vigencias Futuras Tiquetes	\$10.000.000	\$9.155.835	\$9.155.835
Revisar y ajustar las herramientas a utilizar para el análisis de la información reportada	Gravamen Financiero	\$9.283	\$9.283	\$9.283
TOTAL		\$3.421.919.300	\$2.932.890.389	\$2.665.711.799

Tabla N. 2 – Fuente: propia Oficina de Control Interno

Ejecución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS Vigencia 2021- Rubro C_1903_0300_4 - Código BPIN 2017011000076



Gráfica N. 2 Fuente propia Oficina de Control Interno

Indicándose por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proyecto de inversión, que el porcentaje de ejecución presupuestal asignado no logró el 100%, por las siguientes razones:

Actividad	Justificación	Saldo sin Ejecutar Compromiso	Saldo sin Ejecutar Obligación
Evaluar y resolver solicitudes de trámite y peticiones presentadas por sujetos vigilados y otros actores del sistema de salud	Inicialmente se tenía previsto que el contrato de servicio de BPO abarcara los meses de Noviembre y Diciembre. Sin embargo, debido a temas contractuales, sólo se pudo contratar el mes de Diciembre. Cabe destacar que, de acuerdo con el AMP CCE-025-1-AMP-2021, el contrato se adjudicará al oferente que presente el menor valor, y en este caso, la oferta seleccionada estuvo un 38% por debajo del estudio de mercado.	\$268.470.237	\$378.666.617
Realizar auditorías documentales, integrales, especiales y visitas a los sujetos vigilados identificados	En cumplimiento de la Directiva Presidencial emitida el 08 de septiembre de 2022, se han llevado a cabo los ajustes necesarios para la gestión del gasto correspondiente.	\$203.342.775	\$360.324.985
Realizar actividades de apoyo a la gestión de las sedes regionales	En cumplimiento de la Directiva Presidencial emitida el 08 de septiembre de 2022, se han llevado a cabo los ajustes necesarios para la gestión del gasto correspondiente.	\$15.225.341	\$15.225.341

Actividad	Justificación	Saldo sin Ejecutar Compromiso	Saldo sin Ejecutar Obligación
Realizar actividades de socialización, capacitación, asistencia técnica y mesas de trabajo en IV con los actores del SGSSS	Debido a la pandemia de COVID-19, el gobierno colombiano redujo el IVA de los tiquetes aéreos del 19 % al 5 % hasta el 31 de diciembre de 2022, con el fin de incentivar el turismo y la reactivación económica. Por esta medida las vigencias futuras que estaban programadas para los tiquetes aéreos de enero a marzo de 2022 presentaron un leve ahorro que se vio reflejado en la ejecución.	\$1.146.393	\$1.146.393
Programar y realizar auditorías de seguimiento con enfoque de riesgos	Debido a la pandemia de COVID-19, el gobierno colombiano redujo el IVA de los tiquetes aéreos del 19 % al 5 % hasta el 31 de diciembre de 2022, con el fin de incentivar el turismo y la reactivación económica. Por esta medida las vigencias futuras que estaban programadas para los tiquetes aéreos de enero a marzo de 2022 presentaron un leve ahorro que se vio reflejado en la ejecución.	\$844.165	\$844.165
TOTAL		\$489.028.911	\$756.207.501

Tabla N. 3 – Fuente: propia Oficina de Control Interno

Concluyendo, que a corte diciembre de la vigencia 2022, fueron ejecutados un total de \$2.932.890.389 por concepto de Compromisos equivalente al 86% y \$2.665.711.799 por concepto de Obligación equivalente al 78%, datos que fueron contrastados con información como la presentada por la Oficina Asesora de Planeación a través del “Informe de ejecución de los recursos de inversión - enero a diciembre de 2022”, el cual en uno de sus apartes señala “Frente a los compromisos no obligados al cierre de la vigencia, se constituyeron las respectivas reservas presupuestales, asociadas a los gastos de inversión, según lo informado por la Dirección Financiera-Grupo de Presupuesto”.

Por lo tanto, la Oficina de Control Interno en atención a la evidencia aportada por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, si bien se identificó gestión para el desarrollo y trámite del proyecto de inversión asignado para la vigencia 2022, también lo es, la oportunidad de mejora que se debe emprender sobre el particular para la adecuada ejecución de estos recursos durante la vigencia 2023.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.2.3**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

1.1.4 Ejecución “Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual” ahora proceso “Gestión de Bienes y Servicios” vigencia 2022

Con el propósito cumplir los fines y cometidos definidos con el presente ejercicio auditor, la Oficina de Control Interno procedió a tomar muestra de contratos gestionados, entre otros por las Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, verificación que se presenta en los siguientes términos:

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	
N. del expediente contractual	2022940011609000002E – Contrato N. 062 de 2022
Contratante:	Superintendencia Nacional de Salud
Contratista:	Servicio Aéreo a Territorios Nacionales S.A. (SATENA)
Objeto contractual:	“Prestación del servicio de transporte aéreo de pasajeros en rutas operadas por SATENA y la adquisición de tiquetes aéreos en rutas nacionales e internacionales de otros operadores, así como la prestación de los demás servicios conexos con el fin de garantizar el desplazamiento de los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud”.
Modalidad de selección	Contratación Directa

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	
Tiempo de ejecución:	El plazo del contrato será hasta el 28 de diciembre de 2022 o hasta el agotamiento de la partida presupuestal, lo primero que ocurra, contado a partir de la firma del acta de iniciación del contrato suscrita entre el contratista y el supervisor designado por La Superintendencia Nacional de Salud, previa la expedición del registro presupuestal, la aprobación de las garantías.
Valor inicial:	Dos mil doscientos ochenta millones ciento ochenta y siete mil noventa y dos pesos (\$2.280.187.092,00)
Valor final:	Dos mil novecientos ochenta y seis millones seiscientos diecinueve mil novecientos treinta y dos pesos (\$2.986.619.932)
Supervisor:	Director(a) de la Dirección Financiera o quien haga sus veces

Cuadro N. 6 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

PRECONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Inclusión del expediente en plan de contratación institucional	Línea PAA - 20220021	La contratación fue planificada en la anualidad
Solicitud de contratación: a. Necesidad a satisfacer b. Cumplimiento requisitos para presentar la solicitud de contratación	Mediante memorando 20229200100003443 del 21 de enero de 2022, la Dirección Financiera de la SNS, solicitó teniendo en cuenta las necesidades requeridas para el cumplimiento de la misionalidad de la entidad, dentro de las cuales se encuentra el desplazamiento de los funcionarios y contratistas, la generación de estudio de mercado para contratar el suministro de tiquetes aéreos, conforme al “formato de insumo para la contratación de bienes y servicios”, documento requerido por el área de contratación para adelantar la solicitud. Se indicó que la SNS es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, que tiene a su cargo el sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social y le corresponde ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este orden de ideas, se presentó necesidad para que tanto el Superintendente como los servidores y colaboradores de la Supersalud realicen los respectivos desplazamientos a las diferentes ciudades y municipios del país, y cuando sea necesario a destinos internacionales; lo que implica grandes retos, particularmente en los destinos nacionales por la complicada ubicación geográfica de algunos lugares, vías de acceso complejas, distancias extensas a los principales centros poblados, zonas no interconectadas, dificultades de orden público y de comunicación, entre otros. Teniendo en cuenta que el Acuerdo Marco de Precios para el suministro de tiquetes CCE-853-1-AMP-2019 gestionado por Colombia Compra Eficiente terminó al momento de diseñar la contratación, y que para la fecha de solicitud de la contratación no adelantan proceso contractual bajo operación primaria que permita continuar proveyendo este servicio a través de esta modalidad de Selección Abreviada por Acuerdo Marco de Precios, la entidad tomó las medidas que le permitan continuar con la prestación ininterrumpida del servicio a efectos de garantizar que se cumpla con la misión de “Proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna”, dando inicio a la contratación que ahora nos ocupa. En relación con la justificación para la escogencia del contratista, se indicó que el Servicio Aéreo a Territorios Nacionales SATENA, es una Sociedad de Economía Mixta por Acciones del orden Nacional, de carácter anónimo, vinculada al Ministerio de Defensa Nacional, autorizada por la Ley 1427 de 2010 dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonial y capital independiente. La sociedad tiene como objeto principal la prestación del servicio de transporte aéreo de pasajeros, correo y carga en el territorio nacional y en el exterior y por ende la celebración de contratos de transporte aéreo de pasajeros, correo y carga de cualquier naturaleza y desarrollar la política y planes generales que, en materia de transporte aéreo para las regiones menos desarrolladas del país, adopte el Gobierno Nacional. Se indicó que, SATENA es la única aerolínea estatal y tiene la obligación de hacer presencia en aquellas regiones donde por cuestiones geográficas, de orden público y de pobreza, no llega ningún otro operador y es aquí donde se convierte en un aliado estratégico en este tipo de operaciones con la Superintendencia Nacional de Salud, su naturaleza pública le permite advertir y evidenciar las complejidades del sector, ajustando sus planes y modelo de negocio a la satisfacción de las necesidades de entidades de la misma naturaleza; por lo anterior y con fundamento en el principio de colaboración armónica entre entidades y las facultades previstas en la Ley 1150 de 2007 en consecuencia se consideró necesario y conveniente celebrar un contrato interadministrativo con SATENA. Dentro de la documentación aportada se allegó, entre otros: - Propuesta de servicios SATENA - Registro Único Tributario como persona jurídica - Registro de Información Tributaria SATENA con perfil tributario - Certificación de Pago de parafiscales emitido por KPMG - Suscripción de declaración de conflictos de interés - Verificación de las condiciones contractuales del contratista, conforme a Directiva Presidencial 01 de 2022 - Acto administrativo de justificación de la escogencia de la modalidad de selección, esto es, contratación directa a través de convenio interadministrativo a la luz de lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.1 del Decreto 1080 de 2015, suscrito por la Secretaría General. - Certificado de existencia y Representación Legal	Se evidenciaron los soportes necesarios para ser aprobada la contratación

PRECONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
	i. Certificados de antecedentes fiscales, penales, disciplinarios y de Medidas Correctivas del Representante Legal de SATENA. j. Expedición de CDP No. 12822 del 27 de enero de 2022 k. Libreta Militar l. Formato Función Pública de Hoja de Vida SATENA	

Cuadro N. 7 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Acta de inicio	Se suscribió Acta de inicio del 21 de marzo de 2022 entre la Dirección Financiera en la SNS y Representante Legal SATENA.	Aspecto conforme
Designación supervisión del contrato	Se designó a la Directora Financiera de la SNS como supervisora del contrato para efectuar vigilancia al cumplimiento de las obligaciones pactadas.	Aspecto conforme
Presentación oportuna de garantías en las cuantías definidas por la norma	Sobre el particular, en atención a los preceptuado por el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del Decreto 1082 de 2015 para este tipo de contratación resulta potestativa la exigencia de garantía. Así las cosas, una vez efectuado el análisis de riesgos, y de conformidad con la naturaleza del contratista, la forma de pago y el estudio del sector, para el contrato interadministrativo a suscribir, no se consideró por parte de la Superintendencia Nacional de Salud exigir la constitución de la garantía única de cumplimiento.	Aspecto conforme
Ejecución del contrato: a. Cumplimiento obligaciones generales b. Cumplimiento obligaciones específicas c. Presentación informes de supervisión d. Pagos realizados	Se presentaron los informes de supervisión, con indicación de la no presencia de situaciones anormales y monitoreo de la matriz de riesgos: N. 1, del 21 al 31 de marzo de 2022 con porcentaje de avance del 6,30%. N. 2, del 01 al 30 de abril de 2022 con porcentaje de avance del 18,46%. N. 3, del 01 al 31 de mayo de 2022 con porcentaje de avance del 33,90%. N. 4, del 01 al 30 de junio de 2022 con porcentaje de avance del 43,44%. N. 5, del 01 al 31 de julio de 2022 con porcentaje de avance del 53,66%. N. 6, del 01 al 31 de agosto de 2022 con porcentaje de avance del 56,86%. N. 7, del 01 al 30 de septiembre de 2022 con porcentaje de avance del 66,59%. N. 8, del 01 al 31 de octubre de 2022 con porcentaje de avance del 75,79%. N. 9 del 01 al 30 de noviembre de 2022 con porcentaje de avance del 92,53%. N. 10, del 01 al 31 de diciembre de 2022 con porcentaje de avance del 97,42%. N. 11, del 01 al 31 de enero de 2023 con porcentaje de avance para esa vigencia del 41,28%.	Aspecto conforme
Modificaciones contractuales si aplica a. Prórrogas b. Adiciones	Se presentó modificación en la supervisión del contrato por cambio de Directora Financiera en la SNS, asumiendo la vigilancia del contrato la Directora Encargada a partir del 02 de septiembre de 2022. Modificación contractual N. 1: Mediante memorando No20229200100091073 del 16 de septiembre 2022 y alcances Nos.0229200100092303 y 20229200100092463 del 19 de septiembre de 2022, la supervisión del contrato solicitó adición y prórroga del contrato Interadministrativo No. 62 de 2022 al indicar que: <i>"se requiere adelantar el trámite de adición y modificación al contrato en mención de acuerdo con la necesidad de la emisión de tiquetes aéreos para la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación y de la Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional"</i> . El valor de la adición fue por setenta millones trescientos diecinueve mil ochocientos veinte pesos M/CTE. (\$70.319.820). El nuevo valor del contrato fue de Dos mil trescientos cincuenta millones quinientos seis mil novecientos doce pesos M/CTE. (\$2.350.506.912). Así mismo confirmó que el registro presupuestal que soporta la modificación se expidió el 22 de septiembre de 2022. Modificación contractual N. 2: El día 04 de noviembre de 2022 atendiendo las necesidades de distintas dependencias en la Entidad, especialmente de la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, se adicionó el contrato en trescientos siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos catorce pesos (\$307.896.714), aunando a que se prorrogó el contrato en tres (3) días. Modificación contractual N. 3: Se solicitó adición al contrato en trescientos quince millones ochocientos diecisiete mil cuatrocientos cincuenta y ocho pesos (\$315.817.458) mediando aprobación de vigencias futuras, lo anterior, según se documentó en razón a la necesidad de continuar garantizando el desplazamiento mediante el suministro de tiquetes aéreos de los funcionarios y contratistas de la SNS en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control legalmente asignadas. Modificación contractual N. 4: Mediante memorando 20239200100011353 del 07 de febrero de 2023, la Directora Financiera (Supervisora del contrato), solicitó adición al contrato en Trescientos sesenta y tres millones cuatrocientos cincuenta y cinco mil doscientos treinta y cuatro pesos (\$363.455.234), sustentada en el continuo desplazamiento a la recientemente creada Dirección Regional Caribe, así como los desplazamientos requeridos por la Oficina de Control Interno para la ejecución de actividades propias en el marco de sus competencias, aunando, a viajes programados por la Superintendencia Delegada para Entidades de	En relación con las modificaciones contractuales llevadas a cabo en ejecución del contrato 062 de 2022, debe indicarse que las mismas si bien es cierto deben presentarse en forma atípica en el marco del principio de planeación en la gestión contractual, también lo es que, las mismas comportaban nuevas necesidades que motivaron justificadamente las prórrogas y adiciones surtidas. Debe indicarse que ante cada modificación contractual se actualizaron los documentos del caso, entre los que se tiene los antecedentes de la persona jurídica contratada y su representante legal.

CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
	Aseguramiento en Salud a ciudades como Puerto Inírida, Mitú, Sincelejo, Santa Marta, Riohacha y Armenia. En esta modificación contractual, se modificó la supervisión del contrato, distribuyéndola entre el Superintendente Nacional de Salud y varios Superintendentes Delegados y jefes de Oficina con el fin cada uno de estos funcionarios(as) realizara seguimiento a cada uno de los rubros que le fueron asignados.	

Cuadro N. 8 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

POST CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Liquidación del contrato a. Cumplimiento de términos (Mutuo acuerdo - Unilateral - judicial)	No se cuenta con evidencia que a la fecha de verificación del contrato se hayan realizado liquidación del contrato encontrándose dentro de los términos legales para ello.	Aspecto conforme
Cierre del expediente contractual	N/A	-

Cuadro N. 9 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con base en lo anterior, se concluyó la necesidad de la Superintendencia Nacional de Salud para acudir a la modalidad de selección de Contratación Directa por vía de contrato interadministrativo, máxime, si se tiene en cuenta que desde la Agencia de Contratación Colombia Compra Eficiente para la fecha en que se requería la prestación del servicio, no habían desarrollado proceso contractual bajo operación primaria que permita continuar proveyendo este servicio a través de esta modalidad de Selección Abreviada por Acuerdo Marco de Precios.

En consecuencia, era indispensable llevar a cabo la adquisición de los servicios de transporte aéreo de pasajeros en rutas operadas por SATENA y la adquisición de tickets aéreos en rutas nacionales e internacionales de otros operadores, así como la prestación de los demás servicios conexos con el fin de garantizar el desplazamiento de los funcionarios y colaboradores de la Superintendencia Nacional de Salud.

En cuanto a la ejecución contractual la misma se desarrolló en cumplimiento de las obligaciones generales y específicas según documentó la supervisión, sin la presencia de anomalías que intervenir en la vigilancia del contrato, realizando monitoreo permanente a la gestión de riesgos asociados a la ejecución contractual.

En lo relacionado con las garantías contractuales, en atención a lo preceptuado por el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del Decreto 1082 de 2015, la Superintendencia Nacional de Salud determinó acoger la potestad otorgada por la citada norma, teniendo en cuenta la naturaleza del contratista, la forma de pago y el estudio del sector, para no exigir la constitución de garantía única de cumplimiento.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N. 2.1.3**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría.

1.1.5 Resolución N. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS”

La Oficina de Control Interno, en atención a la actividad auditora, efectuó evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la resolución 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, de lo

cual, tomó como muestra las reuniones de autoevaluación efectuadas durante la vigencia 2022 por parte de las Direcciones Regionales objeto de auditoría, como a continuación se ilustra:

Análisis cumplimiento Resolución N. 2021160000013752-6									
Tema a Tratar	Periodicidad	Dirección Regional Occidental		Dirección Regional Sur		Dirección Regional Chocó		Dirección Regional Andina	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Medición del Desempeño. Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.	Mensual	X		X		X		X	
Mejora. Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Proyectos de Inversión. Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA. Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).	Mensual	X		X		X		X	
Sistema Integrado de Gestión-SIG -Revisión de los procesos liderados por el área. Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.	Trimestral	X		X		X		X	
Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción. Revisar y gestionar los riesgos asociados a los procesos a cargo analizando, entre otros, la eficacia de los controles, posible materialización y planes de tratamiento, con el fin de generar realizar los ajustes que se consideren pertinentes.	Mínimo semestral	X		X		X		X	
Revisión por la Dirección. Hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos relacionados con la dependencia y que fueron identificados en el informe anual de revisión por la Dirección.	Una vez al año	N.A.							
Art. 2. Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo.			X		X	X		X	

Cuadro N. 10 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Al efectuar evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la Resolución N. 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “*Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud*”, se identificó, de conformidad a las evidencias recaudadas, que si bien por parte de las Direcciones Regionales objeto de auditoría se realizan las señaladas reuniones, también lo es que, en concreto para las reuniones desarrolladas por las Direcciones Regionales Occidental y Sur, al no contar con Director asignado, a estas debió concurrir el Superintendente Delegado para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, esto de conformidad a lo preceptuado por el artículo 2^{do}, de la misma resolución, que en su tenor literal señala:

“Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo”.

Lo anterior, reviste relevancia en la medida que las reuniones de autoevaluación, entre varios objetivos está el de “realizar **análisis de factores que inciden en el cumplimiento de la misión institucional**”, esto en atención a lo preceptuado en el artículo 1º de la resolución en comento, que señala:

“Reuniones de autoevaluación. Las reuniones de autoevaluación de la Superintendencia Nacional de Salud están enmarcadas en el **proceso sistémico de autoevaluación institucional** de conformidad con los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno y del Sistema de Gestión de la entidad, que **busca generar espacios de inclusión, participación y compromiso de todos los funcionarios de la Entidad y el análisis de factores que inciden en el cumplimiento de la misión Institucional**”.

De este modo, si eventualmente se hubieran realizado análisis de los factores que inciden en el cumplimiento de la misión institucional, podrían, de manera anticipada haberse emprendido los correctivos del caso a fin de evitar las constantes debilidades detectadas respecto del cumplimiento de las actuaciones reguladas a través de la actividad clave de éxito denominada “Auditoría”, las cuales fueron motivo para la generación de la no conformidad N. 2.3.1 denominada “Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito Auditoría”.

Así las cosas, es menester que en los espacios de autoevaluación se aborde de manera pormenorizada lo relativo al Sistema Integrado de Gestión², donde se revise la adecuada ejecución de los procesos liderados por el área, se efectúe seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes, evitando desviaciones, favoreciendo la oportuna y adecuada toma de decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño, a efecto permitir que el escenario de autoevaluación de manera efectiva contribuya con el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados institucionales.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.3.2**, incorporada en el numeral 2.3 del presente informe de auditoría.

1.2 Proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”

1.2.1 Gestión de Atención al Usuario del SGSSS - Soluciones Inmediatas en Salud

Con el fin cumplir los fines y cometidos trazados en el ejercicio de auditoría interna y para efectos de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, en relación con el proceso “Gestión de Atención al Usuario en el SGSSS” ahora “Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor” se tuvo en cuenta el procedimiento “Soluciones Inmediatas en Salud” (AUPD03); el cual se encontraba vigente al momento de llevar a cabo la gestión objeto de verificación; en ese orden de ideas, debe manifestarse que, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno tomó muestra no estadística³ de

² “**Artículo 3. Aspectos para tratar y periodicidad de las reuniones.** Los líderes de dependencia, en conjunto con los funcionarios a su cargo, deberán en los primeros diez días hábiles de cada mes, de manera presencial o virtual, tratar en las reuniones de autoevaluación al menos los siguientes temas, con la periodicidad definida a continuación: **Sistema Integrado de Gestión -Revisión de los procesos liderados por el área.** -Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área”.

³ Guía de auditoría Interna basada en riesgos para entidades públicas V4 - DAFP

veinte (20) PQR, las cuales tienen origen en las Direcciones Regionales objeto de auditoría, tal y como a continuación se describe:

1. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210000804XXXX del 07/07/2022	Savia Salud	Reabierto	SI	Andina	1/12/2022	11/07/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - Usuario requiere programación consulta especialidad anestesiología y programación cirugía reemplazo protésico, manifiesta que radicó en la IPS la programación, pero le indican que el proceso es demorado. Se envía para validación y gestión. El 14.10.2022, la EPS informa que se envía a programación reemplazo Protésico a la IPS. El 24.10.2022, la EPS informa que se recibe respuesta de la IPS y se informa que PQR es enviada al área de programación de cirugía. El 26.10.2022 la EPS informa que se envía a programación reemplazo protésico a la IPS. El 26.10.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informa que se recibe respuesta de la IPS en donde se programa cirugía para el 30.11.2022. El 30.11.2022 usuario se comunica con la SNS, para solicitar información del caso, se indica respuesta generada por entidad, usuario manifiesta que la EPS se puso en contacto con ellos y canceló la programación de la cirugía, se solicita reapertura. El 01.12.2022 es reabierto el caso, toda vez que no se cuenta con solución de fondo por parte del vigilado. El 10.01.2023 usuario se comunica para solicitar información del caso, se le indica que el caso se encuentra en gestión a espera de pronunciamiento de la EPS. El día 14.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" informa que fue validado con familiar de usuario realización de cirugía en enero, señalándose por la de la EPS que "se cumplió con el requerimiento se cierra caso". Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (07.07.2022) hasta el cierre (14.02.2023) por parte de la EPS, momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, transcurrieron aproximadamente seis (6) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud".						

Cuadro N. 11 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

2. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210000982XXXX del 16/08/2022	Comfamiliar Huila	Reabierto	SI	Sur	2/09/2022	18/08/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - Usuario requiere agendamiento consulta control especialista en urología de cirugía. Usuario manifiesta que se ha comunicado en repetidas ocasiones con la línea para citas, pero siempre informan que no hay agenda. El 16.08.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El día 17.08.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" informa que consulta de control fue asignada para el 24.08.2022. El 18.08.2022 se efectúa seguimiento al caso, se manifiesta la asignación de la cita para el día 24.08.2022. El 02.09.2022 usuario se comunica para solicitar información del caso, se le indica respuesta de EPS, usuario manifiesta que se acercó cumplir la cita de urología, pero no fue atendido. En la misma fecha se reapertura el caso, con motivo "Sin solución de fondo y/o pendiente prestación de servicios". El 22.09.2022 se efectúa seguimiento y se contacta usuario, quien solicita información del caso, se le indica respuesta de EPS, usuario manifiesta no recibir programación por urología. Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (16.08.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta con solución de fondo, de lo cual, han transcurrido aproximadamente nueve (9) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud".						

Cuadro N. 12 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

3. N. PQR	EPS	Estado	Riesgos de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210000996XXXX del 18/08/2022	Emssanar EPS	Reabierto	SI	Occidental	31/01/2023	22/08/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - Usuario requiere autorización y programación de consulta por neumología, control medicina interna, espirometría o curva de flujo, volumen pre y post broncodilatadores, ecocardiograma de stress con prueba de esfuerzo o con prueba farmacológica, gases arteriales en reposo o en ejercicio. Ordenado el 14.07.2022 por medicina interna, tiene pendiente autorización y programación de urodinamia estándar ordenada el 30.03.22. Adicional tiene pendiente autorización y entrega de Bromuro de tiotropio/oladaterol, ordenado el 14.07.22, pero no le han efectuado ninguna entrega por carecer de autorización. El 18.08.2022 la PQR fue leída por el vigilado. El 25 y 31 de agosto de 2022 el usuario se comunica para solicitar información del caso, se indica se encuentra en trámite y gestión por parte de la entidad EPS. El 07.09.2022 usuario se comunica e informa que la EPS no ha dado respuesta de fondo a solicitud, pendiente autorización y prestación efectiva de servicios de salud. El 13.09.2022 usuario se comunica para informar que el caso no ha sido atendido por EPS, se solicita a la entidad realice gestiones, dado condición de salud de la afectada. El 19.09.2022 usuario se comunica para solicitar información del caso, se indica que se encuentra en gestión por EPS. El 23.09.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 10. 10.2022 usuario se comunica para solicitar información del caso, se indica la respuesta de EPS, usuario manifiesta que aún tiene pendiente que la EPS le garantice la entrega de medicamentos y autorice y programe toma de Urodinamia, el 11.10.2022 se realiza reapertura del caso. El 24.10.2022 usuario se comunica solicitando información del caso, se le indica que encuentra en gestión de EPS. Le fue autorizado laboratorio de Gases Arteriales, pero la IPS informa que no realizan paraclínico, manifiesta que realizó actualización de ordenes el 20.10.22 generados por Medicina Interna, los cuales no se han garantizado.						

3. N. PQR	EPS	Estado	Riesgos de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210000996XXXX del 18/08/2022	Emssanar EPS	Reabierto	SI	Occidental	31/01/2023	22/08/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
El 28.10.2022 usuario informa que EPS no ha garantizado autorización y programación de consulta neumología, control medicina interna, espirometría o curva de flujo, volumen pre y post broncodilatadores, ecocardiograma de stress con prueba de esfuerzo o con prueba farmacológica, gases arteriales en reposo o en ejercicio, ordenado el 14.07.2022; autorización y programación de urodinamia estándar ordenada el 30.03.2022, está pendiente autorización y entrega de bromuro de tiotropio/oladaterol polvo para inhalación 2.5mcv cantidad 90, salud de la afectada ha desmejorado y solicita celeridad, son esenciales para manejo de patología. El 02.11.2022 usuario informa que la EPS no ha garantizado autorización y programación de los requerimientos, la salud de la afectada ha desmejorado y solicita celeridad. El 15.11.2022 usuario informa que la EPS no ha garantizado autorización y programación frente a los requerimientos. El 18.11.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 07.12.2022 usuario se comunica para solicitar información del caso, se le indica respuesta generada entidad, usuario manifiesta que la EPS no ha garantizado consulta por especialista neumología, igualmente informa que la respuesta es falsa debido a que la paciente no ha recibido medicamentos, se efectúa reapertura del caso. El 28.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 28.12.2022 usuario se comunica para solicitar información del caso, se le indica respuesta generada por entidad, usuario manifiesta que hay inconsistencia con la respuesta por de la entidad, debido a que relacionan medicamento que no requiere autorización, pero no es el que necesita la paciente, se reapertura caso por no contar con solución de fondo. El 04.01.2023 usuario se comunica para solicitar información del caso, pendiente programación neumología, se le indica que caso está en gestión por la EPS. El 30.01.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 31.01.2023 usuario comunica que la EPS no ha dado respuesta de fondo a la solicitud, sigue pendiente autorización y prestación neumología, espirometría o curva de flujo, volumen pre y post broncodilatadores, ecocardiograma de stress con prueba de esfuerzo o con prueba farmacológica, gases arteriales en reposo o en ejercicio. Usuario no está de acuerdo con respuesta de la EPS ya que desde junio solicita la prestación del servicio, la EPS no ha programado valoración especialista en neumología, se reapertura caso por concepto sin solución de fondo. El 09.02.2023 usuario se comunica manifestando que la EPS no ha dado solución de fondo a la solicitud, lleva mucho tiempo esperando servicio neumología. El 09.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 20.02.2023 usuario se comunica manifestando que EPS no programa consulta en neumología, se reapertura el caso. El 24.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 06.03.2023 usuario informa que EPS generó programación neumología para el 15.03.2023, usaria agradece por gestión realizada. Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (18.08.2022) hasta el cierre (06.03.2023) por parte de la EPS, momento en el que se da solución de fondo al caso sin conocerse si en efecto fue así, transcurrieron aproximadamente seis (6) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte Emssanar EPS, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 13 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

4. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001021XXXX del 24/08/2022	Comfamiliar Huila	Reabierto	SI	Sur	21/10/2022	26/08/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - Usuario requiere entrega suplemento alimenticio, al solicitar en farmacia de la IPS, indican que no se encuentra disponible. El 24.08.2022, la PQR fue leída por el vigilado, en la misma fecha la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indican en entre otras situaciones "se pudo evidenciar que la EPS autorizó entrega del medicamento para la red prestadora farmacia IPS, quienes están realizando trámite de consecución del medicamento". El 25.08.2022 se establece comunicación con usuario, informa que recibió respuesta de la EPS confirmando autorización del medicamento, pero no dan entrega de este, por no contar con solución de fondo se reapertura el caso el 26.08.2022. El 27.08.2022 se establece comunicación con usuario, informa que la EPS no ha entregado medicamento. El 29.08.2022, la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indicando en entre otras situaciones "se pudo evidenciar que la EPS autorizó entrega del medicamento para la red prestadora farmacia IPS, están realizando el trámite de consecución del medicamento". El 31.08.2022 se establece comunicación con usuario, informa no ha recibido medicamento, en la misma fecha se reapertura caso por no contar con solución de fondo. El 05.09.2022, la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indicando en entre otras situaciones "se pudo evidenciar que EPS autorizó entrega medicamento para la red prestadora farmacia IPS, están realizando trámite de consecución de medicamento". El 21.10.2022 en seguimiento efectuado se informa que la EPS, dice no tener el medicamento, aludiendo que no están en MIPRES, pese a que junta médica aprobó el MIPRES, además hay tutela que no han acatado. En la misma fecha se reapertura el caso por no contar con solución de fondo. Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (24.08.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta con solución de fondo, de lo cual, han transcurrido aproximadamente siete (7) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 14 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

5. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001069XXXX del 05/09/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	31/01/2023	7/09/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - Usuario requiere programación y realización procedimiento quirúrgico: Resección de tumor de ovario por laparotomía, salpingooforectomía bilateral, histerectomía total por laparotomía, consulta especialista en anestesiología, cuenta con autorización para la IPS, al comunicarse con entidad, dicen no hay agenda. El 08.09.2022, la PQR fue leída por el vigilado.						

5. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001069XXXX del 05/09/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	31/01/2023	7/09/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
El 12.09.2022 se establece comunicación con usuario, informa no ha recibido respuesta de programación y realización de procedimiento quirúrgico. El 13.09.2022, la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indica que no cuenta con contrato vigente para IPS, se realiza cambio a IPS Clínica Tolima, para definir procedimiento quirúrgico. El 03.11.2022 se establece comunicación con usuario, informa que EPS no garantiza procedimiento quirúrgico y tampoco consulta expuesta en respuesta adjunta con especialista ginecología, la EPS estableció comunicación con usuario informando que consulta fue autorizada, sin embargo, al comunicarse con la entidad informan que no tienen agenda disponible, en la misma fecha se reapertura el caso por no contar con solución de fondo. El 17 y 23 de noviembre de 2022, se establece comunicación con usuario, se le indica que caso se encuentra en gestión, a espera de respuesta por la entidad. El 13.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indica que usuario ya cuenta con asignación de cita, se procede a cerrar el caso, pendiente por asistir a la cita de ginecología obstetricia. El 30.01.2023 en seguimiento efectuado se informa que no se ha dado solución, se reapertura el caso el 31.01.2023. El 15.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (05.09.2022) hasta el cierre (15.02.2023) por parte de la EPS, momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, transcurrieron aproximadamente cinco (5) meses superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte Emssanar EPS, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 15 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

6. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001091XXXX del 08/09/2022	Coosalud	Reabierto	SI	Andina	7/02/2023	12/09/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere programación consulta medicina especializada en endocrinología, neurocirugía, fisiatría de manera prioritaria, radiografía panorámica de columna, autorización y posterior entrega de silla de ruedas, pero al comunicarse con la entidad, le indican que no hay agenda. El 14.09.2022, se establece comunicación con usuario, se le indica que el caso se encuentra en gestión, a la espera de respuesta por parte de la entidad. El 19.09.2022, se establece comunicación con usuario, quien informa que la EPS no ha atendido solicitud. El 22.09.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indicando programación de neurocirugía, endocrinología. El 20.10.2022 se establece comunicación con usuario, quien informa que la EPS no dio respuesta autorización silla de ruedas, se reapertura al caso por no contar con solución de fondo. El 27.10.2022 se establece comunicación con usuario, informa requiere la silla de ruedas y cita con endocrinología, se le indica que caso está en gestión por la EPS. El 01.11.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión por EPS. El 02.11.2022, se establece comunicación con usuario, informa que la EPS no ha atendido solicitud. El 29.11.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión por EPS. El 05.12.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión EPS, usuario manifiesta ya cuenta con orden médica y las valoraciones, así como la entrega de silla de ruedas de forma oportuna. El 22.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indicando programación de neurocirugía, endocrinología y cita Staff Movilidad y sedestación. El 12.01.2023, se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se indica respuesta de la entidad, usuario manifiesta que junta de rehabilitación no han generado respuesta, (usuario informa que requiere resultados de junta de rehabilitación y validar si se dio aval para silla de ruedas), se reapertura al caso por no contar con solución de fondo. El 19.01.2023 se establece comunicación con usuario, quien solicita información respecto del caso, se le indica que se encuentra en gestión por parte EPS. El 23.01.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 24.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información respecto del caso, manifestando no han hecho entrega de silla de ruedas, se le indica que se encuentra en gestión por parte de la EPS, el 25.01.2023 se da reapertura al caso, por no contar con solución de fondo. El 01.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". Informando en un aparte de la respuesta "Referente a la nueva solicitud de silla de ruedas ordenada por la IPS Comité de Rehabilitación el día 26.01.2023, se informa: según lo establecido en el artículo no se encuentra cubierta por plan de beneficios en salud" – "Parágrafo 2. No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos". El 06.02.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información respecto del caso, se le indica respuesta de entidad, refiere que la silla que entregaron en primera oportunidad tiene desgaste y ya no es útil, motivo por el que fisiatra generó nueva orden para entrega del insumo, según el usuario por la especialidad médica tiene la justificación de nuevo insumo, el 07.02.2023 se da reapertura del caso por no contar con solución de fondo. El 01.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". Informando en uno de los apartes "Referente a la nueva solicitud de silla de rueda ordenada por la IPS Comité de Rehabilitación el día 26.01.2023, se informa: según lo establecido en artículo no se encuentra cubierta por plan de beneficios en salud" – "Parágrafo 2. No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos", concluyendo que "no se autoriza silla de ruedas ya que no se encuentra cubierta por el plan de beneficio". El 09.02.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información respecto del caso, se indica respuesta de la entidad, se da reapertura del caso por no contar con solución de fondo. El 10.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". Informando en uno de los apartes de la respuesta que "no se autoriza silla de ruedas ya que no se encuentra cubierta por el plan de beneficios". Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (08.09.2022) hasta el cierre (10.02.2023) por parte de la EPS, momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, transcurrieron aproximadamente 5 (cinco) meses superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado.						

Cuadro N. 16 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

7. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
-----------	-----	--------	----------------	----------	----------------	-------------------

20222100010916XXXX del 8/09/2022	Coosalud	Reabierto	SI	Andina	7/02/2023	12/09/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Es el mismo caso de la PQR 20222100010915292 del 08.09.2022						

Cuadro N. 17 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

8. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001117XXXX del 14/09/2022	Servicio Occidental de Salud	Reabierto	SI	Occidental	12/01/2023	16/09/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere autorización, programación y entrega de procedimiento quirúrgico remoción tumor en labio, medicamentos e insumos desmopresina, pañitos húmedos, gasprid, silla de ruedas, silla de baño. El 14.09.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 15 y 20 de septiembre de 2022, se establece comunicación con usuario, se indica que el caso se encuentra en gestión, a la espera de respuesta por parte de la entidad. El 24.09.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indicando que se evidencia en base de datos insumos y medicamentos autorizados desde el mes de julio sin reclamar y posterior se han vencido, se adjuntan autorizaciones insumos que están vigentes para reclamación ante el prestador, se le informa que medicamento desmopresina de acceso directo con el prestador, los pañitos húmedos no se evidencia radicados soportes vigentes usuario debe radicar soportes para gestión y validación de estos, se envían autorizaciones de insumos, medicamentos y consulta que ya se encuentran autorizadas. El 27.09.2022 se establece comunicación con usuario, se indica respuesta de la EPS, usuario manifiesta que no han generado autorizaciones ni entregas completas, se da reapertura al caso, por no contar con solución de fondo. El 30.09.2022 se establece comunicación con usuario, este informa que los medicamentos e insumos tienen novedad de no comercialización por el Invima, la orden de los pañitos se encuentra vencida debe consultar con su médico tratante para que renueve órdenes y se valide otra opción terapéutica. El 03.10.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indicando novedad que debe consultar con médico tratante para que renueve órdenes y se valide otra opción terapéutica, usuario manifiesta que habló con el médico y cambio medicamento, se escala el caso con el área de medicamentos donde indican que familiar de la menor no ha radicado la nueva fórmula. El 12.01.2023 se establece comunicación con usuario, informa que tiene pendiente entrega silla de ruedas, silla de baño y procedimiento quirúrgico, se da reapertura al caso, por no contar con solución de fondo. El 12.01.2023 la SNS se comunica con la EPS para solicitar avances y gestión del PQR, donde funcionaria que atendió indicó que caso no registra en el sistema, se le notifica solicitud de reapertura del caso e insiste que no se evidencia en el sistema, se solicita a funcionario avances en la plataforma de la SNS. El 23 y 31 de enero y 07 de febrero de 2023 se establece comunicación con usuario, quien solicita información respecto del caso, se indica que se encuentra en gestión por la EPS. El 20.02.2023 se registra fallo de tutela. El 20 y 23 de febrero y 03, 04, 16, 22 y 27 de marzo de 2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se indica que se encuentra en gestión por EPS, usuario manifiesta que la paciente se encuentra postrada en cama por discapacidad del 100%. Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (14.09.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta solución de fondo, de lo cual, han transcurrido aproximadamente siete (7) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud".						

Cuadro N. 18 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

9. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001285XXXX del 25/10/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Occidental	7/01/2023	27/10/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere siguientes medicamentos Vimpat Iacosdamida, levetiracetam Keppra tab, Vigabatrin Sabry, Cannabidiol, Zudenina Gel (Adapaleno 0.1%), Aclaria humectante gel facial, Eucerin OIL control toque seco, Lipiel Syndet, Hidrocortisona crema, adicional programación consulta control especialista dermatología, entrega del medicamento Sibilla tab. Al validar con la farmacia, le informan no disponibilidad y otros medicamentos no están autorizados. Autorización, programación y prestación efectiva de control epilepsia, valoración neurocirugía funcional, consulta de control especialista en dolor y cuidados paliativos, consulta de control especialista genética médica, Junta médica, consulta especialista endocrinología pediátrica, exámenes de laboratorio (Seguimiento de Hipermenorrea), consulta por psicología. Servicios que no han sido autorizados para paciente sin medicamentos, se solicita entrega y prestación efectiva de los servicios. El 26.10.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 28.10.2022 se efectúa seguimiento informándose que se encuentra en gestión por EPS. El 28.10.2022 se establece comunicación con usuario, se indica no se evidencia respuesta por EPS; familiar señala que solo han sido entregados los insumos Vimpat, Levetiracetam y vigabatrin y generaron autorización para consulta psicología; los insumos Cannabidiol, Zudenina Gel (Adapaleno 0.1%), Aclaria humectante gel facial, Eucerin OIL control toque seco, Lipiel Syndet, Hidrocortisona crema aún continua pendientes, al igual que consulta de control especialista dermatología, control epilepsia, valoración por neurocirugía funcional, consulta de control o seguimiento por especialista en dolor y cuidados paliativos, consulta de control especialista genética médica, Junta médica y consulta por especialista endocrinología pediátrica; se solicita a la entidad realice gestiones dado la condición actual de salud de la afectada. El 28.10.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo" indicando se agendan citas de neurología, neurocirugía, endocrino pediatria, genética, dermatología, psicología. El 29.10.2022 registró fallo de Tutela, inicio incidente de desacato. El 02.11.2022 se establece comunicación con usuario, manifiesta no ha sido solucionado de fondo solicitud, manifiesta que medicamentos no han sido entregados y son de importancia para el manejo de patología, solicita solución al caso, se da reapertura del caso ya que fue cerrado por el vigilado sin solución de fondo. El 09.11.2022 se establece comunicación con usuario, solicitó información del caso, se le indica que se encuentra en gestión a espera de pronunciamiento de EPS. Usuaría indica autorizaron cuidados paliativos, cita endocrinología, cita de neurología, cita de neurocirujano funcional y entrega de medicamentos, pero hace falta entrega de otros importantes. El 24.11.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 24.11.2022 se establece comunicación con usuario, solicitó información del caso, se indica respuesta generada por entidad, usuaría manifiesta que EPS generó respuesta de algunos servicios, pero hacen falta otros, aunado a programación de consulta control especialista en dolor y cuidados paliativos, autorización y programación consulta especialista genética, Junta medica con neurocirugía. Se reapertura caso al no contar con solución de fondo por el vigilado.						

9. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001285XXXX del 25/10/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Occidental	7/01/2023	27/10/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
El 16.12.2022 se establece comunicación con usuario, solicitó información del caso, se indica respuesta generada por entidad, usuaria manifiesta que no han garantizado autorización, programación y prestación efectiva de control epilepsia, valoración neurocirugía funcional (prioritario), consulta de control especialista en dolor y cuidados paliativos, consulta control especialista genética médica, junta médica, consulta especialista endocrinología pediátrica. Se indica que se encuentra en gestión EPS. El 26.12.2022 se establece comunicación con usuario, informa no garantizado autorización, programación y prestación efectiva de control epilepsia, valoración neurocirugía funcional (prioritario), consulta control especialista en dolor y cuidados paliativos, consulta control especialista en genética médica, Junta médica. Se indica que se encuentra en gestión EPS. El 30.12.2022 se establece comunicación con usuario, informa que no han brindado respuesta de entrega de medicamentos para continuidad tratamiento médico. El 02.01.2023 EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", se asigna cita con medico familiar para reformulación de medicamentos ya que la orden se encuentra vencida. Se programó cita neurología y neurocirugía, la junta medica es programada con la misma cita de neurocirugía. El 06.01.2023 se establece comunicación con usuario, presenta inconformidad con respuesta EPS, teniendo en cuenta que fue valorada por Medicina familiar, pero al momento de la consulta médico no conocía su caso por tanto no le fue enviado medicamento, lo cual es perjudicial para su salud, se reapertura el caso el 07.01.2023 por no contar con solución de fondo. El 12.01.2023 se establece comunicación con usuario, indica que ya le están entregando medicamentos, pero hacen falta algunos. El 13.01.2023 se establece comunicación con usuario, se le indica que el caso se encuentra en gestión EPS, usuaria refiere que no le han asignado citas con dermatología, neurocirugía funcional, genética médica y cita con junta médica. El 17.01.2023 se establece comunicación con usuario, se le indica que caso se encuentra en gestión EPS. El 09.02.2023 se establece comunicación con usuario, se le indica que el caso se encuentra en gestión EPS, la usuaria manifiesta inconformidad, no le han entregado algunos medicamentos, adicional programación de la consulta de control especialista en dermatología, consulta de control especialista en dolor y cuidados paliativos, Junta médica, genética médica (renovar orden), consulta psicología. El 17.02.2023 se establece comunicación con usuario, indica que EPS no dio una respuesta oportuna frente a la cita programada para medicina familiar. El 03.03.2023 se establece comunicación con usuario, indica que EPS no le ha garantizado la autorización y programación de Consulta por junta médica. El 25.03.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 27.03.2023 se establece comunicación con usuario, se indica que respuesta generada por entidad, usuaria manifiesta que la EPS no ha garantizado autorización y programación de consulta por junta médica, se reapertura el caso por no contar con solución de fondo. El 25.03.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo el 29.03.2023", indicando que requiere radique fallo tutela donde solicita junta médica y orden medica vigente especificando tipo de junta que requiere usuario, teniendo en cuenta que en documentos no se encontró dicha información. Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (25.10.2022) hasta el cierre (25.03.2023) por parte de la EPS, momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, transcurrieron aproximadamente cinco (5) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 19 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

10. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001294XXXX del 27/10/2022	Comfenalco Valle	Reabierto	SI	Occidental	7/02/2023	31/10/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere programación de cirugía resección de tumor maligno de piel o tejido celular subcutáneo área general, con reparación, pero hace falta consulta por anestesiología. El 27.10.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 02.11.2022 se establece comunicación con usuario, indica que EPS no ha dado respuesta de fondo a la solicitud. El 24.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo". El 07.02.2023 se establece comunicación con usuario, indica que ya fue valorado por anestesiología, pero no han programado procedimiento cirugía. El 07.02.2023 se reapertura del caso al no contar con solución de fondo por parte del Vigilado. El 17.02.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión EPS. Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (27.10.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta con gestión y solución de fondo, de lo cual han transcurrido aproximadamente seis (6) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 20 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

11. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001308XXXX del 31/10/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	25/01/2023	02/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere entrega de Brimonidina 0.2% +Timolol 0.5% solución oftálmica pendiente primera entrega mes octubre, Latanoprost, al validar con farmacia indican que no pueden entregar medicamento por no estar disponible. El 31.10.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 02.11.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión EPS. El 24.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se le informa que puede acercarse a los puntos de la farmacia con la formula médica y numero de volante vigente para su respectiva entrega". El 04.11.2022 se establece comunicación con usuario, a quien se le indica la respuesta dada por EPS. El 20.01.2023 se establece comunicación con usuario, manifiesta inconformidad porque que se encuentra pendiente entrega del medicamento, Brimonidina +Timolol 0.5% solución oftálmica, refiere que cada vez que se acerca a la farmacia generan pendiente, motivo por el cual se reapertura caso.						

11. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001308XXXX del 31/10/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	25/01/2023	02/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
El 23.01.2023 se intenta establecer comunicación con el usuario a número de contacto para solicitar orden médica para la entrega, pero no contesta. El 24.01.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "nos permitimos indicar que la farmacia, solicita orden médica para entrega medicamento, el día 24.01.2023 se intentó establecer comunicación con usuario, pero no fue posible, se envió correo electrónico el 24.01.2023 pero no se ha recibido documentos solicitados. Al no obtener soportes no es posible acceder a petición. Por lo anterior, se informa que puede acercarse a puntos de farmacia con formula médica y número de volante vigente para entrega". El 25.01.2023 se establece comunicación con usuario, manifiesta acudió a farmacia, pero no entregan medicamento por no está disponible, motivo por el cual se da reapertura al caso. El 14.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se realiza contacto con usuario, indica que le están entregando medicamentos Brimonidina +Timolol 0.5%solucion oftálmica y Latanoprost". Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (31.10.2022) hasta el cierre (14.02.2023) por parte de la EPS, momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, transcurrieron aproximadamente cuatro (4) meses superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado.						

Cuadro N. 21 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

12. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001309XXXX del 31/10/2022	Suramericana EPS	Reabierto	SI	Occidental	2/01/2023	2/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere autorización y programación de resección de tumor benigno o maligno de piel o tejido celular subcutáneo. El 31.10.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 04 y 11 de noviembre de 2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión EPS. El 21.11.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se le indica que está programada para valoración con dermatóloga el 30 de noviembre". El 02.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica la respuesta generada por entidad, usuario manifiesta que ya tuvo consulta con profesional, donde generaron nueva orden de cirugía, pero no ha recibido respuesta de autorización y programación para el procedimiento, motivo por el cual se reapertura al caso. El 05.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión EPS. El 23.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se le indica que está programada para valoración con dermatóloga el 30 de noviembre". Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (31.10.2022) hasta el cierre (23.02.2023) por parte de la EPS, sin conocerse si en efecto fue practicada la cirugía, han transcurrido aproximadamente cuatro (4) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud".						

Cuadro N. 22 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

13. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001356XXXX del 11/11/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	4/01/2023	16/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere la entrega de bloqueadores solaresphotoderm max 50+ spray, no obstante, cada vez que se acerca a farmacia, le indican no están disponibles. Requiere consulta con especialista en neurología, solicita cambio de IPS para control especialista reumatología, sin embargo, usuaria manifiesta que solicitó cambio de autorización el 30.10.22 para Unidad Cardiológica quienes cuentan con convenio con EPS, no generan respuesta. Solicita desvinculación de grupo familiar, se encuentra como beneficiaria de su esposo, registró novedad ante EPS donde le indican que realizarán cambios para registrarla como cotizante, cambios que no se ven reflejados. El 11.11.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 17.11.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se le indica que fueron asignadas citas con neurología y reumatología". El 21.11.2022 se establece comunicación con usuario, manifiesta que se encuentra pendiente entrega bloqueadores solares, refiere que volvió a farmacia y le manifiestan no estaba disponible medicamento, motivo por el cual se da reapertura al caso. Adicionalmente usuario manifiesta que la EPS asignó consultas de manera efectiva, así como la desvinculación de grupo familiar. El 25.11.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "usuaria indicó que la cita neurología la tuvo el 21.11.2022, la cita reumatología está programada para el 30.11.2022 y el protector lo entregaron el 23.11.2022". El 28.12.2022 se establece comunicación con usuario, manifiesta tiene pendiente segunda entrega de bloqueadores, motivo por el cual se da reapertura al caso. El 30.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informa en uno de sus apartes "el producto protector solar presentó novedad de desabastecido, motivo por el cual no fue dispensado, se informa que el medicamento se encuentra disponible para entrega, por lo que se solicita al usuario acercarse para dispensación". El 04.01.2023 se establece comunicación con usuario, manifiesta se acercó a farmacia y le informaron que sí estaba disponible el bloqueador, sin embargo, no es posible la entrega porque EPS anuló en sistema autorización para dispensación, motivo por el cual se da reapertura al caso. El 13.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "En comunicación con usuaria se le informa de programación reumatología para el 14.02.2023". Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (11.11.2022) hasta el cierre (13.02.2023) por parte de la EPS, momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, han transcurrido aproximadamente dos (2) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud".						

13. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001356XXXX del 11/11/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	4/01/2023	16/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
<i>del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud".</i>						

Cuadro N. 23 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

14. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001366XXXX del 15/11/2022	Savia Salud	Reabierto	SI	Andina	25/01/2023	17/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere la entrega de medicamentos Indacaterol + Glicopirronio capsula dura (ultibro-breezhal) (VMR) (REG), manifiesta que cuando va a reclamarlo le informan que no disponibilidad y que lo hacen llegar a domicilio, se encuentra muy descompensada y ha tenido que recurrir constantemente al servicio de urgencias porque se está asfixiando por la falta del medicamento. El 15.11.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 28.12.2022 y 10.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le informa que se encuentra en gestión por EPS. El 18 y 23 de enero de 2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, manifestando que tiene pendiente entrega de inhaladores de noviembre y diciembre y no se le ha enviado, se le informa que se encuentra en gestión por EPS. El 24.01.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informa en uno de sus apartes "fueron entregados medicamentos solicitados según conversación con familiar de usuaria, se anexa audio de la conversación. Por lo anteriormente mencionado se da por cerrado el caso". El 25.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica la respuesta generada por entidad, usuario manifiesta que no le han entregado medicamentos, motivo por el cual se reapertura del caso. El 26.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le informa que se encuentra en gestión por EPS. Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (15.11.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta solución de fondo, de lo cual, han transcurrido aproximadamente cinco (5) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud".						

Cuadro N. 24 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

15. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001368XXXX del 15/11/2022	Nueva EPS	Reabierto	SI	Occidental	2/12/2022	17/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere autorización y entrega del medicamento Degludec + liraglutida. Radicó solicitud ante la entidad y esta fue negada indicando problemas de pertinencia en el suministro del medicamento y regresar al médico tratante para otra opción de tratamiento; indica que regreso donde su médico y el ratifica el medicamento, diabetes de difícil manejo. El 28.11.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le informa que se encuentra en gestión por EPS. El 28.11.2022, la PQR fue leída por el vigilado. El 02.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se le informa a familiar de la usuaria que el medicamento está siendo devuelto ya que no cumple con la indicación Invima y dosis indicada para manejo de obesidad conforme a lo estipulado en las guías de manejo, se programa cita endocrinología el 21 de diciembre". El 02.12.2022 se establece comunicación con usuario, manifestando no estar de acuerdo con respuesta entregada por entidad, indica que el médico realizó la corrección de fórmula y aun así no entregan medicamento, motivo por el cual se reapertura del caso. El 21.12.2022 se establece comunicación con usuario, quien informa que EPS no garantizado autorización y entrega de medicamento Degludec + liraglutida, el cual es esencial para el manejo de su patología. El 08.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se realiza la respectiva validación del caso y se evidencia que en nuestro sistema de información se ha venido generando autorizaciones de servicios solicitados conforme requerimiento del usuario, se confirma autorización el día 30 de enero para insulina degludec + liraglutida, con el prestador audifarma". Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (15.11.2022) hasta el cierre (08.02.2023) momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si el efecto fue así, han transcurrido aproximadamente dos (2) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 25 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

16. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001384XXXX del 18/11/2022	Nueva EPS	Reabierto	SI	Sur	6/01/2023	22/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud - usuario requiere programación y realización de panangiografía cerebral diagnóstica más oclusión de lesión en vasos intracraneales y angioplastia con o sin implantación de dispositivos, los cuales tiene pendiente ya que, al comunicarse con entidad, le indican no pueden prestar servicio por falta de insumos y por vencimiento de contrato con EPS. El 23.11.2022 se establece comunicación con usuario, manifiesta que no ha recibido respuesta por parte de la EPS, se valida sistema y no se evidencia respuesta EPS. El 01.12.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, preocupada por la salud de la menor, informa que la afectada presenta quebrantos de salud por la inoportunidad en la atención médica dadas las observaciones de su médico tratante. Se indica que caso se encuentra en gestión EPS, urgente. El 09.12.2022 solicita información del reclamo, refiriendo que tiene pendiente programación y realización de panangiografía cerebral diagnóstica más oclusión de lesión en vasos intracraneales y angioplastia con o sin implantación de dispositivos, por falta de oportunidad de insumos disponibles, no ha sido posible. El 12.12.2022, la PQR fue leída por el vigilado.						

Página 25 de 63

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

DIFT17

16. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001384XXXX del 18/11/2022	Nueva EPS	Reabierto	SI	Sur	6/01/2023	22/11/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
El 12.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "El 09.12.2022 se establece comunicación con usuario, quien, preocupado por la salud de menor, informa que la afectada presenta quebrantos de salud por la inoportunidad en la atención médica de carácter urgente dadas las observaciones de su médico tratante. Se indica que el caso se encuentra en gestión EPS, urgente". El 19.12.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, preocupada por la salud de la menor, informa que no ha recibido llamado para la programación y realización del procedimiento quirúrgico, se le indica respuesta generada por EPS. El 06.01.2023 se establece comunicación con usuario, informa que no ha sido garantizada prestación servicio solicitado, se reapertura del caso por no tener solución de fondo. El 16.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que EPS no ha emitido respuesta. El 14.03.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "El 09.12.2022 se establece comunicación con familiar de usuario, indica que el hospital se comunicó con ella para programación de cirugía, pero la menor se encontraba con cuadro gripal, fue reprogramada para el mes de marzo". Se concluyó que desde la fecha de radicación de la PQR (18.11.2022) hasta el cierre (14.03.2023) momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, han transcurrido aproximadamente cuatro (4) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 26 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

17. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo de Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001462XXXX del 09/12/2022	Coosalud	Reabierto	SI	Occidental	7/02/2023	13/12/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud – Usuario con diagnóstico hipertensión, hipotiroidismo, hernia abdominal, incontinencia mixta, postrada en cama, síndrome relacionado con trastorno de movilidad, remplazo de cadera, requiere autorización y continuidad del servicio de homecare, ya que hace 2 meses no le prestan el servicio, no tiene orden para insumo ni medicamentos y el médico no ha vuelto desde hace 2 meses. Usuario indica haber radicado solicitud ante EPS quien indica que ya se comunicaron con la IPS y esta informa que no registra en base de datos. El 13.12.2022 se establece comunicación con usuario, manifiesta que EPS no ha dado respuesta a solicitud. El 13.12.2022 se realiza llamada al número de contacto de la EPS, sin embargo, no se puede validar información ya que no contestan. El 20 y 27 de diciembre de 2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que el caso se encuentra en gestión EPS. El 29.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", indica que se intenta comunicación con el paciente, pero no se obtiene respuesta. Se valida en plataforma y no se evidencia autorización ni direccionamiento de home care por lo cual no es posible generar el correcto direccionamiento o solicitud de este, se hace importante que usuario esté disponible a requerimiento para dar solución a solicitud. El 29.12.2022 se establece comunicación con usuario, se le indica respuesta generada por entidad, usuario manifiesta que paciente estaba recibiendo atención domiciliaria, desde hace 3 meses no realizan visita, motivo por el cual se reapertura el caso. El 03.01.2023 a EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", indica que se intenta comunicación con paciente, pero no se obtiene respuesta. Se valida en plataforma y no se evidencia autorización ni direccionamiento de home care por lo cual no es posible generar el correcto direccionamiento o solicitud de este, se hace importante que usuario esté disponible a requerimiento para dar solución a solicitud. El 03.01.2023 se establece comunicación con usuario, se le indica respuesta generada por entidad, usuario manifiesta que paciente estaba recibiendo atención domiciliaria, desde hace 3 meses no realizan visita, motivo por el cual se reapertura el caso. El 03.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica respuesta generada por entidad, usuario manifiesta que realizará validación y reportará cualquier novedad. El 18.01.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, refiere que EPS genera respuesta indicando acercarse a la oficina de Coosalud con las órdenes para tramitar servicio, agrega que se acercó a EPS, le indican que su caso está en trámite, sin solución alguna, valida con el home care clínica central care, y le informan que COOSALUD no ha emitido autorización, motivo por el cual se reapertura el caso. El 25 y 31 de enero 2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica se encuentra en gestión EPS. El 31.01.2023 EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", indica que se establece comunicación con familiar de usuaria, el cual se le informa que el día 31.01.2023 se realizará visita médica en casa, posterior a la valoración se enviará el plan de manejo de la paciente. El 07.02.2023 se establece comunicación con usuario, manifiesta que tiene pendiente revisión de médico en casa ya que fue valorada en la fecha indicada, pero la siguen enviando a asistir a consulta de manera presencial a lo que refiere no poder hacer por la movilidad de la paciente, motivo por el cual se reapertura el caso. El 08.02.2023 se realiza llamada a los números de contacto de EPS, se insiste, pero no contestan por lo tanto no es posible realizar seguimiento. El 08.02.2023 EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", se intenta comunicación con paciente, pero no se obtiene respuesta. Se valida en plataforma y no se evidencia autorización ni direccionamiento de home care, por lo cual no es posible generar el correcto direccionamiento o solicitud de este, importante que usuario esté disponible a nuestro requerimiento para dar solución a solicitud. Se recomienda comunicarse o acercarse nuestra oficina principal con soportes vigentes y ordenamientos correspondientes de consultas médicas o solicitud de cuidado en casa para tramitar la programación de servicios. Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (09.12.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta con solución de fondo, de lo cual han transcurrido aproximadamente cuatro (4) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 27 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

18. N. PQR	EPS	Estado	RV	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001463XXXX del 09/12/2022	Compensar	Reabierto	SI	Sur	17/01/2023	13/12/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud – Usuario requiere portabilidad para ciudad de Neiva, diagnóstico desnutrición proteico-calórica severa, no especificada, heridas múltiples del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis traqueostomía, gastrostomía, hipertensión esencial primaria, usuaria encuentra hospitalizada en Bogotá, desde el día 13.09.2022. Paciente se encuentra en trámite de egreso con PHD con indicaciones terapia física, respiratoria, ocupacional y fonoaudiología, visita						

médica, clínica de heridas, control periódico de electrolitos, apoyo de enfermería para cuidados de gastrostomía y traqueostomía, se informa que se encuentra incompleto el PHD, por lo que se solicita a EPS, garantizar prestación de servicios que el afectado requiere.

El 20.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se hace revisión del caso y se evidencia que usuaria se encuentra hospitalizada y para el egreso seguro, se solicita a IPS se realice valoración médica y defina plan de tratamiento en medio domiciliario. La IPS informa que en sitio de vivienda de usuaria (Huila) no tienen cobertura, por tanto, desde la IPS se están realizando gestiones con la usuaria para determinar un sitio de vivienda alternativo o red de apoyo familiar para efectuar servicio en sitio de cobertura".

El 17.02.2023 en el sistema de información en uno de sus apartes se describe "paciente egresa de hospital universitario debido a que EPS asigna IPS para plan de hospitalización domiciliario crónico, al llegar a casa encuentro que mi mamá no cuenta con servicio de enfermería, y es una paciente totalmente dependiente que cuenta con gastrostomía, colostomía, escara grado 3, manejo de medicación administrada por catéter subcutáneo, tomas de glucometrías, control de saturación, considero que debe continuar con un cuidado especializado mientras mantenga dispositivos clínicos, y más que han sido causados por mal manejo clínico lo cual genero una escara que conllevo a realización de colostomía".

El 22.02.2023 se realiza llamada al número de contacto de usuario, sin embargo, no es posible ya que no contesta.

El 05.04.2023 en sistema de información, como última actuación se registra "Buen día cordial saludo se genera tarea a la cohorte domiciliaria".

Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (09.12.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta con solución de fondo, de lo cual han transcurrido aproximadamente cuatro (4) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.

Cuadro N. 28 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

19. N. PQR	EPS	Estado	RV	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001471XXXX del 12/12/2022	Magisterio	Reabierto	SI	Sur	19/12/2022	14/12/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud – usuario requiere programación y valoración por consulta especialista hepatología pediátrica, genética, usuario presentó inconformidad ya que la EPS le quiere retroceder el proceso de la valoración por hepatología pediátrica, indicándole que debe iniciar de nuevo con valoración, también solicita programación en gastroenterología pediátrica.						
El 15.12.2022 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que la EPS no ha efectuado pronunciamiento del caso.						
El 15.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "se hicieron las validaciones encontrando que paciente tiene 3 solicitudes pendientes: cita Hepatología Pediátrica, especialidad Genética Humana y Gastroenterología Pediátrica. Las solicitudes se encuentran en tiempos de oportunidad teniendo en cuenta días hábiles, por otra parte, el agendamiento está sujeto a disponibilidad de prestador contratado".						
El 19.12.2022 se establece comunicación con usuario, informa que no han sido garantizado prestación de citas solicitadas. Refiere que cita con Hepatología Pediátrica viene siendo solicitada desde octubre, motivo por el cual se reapertura del caso.						
Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (12.12.2022) hasta la fecha de la presente auditoría, no se cuenta con evidencia objetiva que permita indicar que el caso cuenta con solución de fondo, de lo cual han transcurrido aproximadamente cuatro (4) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 29 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

20. N. PQR	EPS	Estado	RV	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento
2022210001485XXXX del 14/12/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Andina	3/02/2023	16/12/2022
Análisis Oficina de Control Interno						
Restricción en el acceso a los servicios de salud – usuario con apnea del sueño, requiere consulta con otorrino laringología, medicina familiar, psiquiatría, neurología, al comunicarse con la entidad le dicen que no hay agenda disponible. motivo por el cual presenta inconformidad, se solicita a EPS gestión y validación del caso.						
El 14.12.2022, la PQR fue leída por el vigilado.						
El 16.12.2022 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes "en comunicación con usuario se informa agendamiento de citas con otorrino, cita de familia, psiquiatría asistida y neurología.						
El 03.02.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica respuesta generada por EPS, usuario manifiesta que la cita fue cancelada con anterioridad por temas de salud, se han comunicado para la reprogramación, pero indican que no cuentan con agenda por el cual se reapertura del caso.						
El 17.02.2023 se establece comunicación con usuario, solicita información del caso, se le indica que se encuentra en gestión EPS.						
El 21.02.2023 la EPS con comentario "Cierre Entidad Vigilada o Sistema" - "Caso solucionado de fondo", informando en uno de sus apartes se realiza validación con la regional encargada, quien relaciona las consultas pendientes así 22.02.23 Medicina Familiar, 07.03.23 otorrinolaringología.						
Se concluye que desde la fecha de radicación de la PQR (14.12.2022) hasta el cierre (21.03.2023), momento en el que se da solución de fondo al caso, sin conocerse si en efecto fue así, han transcurrido aproximadamente tres (3) meses, superando los tiempos dispuestos en el "Análisis de tiempo" del procedimiento "Soluciones Inmediatas en Salud" (AUPD03 -V6), el cual en uno de sus apartes señala "aquella PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del usuario requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del usuario requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud", aunado, a que se evidenció continuos cierres del caso por parte del vigilado, sin que hubiera mérito para ello.						

Cuadro N. 30 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.3.3**, incorporada en el numeral 2.3 del presente informe de auditoría.

1.2.2 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso "Gestión de Atención al Usuario del SGSSS" ahora proceso "Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor"

Página 27 de 63

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

DIFT17



Estamos certificados

La Oficina de Control Interno siguiendo el plan de trabajo definido, de igual forma 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 “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, de lo cual a continuación se presentan los siguientes análisis.

Para ello, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno elevó solicitud de información a la dependencia antes mencionada en los siguientes términos, con el fin constatar que los controles y acciones complementarias definidas en los planes de tratamiento se cumplen.

“En desarrollo de la auditoría que en la actualidad se encuentra realizando la Oficina de Control Interno a los procesos de “Auditoría a los sujetos vigilados”, hoy “Auditorías” y “Gestión de Atención al Usuario” hoy “Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor”; por medio del presente, me suscribo con el fin elevar solicitud de información en relación con la gestión y administración de riesgos tanto de gestión como de corrupción asociados al proceso que usted lidera.

En ese orden de ideas, agradezco su siempre valiosa y oportuna colaboración (...) remitiendo evidencia objetiva que dé cuenta de la aplicación de controles (preventivos y detectivos), así como de la ejecución de las acciones contenidas en el plan de tratamiento de los riesgos descritos en archivo excel adjunto”. En ese orden de ideas, se tiene:

➤ **Riesgo de gestión identificado:**

“Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de los grupos de valor o sanciones de entes de control debido al incumplimiento de los términos de ley para la atención de derechos de petición”.

Causas identificadas:

1. Falta de control de los procedimientos por parte del funcionario responsable.
2. Desconocimiento de las responsabilidades en el manejo de información.
3. Falta de apropiación del proceso.

Controles definidos:

- a. Control preventivo: El líder del proceso, los Coordinadores de Grupo y los Directores Regionales, efectúan revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor.
- b. Control Detectivo: El líder del proceso, los Coordinadores de Grupo y los Directores Regionales verifica y notifica cuando se presenten las fallas tecnológicas mediante correo electrónico o proactivamente a los encargados del Sistema de Gestión Documental.
- c. Control Preventivo: El líder del proceso realizará seguimiento al cumplimiento del reporte mensual del trámite de los derechos de petición a las áreas de acuerdo con el artículo décimo noveno de la resolución 321 de 2016.

En tratándose del plan de tratamiento diseñado para el riesgo se definieron las siguientes acciones:

- a. Realizar seguimiento mensual al informe de tiempo de respuestas de los derechos de petición respondidos en la DPU.

- b. Realizar seguimiento mensual al cumplimiento del artículo décimo noveno de la Resolución 321 de 2016 (SDPU).
- c. Elaborar y remitir trimestralmente el informe de solicitudes de acceso a la información a todas las áreas de la Supersalud, en donde se evidencia el tiempo de respuesta a cada petición que llega a la Supersalud.

Una vez descritos los controles y acciones de tratamiento, se concluyó pertinencia en la definición de estos, respecto del riesgo y causas identificadas, posibilitando en mayor medida cumplir con el objetivo planteado el cual es “Aceptar el riesgo”, y en consecuencia darle tratamiento.

Debe precisarse que, el riesgo va dirigido a identificar situaciones adversas como lo es afectación reputacional, respecto del no cumplimiento de los términos de ley para la atención de derechos de petición que deban ser gestionados por la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus funciones, no siendo así, respecto de las PQR que son allegadas ante inconformidades presentados por usuarios o actores del SGSSS.

En ese orden de ideas, corresponde verificar el cumplimiento o ejecución de los controles y acciones definidas en el plan de tratamiento, de conformidad a lo consignado en la matriz de gestión y administración para este riesgo identificado.

CONTROL O ACCIÓN DEFINIDO(A)	CUMPLIMIENTO Y GRADO DE CONFORMIDAD EN SU EJECUCIÓN
El líder del proceso, los coordinadores de Grupo y los Directores Regionales, efectúan revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor. Evidencia: Acta de reunión y plan de contingencia si hay lugar a ello.	Como evidencia se aportaron las actas: - Acta N. 1 GE - 6401 del 13 de enero de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. 2 GE-6604 del 08 de febrero de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. 3 GE- 6718 del 10 de marzo de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. 4 GE- 690 del 21 de abril de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. 5 GE- 6959 del 13 de mayo de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. 6 GE - 7059 del 07 de junio de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. 653 del 05 de julio de 2022: El acta refleja el plan de choque implementado para gestionar documentos pendientes para el mes de mayo de 2022. - Acta N. 7 GE- 7246 del 15 de julio de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. GE - 7292 del 28 de julio de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. GE 7323 del 04 de agosto de 2022: Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. - Acta N. GE- 7533 del 14 de septiembre de 2022. Una vez verificada el acta no se evidenció que fuera cumplido para ese mes el control objeto de monitoreo consistente en “revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor”. - Acta N. GE- 7709 del 14 de octubre de 2022: Una vez verificada el acta no se evidenció que fuera cumplido para ese mes el control objeto de monitoreo consistente en “revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor”. - Acta N. GE- 7818 del 15 de noviembre de 2022: Una vez verificada el acta no se evidenció que fuera cumplido para ese mes el control objeto de monitoreo consistente en “revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor”.

CONTROL O ACCIÓN DEFINIDO(A)	CUMPLIMIENTO Y GRADO DE CONFORMIDAD EN SU EJECUCIÓN
	14. Acta N. GE- 7922 del 15 de diciembre de 2022: Una vez verificada el acta no se evidenció que fuera cumplido para ese mes el control objeto de monitoreo consistente en “<i>revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor</i>”. Con base en lo anterior, se evidenció incumplimiento en la ejecución del control en la forma en que fue dispuesto en la matriz para este riesgo identificado, en concreto, en lo referente al último cuatrimestre de la vigencia 2022. En consecuencia, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la No Conformidad N. 2.3.4 incorporada en el numeral 2.3 del presente informe. Al respecto sea pertinente indicar que, lo que en este punto es objeto de análisis por parte del equipo auditor de la Oficina de Control Interno, es el grado de eficacia del control (ejecución), esto, en relación con la gestión o administración del riesgo <i>inherente</i>, no siendo así respecto del riesgo <i>residual</i> el cual es objeto de tratamiento a través de una acción concreta incluida en el plan de tratamiento del riesgo, consistente en “<i>Elaborar y remitir trimestralmente el informe de solicitudes de acceso a la información a todas las áreas de la Supersalud, en donde se evidencia el tiempo de respuesta a cada petición que llega a la Supersalud</i>”. Sobre el particular, es claro que el objetivo del control es que en el transcurrir de los términos de ley para resolver peticiones, se puedan realizar los seguimientos mensuales a los que alude el control, con el fin evidenciar eventuales retrasos o desviaciones y en consecuencia emprender los correctivos del caso evitando que se materialice el riesgo; a diferencia de la acción de elaborar y remitir trimestralmente informe en donde se evidencie el tiempo de respuesta a cada petición que llega a la Supersalud, constituyéndose en una acción complementaria, tendiente a atacar el riesgo residual (después de controles), ejecutada en forma posterior a la resolución en termino o no de peticiones allegadas a la entidad.
El líder del proceso, los Coordinadores de Grupo y los Directores Regionales verifica y notifica cuando se presenten las fallas tecnológicas mediante correo electrónico o proactivamente a los encargados del Sistema de gestión Documental. Evidencia: informe al jefe inmediato.	Se aportó como evidencia correo electrónico emitido desde la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario del 15 de febrero de 2022, en donde pone en conocimiento de RequerimientosSuperargo@supersalud.gov.co , incidencia técnica relacionada con procesamiento lento de gestiones en el sistema de gestión documental. De igual forma se aportó, reporte de fallas de acceso al sistema de gestión documental del 22 de julio de 2022 dirigido a la cuenta de correo electrónico RequerimientosSuperargo@supersalud.gov.co . Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
El líder del proceso realizará seguimiento al cumplimiento del reporte mensual del trámite de los derechos de petición a las áreas de acuerdo con el artículo décimo noveno de la resolución 321 de 2016. Evidencia: correo electrónico o de ser necesario memorando, exhortando al cumplimiento.	Como evidencia fue aportado: 1. Informe de solicitudes de acceso a la información y respuesta de los derechos de petición I trimestre de 2022. 2. Informe de solicitudes de acceso a la información y respuesta de los derechos de petición II trimestre de 2022. 3. Informe de solicitudes de acceso a la información y respuesta de los derechos de petición III trimestre de 2022. 4. Informe de solicitudes de acceso a la información y tiempos de respuesta de los derechos de petición para el IV trimestre de 2022. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar seguimiento mensual al informe de tiempo de respuestas de los derechos de petición respondidos en la DPU.	Como evidencia del cumplimiento a esta acción de tratamiento se allegó Informe de tiempos de respuesta de los derechos de petición Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario, del periodo Enero –Diciembre de 2022. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar seguimiento mensual al cumplimiento del artículo décimo noveno de la Resolución 321 de 2016 (SDPU).	Como evidencia se aportó relación de reportes realizados por enlaces designados de cada dependencia (Enero – Diciembre de 2022), atendiendo lo preceptuado por el artículo décimo noveno de la Resolución 321 de 2016. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Elaborar y remitir trimestralmente el informe de solicitudes de acceso a la información a todas las áreas de la Supersalud, en donde se evidencia el tiempo de respuesta a cada petición que llega a la Supersalud.	Como evidencia fue aportado: 1. Informe de solicitudes de acceso a la información y respuesta de los derechos de petición I trimestre de 2022. 2. Informe de solicitudes de acceso a la información y respuesta de los derechos de petición II trimestre de 2022. 3. Informe de solicitudes de acceso a la información y respuesta de los derechos de petición III trimestre de 2022. 4. Informe de solicitudes de acceso a la información y tiempos de respuesta de los derechos de petición para el IV trimestre de 2022. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.

Cuadro N. 31 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con base en la verificación efectuada, se pudo evidenciar oportunidad de mejoramiento, en el sentido de ejecutar en los términos en que fue definido, el control denominado (...) “*revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor*”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.3.4**, incorporada en el numeral 2.3 del presente informe de auditoría.

Al respecto debe indicarse que, estos seguimientos revisten relevancia en la medida que en el transcurrir de los términos definidos legalmente para resolver peticiones de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, se puedan emprender las correcciones, planes de choque y en general las acciones que impidan que se materialice el riesgo, precisando que, en todo caso el equipo auditor de la Oficina de Control Interno no evidenció materialización más allá de la oportunidad de mejoramiento aquí documentada.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N. 2.1.4**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría.

➤ **Riesgo de Corrupción identificado:**

“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o Derecho de Petición”.

Causas:

- a. Discrecionalidad en la radicación de la PQRD o Derecho de Petición por parte de los usuarios, cuando no se reciben por los canales definidos como: presencial, telefónico, redes sociales, escrito, chat y formulario.
- b. Conflicto de interés frente a la persona denunciada.
- c. Falta de seguimiento a los tiempos de respuestas de los derechos de petición.

Controles:

- a. Control Preventivo: El líder del proceso mensualmente monitorea los tiempos de respuesta de las PQRD asignadas a su grupo de trabajo, con el fin de verificar el cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente.
- b. Control Preventivo: El líder del proceso diariamente realizará la revisión y aprobación de los oficios proyectados para gestionar la PQRD en el sistema, con el fin de validar la forma y coherencia de las respuestas emitidas.
- c. Control Detectivo: Los Directores Regionales aleatoriamente monitorearán que toda gestión de una PQRD quede registrada en el Sistema.

En tratándose del plan de tratamiento diseñado para el riesgo se definieron las siguientes acciones:

- a. Realizar seguimiento mensual al informe de tiempo de respuestas de los derechos de petición respondidos en la DPU.
- b. Elaborar y publicar trimestralmente el informe de solicitudes de acceso a la información.
- c. Socializar a través del sitio web, mensajes de texto, redes sociales y capacitaciones el procedimiento establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para denunciar hechos de corrupción.

Una vez descritos los controles y acciones de tratamiento, se concluyó pertinencia en la definición de estos, respecto del riesgo y causas identificadas, posibilitando en mayor medida cumplir con el objetivo planteado el cual es “Reducir el riesgo”. Sin embargo, sea esta la oportunidad para emitir observación dirigida a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario como líder del proceso respecto del cual se identificó el riesgo que ahora nos ocupa, para que en el marco de las reuniones de autoevaluación, u otros espacios de análisis de la gestión del riesgo, se efectúen análisis de “causas externas” que puedan generar o aumentar la probabilidad de ocurrencia del

riesgo identificado; lo anterior, a partir de que se vislumbra un tratamiento del riesgo a partir de causas específicamente “internas”, donde convendría, determinar si existen causas “externas” que puedan propiciar materialización del evento no deseado.

Al respecto debe tenerse en cuenta que, en esencia un riesgo de corrupción consiste en la posibilidad de que por acción u omisión se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado, lo que lleva a concluir que al tener como objetivo este tipo de conductas un beneficio privado, la iniciativa para su acaecimiento puede eventualmente tener origen externo, motivo por el cual se presenta observación al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, con el objeto se contemplen las eventuales causas externas que puedan generar materialización y consecuentemente en caso de identificarlas se brinde el correspondiente tratamiento.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.2.4**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

En ese orden de ideas, corresponde verificar el cumplimiento o ejecución de los controles y acciones definidas en el plan de tratamiento, de conformidad a lo consignado en la matriz de gestión y administración para este riesgo identificado.

CONTROL O ACCIÓN DEFINIDO(A)	CUMPLIMIENTO Y GRADO DE CONFORMIDAD EN SU EJECUCIÓN
El líder del proceso mensualmente monitorea los tiempos de respuesta de las PQRD asignadas a su grupo de trabajo, con el fin de verificar el cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente. Evidencia: Correo electrónico	Como evidencia fue aportado: 1. Acta N. GE- 7292 de 28 de julio de 2022. Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. 2. Acta N. GE- 7326 del 04 de agosto de 2022. Reunión de Autoevaluación, donde se abordó lo relativo a términos de resolución apeticiones, puntos rojos en sistema de gestión documental y estado de respuestas de solicitudes en ejercicio del derecho de petición. 3. Informe de tiempos de respuesta Derechos de Petición, periodo Enero – Octubre de 2022. 4. Informe de tiempos de respuesta Derechos de Petición, periodo Enero – Diciembre de 2022. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
El líder del proceso diariamente realizará la revisión y aprobación de los oficios proyectados para gestionar la PQRD en el sistema, con el fin de validar la forma y coherencia de las respuestas emitidas. Evidencia: Sistema de gestión documental SuperArgo	Como evidencia de la ejecución del control fueron aportados desde la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, los radicados 20222200101848191 del 29 de diciembre de 2022, 20222200101245561 del 13 de septiembre de 2022 y memorando sin indicación de radicado y fecha (con referenciado 20229300402819422), documentos mediante los cuales se efectuaron respuestas a solicitudes presentadas por usuarios del SGSSS, suscritos por la Directora de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana y el Grupo de Interno de Trabajo de Atención a PQRS y Solicitudes de información. Los radicados antes descritos, dan cuenta del (los) funcionarios que los proyectaron, los revisaron y suscribieron, surtiéndose de este modo revisión tendiente a dar aprobación de los oficios necesarios para gestionar PQRD. En cada caso se evidenció lo siguiente: 1. Radicado 20222200101245561 del 13 de septiembre de 2022: Tuvo como origen solicitud presentada por usuaria del SGSSS el 02 de septiembre de 2022. 2. Radicado 20222200101848191 del 29 de diciembre de 2022: Tuvo como origen solicitud de la misma fecha. 3. Memorando sin indicación de radicado y fecha (con referenciado 20229300402819422 del 15 de noviembre de 2022, evidenciando según trazabilidad en SuperArgo respuesta del día 24 de noviembre de 2022. Con base en lo anterior se pudo conocer la revisión que se efectúa de los oficios de respuesta a PQR, así como la oportunidad en la realización de estas. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.

CONTROL O ACCIÓN DEFINIDO(A)	CUMPLIMIENTO Y GRADO DE CONFORMIDAD EN SU EJECUCIÓN
Los Directores Regionales aleatoriamente monitorearán que toda gestión de una PQRD quede registrada en el Sistema. Evidencia. Informe aleatorio de seguimiento a la gestión de PQRD.	Al respecto debe indicarse que, de conformidad con lo manifestado en desarrollo del presente ejercicio auditor y lo verificado (in – situ), las Direcciones Regionales Occidental con sede en la ciudad de Cali, Sur con sede en la ciudad de Neiva y Andina con sede en la ciudad de Medellín, desde la vigencia 2022 no realizan gestión referente al proceso de “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” (ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”), excepto, la Dirección Regional Chocó con sede en la ciudad de Quibdó, donde para el efecto se tomó muestra de la gestión directa que realizan a PQR, evidenciando el monitoreo realizado por esta Dirección Regional a través de SuperArgo, en concreto para los radicados que a continuación se relacionan: 1. Radicado 20225300001746701 del 04 de diciembre de 2022. 2. Radicado 20225300001792401 del 19 de diciembre de 2022. 3. Radicado 20225300001800961 del 20 de diciembre de 2022. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Realizar seguimiento mensual al informe de tiempo de respuestas de los derechos de petición respondidos en la DPU.	El seguimiento se ha efectuado conforme a la evidencia aportada, en concreto con informe mensual de tiempos de respuesta de los derechos de petición de la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control
Elaborar y publicar trimestralmente el informe de solicitudes de acceso a la información.	Se evidenció la elaboración y publicación de informes de solicitudes de acceso a la información para el primer, segundo, tercer y cuarto trimestre de 2022. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.
Socializar a través del sitio web, mensajes de texto, redes sociales y capacitaciones el procedimiento establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para denunciar hechos de corrupción.	Se aportó evidencia de la realización de la campaña “Posibles actos de corrupción por parte de la Supersalud”, realizada en el mes de mayo de 2022. Con base en lo anterior, se evidenció la ejecución del control.

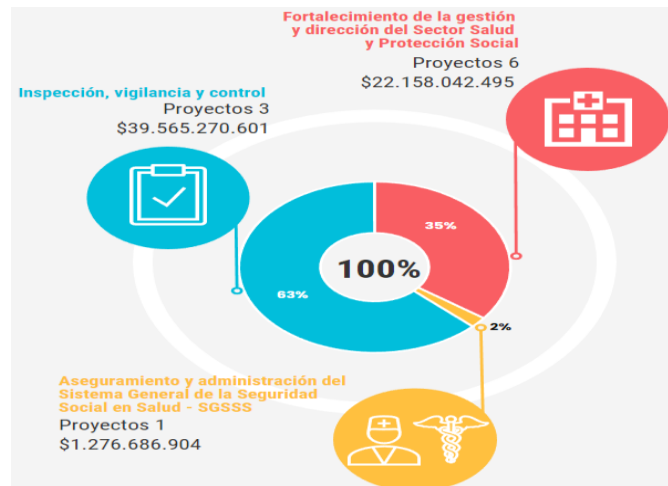
Cuadro N. 32 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con base en la verificación efectuada, se puede concluir eficacia en la ejecución de los controles y acciones de tratamientos definidas para “Reducir el riesgo”, al ser ejecutados en los términos dispuestos en la matriz de riesgos.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **Conformidad N. 2.1.4**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría.

1.2.3 Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2022

De acuerdo con lo establecido, mediante Decreto No. 1793 del 21 de diciembre de 2021, “Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2022, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos”, la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2022, le fue asignado presupuesto por valor de \$256.463.196.833, de los cuales \$191.932.060.000 fueron destinados para funcionamiento y una apropiación inicial bajo el concepto de Inversión por valor de \$63.000.000.000, esto mediante la suscripción de diez (10) Proyectos de Inversión, inmersos en tres (3) Categorías, como se dispone en la gráfica.



Gráfica N. 2 – Fuente: propia OCI

De lo anterior, en la categoría “*Inspección, Vigilancia y Control*” con asignación presupuestal por valor de \$39.565.270.601, se encuentra Proyecto de Inversión a cargo de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario denominado “*Fortalecimiento de la Atención, Protección y Promoción de la participación de los Ciudadanos en el SGSSS Nacional*” por valor de \$24.831.705.913, el cual tiene como objetivo “*Fortalecer la atención, protección y promoción de la participación de los ciudadanos en el SGSSS*”, para el que fue dispuesto el desarrollo de cuatro (4) actividades como se ilustra a continuación:

Distribución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario Vigencia 2022 - Rubro C_1903_0300_6 - Código BPIN 2018011000198	
Actividades	Apropiación
Gestionar solicitudes de información y PQRD de los usuarios en el territorio nacional	\$23.551.303.809
Construir herramientas de acceso a los bienes y servicios del SGSS para la población vulnerable	\$73.000.000
Realizar eventos con la aplicación de técnicas de expresión oral	\$1.107.402.104
Formar a los líderes del control social en temas específicos de participación ciudadana en el sector salud	\$100.000.000
TOTAL	\$24.831.705.913

Tabla N. 4 – Fuente: propia OCI

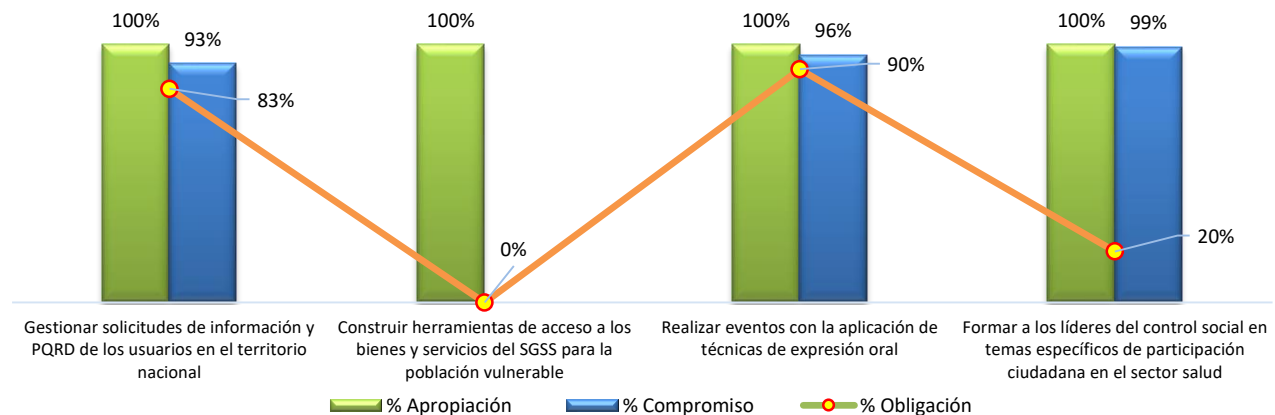
Ejecutándose las siguientes temáticas:

Ejecución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario Vigencia 2022 - Rubro C_1903_0300_6 - Código BPIN 2018011000198				
Actividades	Temáticas	Apropiación	Compromiso	Obligación
Gestionar solicitudes de información y PQRD de los usuarios en el territorio nacional	Contrato 616/2021 Centro de Contacto	\$23.551.303.809	\$21.812.115.885	\$19.509.175.942
	Contrato 151/2022 Centro de contacto			
	Línea telefónica gratuita Nacional (018000513700)			
Construir herramientas de acceso a los bienes y servicios del SGSS para la población vulnerable	Realizar traducciones en Wayuu y Nasa cartilla Derechos y Deberes en Salud, actividad no desarrollada, debido a la imposibilidad de conseguir traductores	\$73.000.000	\$0	\$0
Realizar eventos con la aplicación de técnicas de expresión oral	Contrato 486/2019 Tiquetes	\$1.107.402.104	\$1.061.928.762	\$1.000.975.407
	Contrato 062/2022 Tiquetes			

Ejecución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario Vigencia 2022 - Rubro C_1903_0300_6 - Código BPIN 2018011000198				
Actividades	Temáticas	Apropiación	Compromiso	Obligación
	Contrato 069/2022 Operador Logístico Eventos			
	Presupuesto Viáticos			
Formar líderes del control social en temas específicos de participación ciudadana en sector salud	Contrato 133/2022 Diplomado	\$100.000.000	\$99.000.000	\$19.800.000
TOTAL		\$24.831.705.913	\$22.973.044.647	\$20.529.951.349

Tabla N. 5 – Fuente: propia OCI

Ejecución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para para la Protección al Usuario
Vigencia 2022 - Rubro C_1903_0300_6 - Código BPIN 2018011000198



Gráfica N. 4 Fuente propia OCI

Indicándose por parte de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario como líder del proyecto de inversión, que el porcentaje de ejecución presupuestal asignado no logró el 100%, por las siguientes consideraciones:

Actividad	Justificación	Saldo sin Ejecutar Compromiso	Saldo sin Ejecutar Obligación
Gestionar solicitudes de información y PQRD de los usuarios en el territorio nacional	El valor disponible para la cotización de la vigencia 2022 (diciembre) fue de \$3.676.979.795, sin embargo, el proceso se adjudicó por \$2.302.852.300, teniendo en cuenta que el AMP CCE-025-1-AMP-2021 establece que se adjudicará el contrato a quien presente el menor valor.	\$1.739.187.924,42	\$4.042.127.867,00
Construir herramientas de acceso a los bienes y servicios del SGSSS para la población vulnerable	Esta actividad no se llevó a cabo porque no se consiguieron los traductores en lengua Wayuu y Nasa, motivo por el cual se deja de ejecutar este recurso.	\$ 73.000.000,00	\$ 73.000.000,00
Realizar eventos con la aplicación de técnicas de expresión oral.	Cotizaciones para las contrataciones, arrojaron valor superior a las cotizaciones presentadas y la adjudicada.	\$ 45.473.342,37	\$ 60.953.355,00
Formar a los líderes del control social en temas específicos de participación ciudadana en el sector salud	Al realizar la cotización para la contratación, esta arrojó un valor superior a la cotización presentada en el proceso de contratación.	\$ 1.000.000,00	\$ 80.200.000,00
TOTAL		\$1.858.661.266,79	\$4.256.281.222,00

Tabla N. 6 – Fuente: propia OCI

Concluyendo, que a corte diciembre de la vigencia 2022, fueron ejecutados un total de \$22.973.044.647 por concepto de Compromisos equivalente al 93% y \$20.529.951.349 por concepto de Obligación equivalente al 83%, información que fue contrastada con información como

la presentada por la Oficina Asesora de Planeación a través del “Informe de ejecución de los recursos de inversión - enero a diciembre de 2022”, el cual en uno de sus apartes señala “Frente a los compromisos no obligados al cierre de la vigencia, se constituyeron las respectivas reservas presupuestales, asociadas a los gastos de inversión, según lo informado por la Dirección Financiera-Grupo de Presupuesto”.

Por lo tanto, la Oficina de Control Interno en atención a la evidencia aportada por parte de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, si bien se identificó gestión para el desarrollo y trámite del proyecto de inversión asignado para la vigencia 2022, también lo es que, la oportunidad de mejora que se debe emprender sobre el particular para la adecuada ejecución de estos recursos durante la vigencia 2023.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.2.5**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

1.2.4 Ejecución proceso “Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual” ahora proceso “Gestión de Bienes y Servicios” vigencia 2022

Con el propósito cumplir los fines y cometidos definidos con el presente ejercicio auditor, la Oficina de Control Interno procedió a tomar muestra de contratos gestionados, entre otros por las Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, verificación que se presenta en los siguientes términos:

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	
N. del expediente contractual	2022940011609000005E - Contrato N. 133 de 2022
Contratante:	Superintendencia Nacional de Salud
Contratista:	Universidad Nacional de Colombia
Objeto contractual:	Prestar servicios para realizar el diplomado virtual y su seguimiento sobre el fortalecimiento de competencias, técnicas en control social y participación ciudadana, a líderes del sector salud.
Modalidad de selección	Contratación Directa
Tiempo de ejecución:	Desde el perfeccionamiento del contrato hasta el 15 de diciembre de 2022
Valor inicial:	Noventa y nueve millones de pesos (\$99.000.000)
Valor final:	Noventa y nueve millones de pesos (\$99.000.000)
Supervisor:	Directora de Servicio al Ciudadano o Promoción de la participación ciudadana o quien haga sus veces

Cuadro N. 33 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

PRECONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Inclusión del expediente en el plan de contratación institucional	Línea PAA - 20220142	La contratación fue planificada en la anualidad.
Solicitud de contratación: a. Necesidad a satisfacer b. Cumplimiento requisitos para presentar la solicitud de contratación	Mediante radicado 20222200000076573 del 12 de agosto de 2022, la Directora de Servicio al Ciudadano o Promoción de la Participación Ciudadana en la SNS, presentó solicitud de contratación directa con la UNAL, con el objeto contar con prestación de servicios dirigidos a realizar Diplomado Virtual para Líderes del Sector Salud. Con la solicitud se adjuntó formato “Insumo para contratación de bienes y servicios” código PPFT27 donde se presentó la justificación técnica y descripción de la necesidad, sustentada en el cumplimiento de preceptos legales en concreto el artículo 39 de la Ley 1122 de 2007 al igual que el cumplimiento de funciones asignadas a la Dirección de Servicio al Ciudadano o Promoción de la Participación Ciudadana de que habla el Decreto 1080 de 2021, se describió el objeto contractual, especificaciones técnicas, condiciones para la entrega de productos, obligaciones generales y específicas, valor estimado, plazo de ejecución, lugar de ejecución, supervisión del contrato y formas de pago. Dentro de la documentación aportada se allegó, entre otros: a. Propuesta técnica y económica de servicios presentada por la UNAL, con presentación de las fases de ejecución del contrato, esto es, alistamiento, ejecución, entrega de resultados, así como la metodología educativa a implementar. b. Registro Único Tributario como persona jurídica. c. Certificación de No Registro de Información Tributaria UNAL.	Se evidenciaron los soportes necesarios para ser aprobada la contratación.

PRECONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
	d. Reporte Compromiso Presupuestal del Gasto. e. Certificación de Pago de parafiscales emitido por la Rectoría de la UNAL. f. Suscripción de declaración de conflictos de interés. g. Consulta expedición de póliza con Mundial Seguros. h. Acto administrativo de justificación de la escogencia de la modalidad de selección, esto es, contratación directa a través de convenio interadministrativo a la luz de lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.1 del Decreto 1080 de 2015, suscrito por la Secretaría General. i. Certificado de existencia y Representación Legal expedido por el Ministerio de Educación Nacional. j. Certificados de antecedentes fiscales, penales, disciplinarios y de Medidas Correctivas del Decano de la Facultad de Ciencias Económicas UNAL. k. Acta de posesión del Decano de la Facultad de Ciencias Económicas. l. Expedición de CDP No. 28822 del 04 de agosto de 2022. m. Formato Función Pública de Hoja de Vida UNAL.	

Cuadro N. 34 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Acta de inicio	Se suscribió Acta de inicio del 14 de septiembre de 2022 entre la Directora de Servicio al Ciudadano o Promoción de la participación ciudadana y el Delegado contractual de la UNAL – Decano de la Facultad de Ciencias Económicas.	El acta de inicio dio cuenta de la vigencia en las garantías contractuales; aspecto conforme.
Designación supervisión del contrato	Directora de Servicio al Ciudadano o Promoción de la Participación Ciudadana.	-
Presentación oportuna de garantías en las cuantías definidas por la norma	Se expidió desde Mundial Seguros S.A la póliza BCH – 100021352 del 09 de septiembre de 2022 con las siguientes cuantías y vigencias: a. Cumplimiento: Con vigencia del 06 de septiembre de 2022 hasta el 15 de junio de 2023, con suma asegurada de diecinueve millones ochocientos mil pesos (\$19.800.000), equivalente al 20% del valor del contrato. b. Prestaciones Sociales: Con vigencia del 06 de septiembre de 2022 hasta el 15 de diciembre de 2025, con suma asegurada de Cuatro millones novecientos cincuenta mil pesos (\$4.950.000), equivalente al 5% del valor del contrato. c. Calidad de servicio: con vigencia del 06 de septiembre de 2022 hasta el 15 de junio de 2023, con suma asegurada de diecinueve millones ochocientos mil pesos (\$19.800.000), equivalente al 20% del valor del contrato. Las garantías fueron objeto de revisión y aprobación el día 14 de septiembre de 2022, esto es, con anticipación a la suscripción del acta de inicio del contrato.	Se concluyó conformidad en la constitución de las garantías contractuales por parte del contratista y la oportuna aprobación de estas, por parte de la SNS.
Ejecución del contrato: a. Cumplimiento obligaciones generales b. Cumplimiento obligaciones específicas c. Presentación informes de supervisión d. Pagos realizados	Se presentaron los informes de supervisión, con indicación de la no presencia de situaciones anormales, realizando monitoreo de la matriz de riesgos: N.1 del 15 de septiembre al 31 de octubre de 2022, con avance del 20%. N. 2 del mes de noviembre de 2022, con avance del 60%. N. 3 del 01 al 15 de diciembre de 2022, con porcentaje de avance del 100%. En cuanto a los pagos realizados con cada presentación de informe de supervisión se autorizaron los siguientes: Un primer pago por valor de diecinueve millones ochocientos mil pesos (\$19.800.000). Un segundo pago por valor de treinta y nueve millones seiscientos mil pesos (\$39.600.000). Un tercer pago por valor de treinta y nueve millones seiscientos mil pesos (\$39.600.000).	La ejecución contractual se desarrolló en términos normales sin la presencia de situaciones anormales o materialización de riesgos.
Modificaciones contractuales si aplica a. Prórrogas b. Adiciones	N/A	-

Cuadro N. 35 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

POST CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Liquidación del contrato a. Cumplimiento de términos (Mutuo acuerdo - Unilateral - judicial)	No se cuenta con evidencia que a la fecha de verificación del contrato se hayan realizado liquidación del contrato encontrándose dentro de los términos legales para ello.	Aspecto conforme
Cierre del expediente contractual	N/A	-

Cuadro N. 36 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con base en lo anterior se concluyó la necesidad de la Superintendencia Nacional de Salud para acudir a la modalidad de selección de contratación directa por vía de contrato interadministrativo, justificándose la escogencia en la modalidad de selección a la luz de lo establecido en el artículo

2.2.1.2.1.4.1 del Decreto 1080 de 2015, emitiendo el correspondiente acto administrativo por parte de la ordenación en el gasto.

En cuanto a la ejecución contractual la misma se desarrolló en cumplimiento de las obligaciones generales y específicas según documentó la supervisión, sin la presencia de anomalías que intervinieran en la vigilancia del contrato, realizando seguimiento a la matriz de riesgos definida en desarrollo del acuerdo de voluntades.

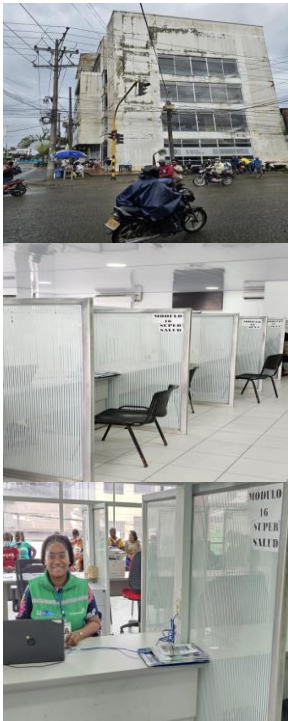
En cuanto a las garantías aportadas para efectos de amparar los riesgos inherentes al contrato (cumplimiento, calidad y seguridad social), se concluyó conformidad en la constitución de las garantías contractuales por parte del contratista y la oportuna aprobación de estas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **Conformidad N. 2.1.3**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría.

1.2.5 Puntos de Atención al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud a nivel Nacional

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno en virtud de las auditorías efectuadas a cuatro (4) Direcciones Regionales Occidental, Sur, Chocó y Andina, efectuó similar ejercicio, a igual número de Puntos de Atención ubicados dentro de la misma ciudad en donde operan estas Sedes Regionales, a fin de verificar las condiciones en que es prestado el servicio, de lo cual a continuación se ilustra las situaciones evidenciadas:

Regional	Punto de Atención	Registro Fotográfico	Análisis Oficina de Control Interno
Occidental (Cali – Valle del Cuaca)	Centro de Atención y reparación de víctimas		El agente de línea de frente asignado a este punto de atención cuenta con un alto nivel de compromiso respecto de la labor asignada, es conocedor de la normatividad que sobre el particular debe ser aplicada, demostró una adecuada atención hacia el usuario del sistema. Por parte de la firma contratista “Américas BPO” se brindan constantes capacitaciones a los “agentes” para garantizar la adecuada prestación del servicio que allí se genera. A la fecha de la verificación, 17 de febrero de 2023, no se había asignado prendas de identificación de la Superintendencia Nacional de Salud, igualmente, no se contaba con una debida señalización del lugar en donde se desarrolla la actividad, esto para una rápida identificación del punto. El “cubículo” asignado a la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra ubicado en el segundo piso del Centro de Atención y reparación de víctimas, precisando que la infraestructura del edificio en su interior no cuenta con rampas ni ascensores que faciliten el acceso de los ciudadanos que en ese punto de atención avocan para recibir la atención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Regional	Punto de Atención	Registro Fotográfico	Análisis Oficina de Control Interno
Sur (Neiva – Huila)	Casa del Consumidor		El agente de línea de frente asignado a este punto de atención cuenta con un alto nivel de formación académica (magister) y de compromiso respecto de la labor asignada, es conocedor de la normatividad que sobre el particular debe ser aplicada, demostró una adecuada atención hacia el usuario del sistema. Por parte de la firma contratista “Américas BPO” se brindan constantes capacitaciones a los “agentes” para garantizar la adecuada prestación del servicio que allí se genera. A la fecha de la verificación, 27 de febrero de 2023, no se contaba con una debida señalización del lugar en donde se desarrolla la actividad, esto para una rápida identificación del punto. El “cubículo” asignado a la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra ubicado en el cuarto piso en donde Opera la Casa del Consumidor, precisando que la infraestructura del edificio en su interior cuenta ascensores que de alguna manera facilitan el acceso de los ciudadanos que en ese punto de atención avocan para recibir la atención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
Chocó (Quibdó Chicó)	Centro de Atención y reparación de víctimas		La agente de línea de frente asignada a este punto de atención cuenta con un alto nivel de compromiso respecto de la labor asignada, es conocedora de la normatividad que sobre el particular debe ser aplicada, demuestra una adecuada atención hacia el usuario del sistema. Por parte de la firma contratista “Américas BPO” se brindan constantes capacitaciones a los “agentes” para garantizar la adecuada prestación del servicio que allí se genera. A la fecha de la verificación, 14 de marzo de 2023, no se contaba con una debida señalización del lugar en donde se desarrolla la actividad, esto para una rápida identificación del punto. El “cubículo” asignado a la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra ubicado en el segundo piso del Centro de Atención y reparación de víctimas, precisando que la infraestructura del edificio en su interior no cuenta con ascensores que de alguna manera facilitan el acceso de los ciudadanos que en ese punto de atención avocan para recibir la atención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Regional	Punto de Atención	Registro Fotográfico	Análisis Oficina de Control Interno
Andina (Medellín – Antioquía)	Centro de Atención y reparación de víctimas - (Caunces de Oriente) – Centro Integral de Familia		La agente de línea de frente asignada a este punto de atención cuenta con un alto nivel de compromiso respecto de la labor asignada, es conocedora de la normatividad que sobre el particular debe ser aplicada, demuestra una adecuada atención hacia el usuario del sistema. Por parte de la firma contratista “Américas BPO” se brindan constantes capacitaciones a los “agentes” para garantizar la adecuada prestación del servicio que allí se genera. Es preciso señalar que, a la fecha de verificación, 29 de marzo de 2023, esta agente además desarrollar actividades en este punto de atención, rota en dos (2) más (Casa de Atención a reparación de víctimas Belencito y Casa del Consumidor Santo Domingo), esto ante imposibilidad de contar en estos puntos de atención con agente permanente para la atención al usuario, igualmente se identificó que no se contaba con una debida señalización del lugar en donde se desarrolla la actividad, esto para una rápida identificación del punto. El “cubículo” asignado a la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra ubicado en Centro de Atención y reparación de víctimas (Buenos Aires), precisando que la infraestructura del lugar al estar ubicada en un primer piso, lo cual de alguna manera facilita el acceso de los ciudadanos que en ese punto de atención avocan para recibir la atención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Cuadro N. 37 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N. 2.1.5**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría.

2. HALLAZGOS

2.1 Conformidades

2.1.1 Adecuada planificación y diagnóstico del sujeto vigilado objeto de auditoría

Se genera conformidad al proceso “Auditoría a los Sujetos vigilados” ahora “Auditorías” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud y gestionado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, toda vez que se evidenció, según lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Auditoría”, la realización de diagnósticos técnicos respecto de los componentes a evaluar, con miras a la priorización del sujeto vigilado a partir de instrumentos y herramientas propios y externos, entre los cuales se destacan Power BI e información contenida en páginas web de entidades como lo son, Ministerio de Salud y Protección Social, ADRES y las de los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros; aunado, a la estructuración de informes con alto contenido técnico en cada uno de sus componentes; recomendando que el instrumento denominado Power BI, sea objeto de permanente actualización, con el fin los equipos de auditoría en fase de planeación, puedan contar con información precisa y actual para la adecuada toma de decisiones.

2.1.2 No materialización de riesgos de gestión y corrupción del proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados” ahora “Auditorías”

Se genera conformidad al proceso “Auditoría a los Sujetos vigilados” ahora “Auditorías” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, toda vez que respecto de los riesgos tanto de gestión como de corrupción gestionados por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, al concluir la no materialización de los que fueron objeto de monitoreo en el marco del presente ejercicio de auditoría.

2.1.3 Adecuada gestión precontractual, contractual y postcontractual en los contratos N. 062 y N. 133 de 2022

Se genera conformidad a los procesos “precontractual”, “contractual” y “postcontractual”, ahora “Gestión de Bienes y Servicios”, liderado por la Secretaría General, en razón a que en los contratos N. 062 y 133 de 2022, se realizaron estudios previos lo suficientemente serios para determinar la necesidad a satisfacer, análisis de mercado y riesgos asociados a la contratación con escogencia de la modalidad de selección sustentada en el correspondiente acto administrativo, ejerciendo en forma permanente vigilancia de la ejecución de estos contratos, realizando oportunas designaciones de supervisores y aprobaciones de las garantías de cumplimiento, calidad y seguridad social de conformidad con lo establecido por el Decreto 1082 de 2015, en el caso que aplicara.

Colorario de lo anterior, se evidenció el recibo a satisfacción de los productos contratados sin que se presentaran anomalías en la ejecución contractual, efectuando los pagos previstos en las obligaciones específicas del acuerdo de voluntades en las oportunidades previamente definidas para el efecto.

2.1.4 No materialización de riesgos de gestión y corrupción del proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”

Se genera conformidad al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, al concluir la no materialización de los riesgos de gestión y corrupción objeto de monitoreo en el marco del presente ejercicio de auditoría.

2.1.5 Puntos de Atención al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud a nivel Nacional

Se genera conformidad al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, toda vez que de conformidad a evidencia objetiva recaudada se observó que en los cuatro (4) puntos de atención al ciudadano, esto es, Centro de Atención y Reparación de Víctimas (Barrio Guayaquil - Cali), Casa del Consumidor (Neiva), Centro de Atención y Reparación de Víctimas (Quibdó) y Centro de Atención y Reparación de Víctimas - (Caunces de Oriente) – Centro Integral de Familia (Medellín), con ocasión de la alianza estratégica formalizada entre la Superintendencia Nacional de Salud y la firma contratista “Américas BPO”, es prestado el servicio de atención al usuario por conducto de profesionales idóneos para ello, los cuales son constantemente capacitados y evaluados.

No obstante, lo anterior, se presenta oportunidad de mejoramiento en relación con la señalización y en general la visualización para estos puntos de atención, con el propósito la ciudadanía pueda ubicarlos e identificarlos más fácilmente y con ello lograr la asistencia que eventualmente se requiera.

2.2 Observaciones

2.2.1 Constitución de un proyecto para la automatización del proceso “Auditorías”

Se genera observación al proceso “Auditoría a los Sujetos vigilados” ahora “Auditorías” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud y gestionado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, con el propósito pueda analizar lo referente a la actividad contenida en el plan de tratamiento de los riesgos de gestión y corrupción definida como “Realizar solicitudes a la Subdirección de Tecnologías para dar inicio a un proceso en el cual se pueda comenzar a automatizar algunas partes de los procedimientos de auditoría a sujetos vigilados”, determinando la viabilidad de proponer la acción no como una solicitud, sino, como la gestión de un proyecto que en términos razonables y prudentes pueda concluir con la automatización del proceso que ahora nos ocupa.

Sobre el particular, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reconoce la iniciativa y gestión emprendida para dar inicio a una serie de interacciones que puedan eventualmente poner en marcha gestiones de automatización; sin embargo, conforme a la evidencia recaudada se concluyó que desde la vigencia 2021, este proceso ha generado esa idea, sin que pasados aproximadamente dos (2) años se hayan obtenido resultados tangibles, motivo por el cual a partir de la presente observación se propone desde la tercera línea de defensa del proceso ahora auditado, la misma se retome, presentando al más alto nivel la necesidad, gestionando los recursos económicos, tecnológicos y de talento humano que se requieran, aunando, a consolidar cronogramas de trabajo que concreticen el objetivo planteado, cumpliendo con el fin primario para lo cual fue creada la actividad la cual es “Reducir el riesgo”.

2.2.2 Fortalecimiento de control y posibilidad para redefinir evidencia del cumplimiento de controles

Se genera observación al proceso “Auditoría a los Sujetos vigilados” ahora “Auditorías” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud y gestionado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, con el propósito realice los análisis del caso, tendientes a concluir la posibilidad de robustecer el (los) control (es) definidos para atacar la causa denominada “Falta de confidencialidad de la información de los sujetos objeto de auditoría”, ya que desde el equipo auditor la única acción de mitigación que fue identificada, y que se encuentra asociada a esta causa, es la denominada “Realizar Actividades en temas de integridad y transparencia. Se escogerá un gestor de Integridad que realizará intervenciones dando lineamientos sobre estos temas”, la cual fue ejecutada en el mes de junio de 2022 y podría ser objeto de fortalecimiento generando mayor impacto en términos de mitigación o reducción del riesgo.

De este modo, igualmente se exhorta a las Superintendencias Delegadas para Entidades de Aseguramiento en Salud y Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, analizar la posibilidad de redefinir las evidencias establecidas para

acreditar la ejecución de controles o acciones de mitigación, de conformidad con lo planteado en el cuerpo del presente informe, a fin que la evidencia sea efectivamente el reflejo de la gestión emprendida en cada control o acción de mitigación.

2.2.3 Ejecución Proyectos de Inversión Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS

Con ocasión de la oportunidad de mejoramiento evidenciada en relación con la ejecución de los proyectos de inversión asignados en la vigencia 2022 a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, la Oficina de Control Interno genera observación al proceso “Auditoría a Sujetos Vigilados” ahora “Auditorías”, tendiente a efectuar las gestiones que se consideren necesarias para aumentar en la vigencia 2023, los márgenes de ejecución de los recursos asignados, posibilitando incrementar el porcentaje de obligación en beneficio de las labores de inspección y vigilancia asignadas legalmente a la Superintendencia Nacional de Salud, aunado, a evitar eventuales reducciones presupuestales en inversión.

2.2.4 Análisis de eventuales causas externas que puedan generar materialización de riesgo de corrupción

Se genera observación al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, con el fin se efectúen análisis que puedan identificar eventualmente “causas externas” que materialicen el riesgo “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o Derecho de Petición” y consecuentemente en caso de identificarlas se brinde el correspondiente tratamiento.

2.2.5 Fortalecimiento en la conformación y desarrollo de Reuniones de Autoevaluación

Se genera observación al proceso “Auditoría a los Sujetos vigilados” ahora “Auditorías”, con el fin se tomen las previsiones del caso para dar cabal cumplimiento respecto de lo preceptuado en la Resolución N. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, artículos 2º y 3º, toda vez que en las Regionales Occidental y Sur al realizar las reuniones de autoevaluación del mes de agosto de 2022, las mismas no fueron presididas por el Superintendente Delegado para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, aunado, a oportunidad de mejoramiento evidenciada en relación con la realización de análisis más dedicados, que eviten desviaciones respecto del cumplimiento de las actuaciones reguladas a través de la actividad clave de éxito denominada “Auditoría”.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, a partir de la información recaudada, recomienda a las Direcciones Regionales, que respecto a las fechas de aprobación de las actas, se efectúe análisis a fin de determinar la viabilidad de reducir los tiempos de aprobación de estas; toda vez que se identificó que en algunos casos, estos tiempos superan el mes, lo cual, ante la designación de compromisos y otros eventos, puede contribuir en la inoportuna e inadecuada toma de decisiones para el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados institucionales.

2.2.6 Análisis para la adopción de mecanismos que propicien cumplimiento de las directrices impartidas por la SNS para dar solución oportuna y de fondo a casos SIS y determinar la viabilidad de ajustar el objetivo y alcance del procedimiento SIS, a partir del marco legal aplicable en materia de Inspección y Vigilancia

Se formula observación al proceso “*Gestión de Atención al Usuario del SGSSS*” ahora “*Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor*”, con el propósito de considerarlo viable, se pueda analizar las razones por las cuales de conformidad a la muestra evaluada, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) incumplen la instrucción impartida referente a que en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles se dé solución de fondo a las PQR denominadas “*Soluciones Inmediatas en Salud*” (SIS), con el fin evitar vulneraciones a los derechos en salud de usuarios del SGSSS en distintas regiones del país, aunado, a determinar la viabilidad de ajustar el objetivo trazado por el procedimiento “*Soluciones Inmediatas en Salud*” código AUPD03 – V6, consistente en “*Realizar acompañamiento y seguimiento a las PQRD en las cuales se evidencie la existencia de un riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, mediante la realización de acciones de inspección y vigilancia, solicitudes e instrucciones a los vigilados, con el fin de garantizar los derechos en salud de los usuarios del SGSSS*”, concluyendo si el mismo es consonante con las funciones de Inspección y Vigilancia legalmente asignadas, y adicionalmente, verificar si el alcance definido en el señalado procedimiento, efectivamente (...) “*finaliza con la respuesta que brinde el vigilado dando solución de fondo a la situación planteada en la PQRD*”. (Negrillas Extratextuales).

2.2.7 Ejecución Proyectos de Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario

Con ocasión de la oportunidad de mejoramiento evidenciada en relación con la ejecución de los proyectos de inversión asignados en la vigencia 2022 a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, la Oficina de Control Interno genera observación al proceso “*Gestión de Atención al Usuario*” ahora “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, tendiente a efectuar las gestiones que se consideren necesarias para aumentar en la vigencia 2023, los márgenes de ejecución de los recursos asignados, posibilitando incrementar el porcentaje de obligación en beneficio de las labores de inspección y vigilancia asignadas legalmente a la Superintendencia Nacional de Salud, aunado, a evitar eventuales reducciones presupuestales en inversión.

2.3 No Conformidades

2.3.1 Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Auditoría”

Se genera No Conformidad al proceso “*Auditoría a los Sujetos vigilados*” ahora “*Auditorías*”, toda vez que se evidenció incumplimientos de lo preceptuado en la actividad clave de éxito denominada “*Auditoría*”, para las etapas “*Elaborar auto de la auditoría*”, “*Revisar y aprobar el Auto de auditoría*”, “*Realizar la Reunión de apertura*”, “*Realizar el cierre de la auditoría*”, “*Elaborar el informe de auditoría y oficio*”, “*Revisar y aprobar el informe de auditoría y oficio*”, “*Analizar el tipo de hallazgos*”, “*Si se aprueba el PM*”, “*Hacer seguimiento al plan de mejoramiento*”; lo anterior de conformidad con la evaluación efectuada a través del anexo N. 1 del presente informe, desviaciones que representan oportunidad de mejoramiento para el desarrollo de la actividad clave de éxito auditada.

La no conformidad que por este se presenta, se eleva en ejercicio del rol de “*Enfoque hacia la prevención*” legalmente asignado a las Oficinas de Control Interno, con el fin precaver situaciones que puedan continuar afectando la actividad clave de éxito, y con ello, otros procesos institucionales como lo son “*Control*” y “*Gestión Jurídica*”.

En este orden de ideas, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, a partir de la información recaudada, recomienda al líder del proceso “Auditorías” dar celeridad a la estructuración, generación y adopción de un manual de auditoría para la Superintendencia Nacional de Salud, el cual, entre otros fije métodos, formas y maneras que permitan controlar a cabalidad el proceso de “Auditorías”, no solo aplicando los correctivos a las oportunidades de mejoramiento detectadas, sino además, regulando entre otras situaciones, la interacción que debe existir entre el Despacho del Superintendente Delegado para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, Directores Regionales y auditores designados, para efectos de una adecuada ejecución de la actividad, y con ello, fijar reglas claras que impidan el acaecimiento de desviaciones en las labores de inspección y vigilancia que desarrolla la Entidad al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.3.2 Incumplimiento en la ejecución del control revisión mensual a respuestas de derechos de petición

Se genera No Conformidad al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, con ocasión de la no ejecución del control denominado “El líder del proceso, los coordinadores de Grupo y los Directores Regionales, efectúan revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor”, para el último cuatrimestre de la vigencia 2022 atendiendo la evidencia aportada.

Lo anterior, al gestionar o administrar el riesgo identificado “Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de los grupos de valor o sanciones de entes de control debido al incumplimiento de los términos de ley para la atención de derechos de petición”.

La importancia que reviste la ejecución del control antes descrito en la forma en que fue diseñado, tiene asidero en el hecho de posibilitar que en el transcurrir de los términos definidos por la Ley para la resolución de peticiones de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, se puedan detectar eventuales desviaciones y de esta forma emprender los correctivos del caso, aunado, a que para la presente vigencia 2023, el aludido riesgo se encuentra igualmente identificado y administrado, entre otros, a través de la ejecución del control del cual ahora se predica incumplimiento.

3. CONCLUSIONES

3.1 El equipo auditor de la Oficina de Control Interno pudo concluir el cumplimiento del objetivo propuesto por la auditoría, consistente en establecer el grado de conformidad de la gestión emprendida por parte de los procesos “Auditoría a los Sujetos Vigilados” ahora proceso “Auditorías”, “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, en las Direcciones Territoriales Occidental, Sur, Chocó y Andina - Puntos de Atención y “Gestión Precontractual, Contractual y Post Contractual” ahora proceso “Gestión de Bienes y Servicios”, para la vigencia 2022; para lo cual contó con el suministro por parte de los líderes de los procesos auditados, respecto de la información que les fuera requerida.

3.2 El equipo auditor de la Oficina de Control Interno al efectuar el trabajo de auditoría evidenció el escaso o en ocasiones nulo relacionamiento que en la vigencia 2022 existió desde las Direcciones

Regionales con el proceso “Gestión de Atención al Usuario” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de valor” y otros procesos institucionales.

Con la expedición del Decreto 1080 del 10 de septiembre de 2021, fue adoptada una nueva estructura por la Superintendencia Nacional de Salud, donde las Direcciones Regionales hacen parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales tienen las siguientes funciones:

“Artículo 29. **Funciones de las Direcciones Regionales.** Son funciones de las Direcciones Regionales, las siguientes:

1. Desarrollar actividades de inspección y vigilancia a las entidades territoriales en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la priorización, metodologías, programación y procedimientos establecidos por la Superintendencia Delegada.
2. Ejecutar actividades de inspección y vigilancia a las entidades territoriales, sobre las actividades de supervisión adelantadas por estas a los sujetos vigilados, en relación con el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Documentar información y reportar alertas que permitan poner en conocimiento de la Superintendencia Delegada la situación de la entidad territorial frente a los ejes de salud en aseguramiento, prestación de servicios de salud, salud pública y financiamiento de acuerdo con los procedimientos, instrumentos y metodologías establecidos por la Delegada.
4. Adelantar visitas, auditorías, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con las directrices y procedimientos definidos por la Superintendencia Delegada.
5. Brindar orientación técnica para fortalecer las capacidades de las entidades territoriales en materia de inspección, vigilancia y control.
6. Apoyar el desarrollo de actividades de inspección y vigilancia que requieran las Superintendencias Delegadas, de acuerdo con la programación e instrucciones de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por los sujetos vigilados, producto de las acciones de inspección y vigilancia.
8. Realizar seguimiento a los compromisos y actividades que la Superintendencia lleve a cabo en el territorio.
9. Apoyar la operación de la estrategia de la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a los lineamientos institucionales.
10. Apoyar los procesos de protección al usuario, servicio al ciudadano y participación ciudadana de la Superintendencia en los asuntos que se requieran desde el territorio.
11. Implementar las políticas, objetivos y lineamientos, impartidas por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
12. Las demás funciones que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia”.

De conformidad con la normatividad vigente, entre la que tenemos los artículos 209 constitucional, el 8° de la Ley 489 de 1998 y el 118 de la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud “Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control”, debe desconcentrarse e incluso puede delegar funciones a nivel departamental o distrital.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno en calidad de tercera línea de defensa de todos los procesos institucionales, pone a consideración de la Alta Dirección institucional que a partir de los

preceptos normativos que conminan a la Entidad llevar a cabo procesos de Desconcentración Administrativa, aunando, a la ya materializada creación de ocho (8) Direcciones Regionales, la asignación de jurisdicción a estas, las capacidades técnicas de infraestructura y de talento humano con que estas cuentan; avanzar en la materialización de un proceso de desconcentración administrativa, teniendo como objetivo que todo el catálogo de trámites y servicios institucionales se preste en las regiones de manera efectiva y articulada con la sede central en Bogotá D.C., a propósito de las funciones asignadas legalmente a las Direcciones Regionales sin perder de vista que en la estructura orgánica de la Superintendencia Nacional de Salud, estas se encuentran adscritas a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS (subordinación), motivo por el cual el eventual apoyo que estas brinden a las demás dependencias debe ser armonizado con las instrucciones que sobre el particular imparta el Despacho de la mencionada delegatura.

Los beneficios que con el avance en este tipo de procesos se obtendrían, resultan ser de gran valor para el SGSSS, ya que se podrían reducir gastos, se propendería por un mayor acercamiento a los beneficiarios de los servicios institucionales, se contaría con mejor distribución de responsabilidades y con ello mayores capacidades.

Para ello, se podrían definir planes concretos de gestión para una vigencia, donde se definan las condiciones en que las direcciones regionales prestarían apoyo, la adopción de batería de indicadores para medir la gestión, la forma de administrar y gestionar riesgos, así como la posibilidad de que directores regionales puedan hacer seguimiento adoptando en el marco de sus competencias y funciones los correctivos que se requieran ante eventuales desviaciones siempre en forma coordinada.

4. RESPUESTAS AL INFORME PRELIMINAR POR PARTE DE LOS PROCESOS AUDITADOS Y ANÁLISIS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno con radicado N. 20231400000050743 del 19 de mayo de 2023, luego de efectuar reunión de cierre de auditoría, trasladó el informe preliminar a los líderes de proceso objeto de auditoría, concediendo un plazo de cinco (5) días para ejercer el derecho a la defensa y contradicción, el cual venció el 29 de mayo de 2023. Sobre el particular debe indicarse que por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud y Secretaría General como líderes de los procesos “Auditoría a los Sujetos Vigilados” ahora proceso “Auditorías” y “Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual” ahora proceso “Gestión de Bienes y Servicios”, respectivamente, no se presentaron observaciones al informe preliminar de auditoría.

4.1 Respuesta al informe preliminar por parte del proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados” ahora “Auditorías”

La Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, mediante correo electrónico del 26 de mayo, radicado N. 20235000000053333 del 28 de mayo y correo electrónico del 29 de mayo de 2023, dio contestación al informe preliminar en los siguientes términos:

a. Correo electrónico del 26 de mayo de 2023.

“Buenos días.

De manera atenta les comento que hemos proyectado un memorando de respuesta frente al informe de la auditoría realizada. En este momento se encuentra en proceso de revisión y aprobación para envío a la OCI. De acuerdo a reunión previa tuve con ustedes, se nos solicitó que en lo posible pudiéramos responder a

la brevedad. Atendiendo esa solicitud, atentamente doy el siguiente adelanto al memorando que se tiene proyectado, lo cual está en línea a lo que ya conversamos en nuestra reunión previa.

El informe lo analizamos en su totalidad, y vemos un ejercicio muy acucioso y ajustado al alcance y a lo que se requiere que es propender por el mejoramiento continuo de los procesos de la entidad. Salvo un solo hallazgo, estamos de acuerdo con todos los demás, y se harán las acciones pertinentes, por lo cual de antemano agradecemos el ejercicio auditor.

De acuerdo a lo que conversamos, el único hallazgo frente al cual presentamos objeción es el relacionado con las reuniones de autoevaluación, teniendo en cuenta que, desde un enfoque de cumplimiento, los numerales y lo que textualmente dice la resolución que las ordena se está cumpliendo, esto teniendo en cuenta que "Toda la dependencia" es la Delegada de Entidades Territoriales, a la cual asiste la Delegada como Líder la Dependencia, y todas las regionales, entendiendo que las regionales son también parte Integral de Nuestra Delegada, y no son áreas separadas, por lo cual consideramos que hay cumplimiento con esta reunión central que se hace, donde hay presencia de todas. Además de esta reunión central que consideramos que ya da cumplimiento al requisito, y como buena práctica adicional, las regionales también hacen una segunda autoevaluación, y esta sí es individual por regional.

En este sentido agradeceríamos respetuosamente, revisar la tipificación del hallazgo, posiblemente para considerarlo a nivel de "Observación". No Solicitamos su eliminación, sino su cambio de tipificación, ya que aunque consideramos que el requisito se cumple, somos conscientes que hay varias acciones que podemos hacer para mejorar aún más estas reuniones.

De manera Adicional, tenemos una respuesta que se recibió de la regional Sur, respecto a su posición sobre las Dos no conformidades encontradas. Respecto a la no conformidad que alude al cumplimiento de actividades clave de éxito del proceso de Auditorías, y que recopila varios temas, somos conscientes que tal no conformidad debe permanecer, ya que evidencia situaciones de varias regionales y de varias actividades del proceso, sin embargo en la regional Sur han querido manifestar su posición frente a lo evidenciado específicamente en tal regional, no con el fin de modificar la el hallazgo, sino con el objetivo de aclarar ciertas cosas específicas de su regional.

La respuesta de la regional sur es la siguiente, y abro comillas:

"Con relación a las conclusiones reportadas por el equipo auditor de la OCI en la auditoría al municipio de Guadalupe con relación a:

- Se indicó en el Auto que era una visita cuando el propósito era efectuar auditoría: No estamos de acuerdo, teniendo en cuenta que al revisar el Auto adjunto al presente en ninguna parte menciona la palabra visita.
- No fue suministrada la Resolución No. 1215 de 2015 a la cual se alude en el acta de auditoría para efectos de respecto al debido proceso: Por una parte, en el acta adjunta de auditoría no se menciona dicha resolución y adicionalmente la Resolución sí fue suministrada lo que no se pudo suministrar fue el manual, pues como me informaste estaba en proceso de ajuste.

Con relación a las reuniones de Autoevaluación: tampoco estamos de acuerdo, toda vez, durante el cierre de la auditoría lo que expreso el equipo auditor de la OCI fueron felicitaciones por realizar acuciosos dichas reuniones con el fin de obtener como su nombre lo indica una autoevaluación adicional y específica de la Regional, a pesar de participar en las reuniones convocadas por el nivel central, siendo importante aclarar que sin asistencia del periodo fueron solo 4 meses que no contábamos con Director."

Cierro Comillas

2. Se anexan documentos enviados por regional sur.

Nuevamente agradecemos el ejercicio auditor y quedamos atentos a todo lo que se requiera".

b. Radicado N. 2023500000053333 del 28 de mayo de 2023

“Por medio del presente, se da respuesta al memorando de la referencia, por medio del cual se trasladó el informe preliminar a los procesos de “Auditoría a Sujetos Vigilados”, ahora “Auditorías”, “Gestión de atención al Usuario del SGSSS”, ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de valor” y “Gestión Precontractual, Contractual y Postcontractual”, ahora “Gestión de Bienes y Servicios”, con enfoque territorial en las Direcciones Regionales Occidental, Sur, Chocó y Andina. Una vez analizado el informe en mención se comparte lo observado, no obstante, se solicita la revisión de algunos aspectos, cuyo detalle se encuentra en el archivo Excel adjunto (en la Columna “G” del mencionado archivo, se describen los comentarios efectuados desde esta Delegada, para su consideración, en especial, lo registrado en la celda G23). Respecto a las falencias identificadas en la implementación del proceso actual de “Auditorías” por parte de las Dirección Regionales, se continuará con el refuerzo de conceptos, uso apropiado de formatos, instrumentos y herramientas de manera permanente. En lo relacionado con los hallazgos que son competencia de la Delegada de Protección al Usuario, no se efectúan observaciones. Finalmente se resalta el ejercicio auditor adelantado y desde esta Delegada se acogerán las instrucciones que, para el caso, emitan los líderes de los procesos auditados, respecto a insumos para la formulación de los planes de mejoramiento correspondientes”.

N.	Tipificación	Tema	Proceso	Hallazgo de la auditoría	Página	Observaciones delegada para entidades territoriales
2.1.1	Conformidad	Planeación de la Auditoría	Auditorías / Auditoría a Sujetos Vigilados	Adecuada Planificación y diagnóstico del sujeto vigilado objeto de auditorías. Se evidenciaron diagnósticos técnicos de los componentes. Se utilizaron instrumentos, herramientas y Power BI.	2, 44	Ok
2.1.2	Conformidad	Gestión de Riesgos	Auditorías / Auditoría a Sujetos Vigilados	No Materialización Riesgos de Gestión y Corrupción proceso de Auditoría a Sujetos Vigilados.	13, 45	Ok
2.1.3	Conformidad	Gestión Contractual	Gestión de Bienes y Servicios	La ejecución contractual se realizó cumpliendo las obligaciones generales y específicas, sin anomalías.	17, 45	Ok
2.2.1	Observación	Proyecto de Automatización proceso de auditorías	Auditorías / Auditoría a Sujetos Vigilados	En los riesgos de corrupción se identificó un control asociado a interactuar con STI para ver la viabilidad de la automatización del proceso de auditorías. El equipo auditor reconoce que si la actividad se lleva a cabo se generaría un impacto muy positivo y sería un control excelente en materia de mitigar riesgos de corrupción, sin embargo, consideran que por ahora el control carece de efectividad ya que solamente se encuentra en la etapa de planeación o acercamientos con STI para viabilizar si es posible este desarrollo	7, 46	El control del riesgo se redactó para esta vigencia enfocado a estas gestiones iniciales. No se redactó afirmando que el proceso de automatización comenzaría o se desarrollaría en la vigencia, esto porque con conversaciones con STI se vio que los ingenieros que se iban destinando a esta labor terminaban su contrato y no proseguían, por lo tanto, se enfocó nuevamente en la etapa de gestiones iniciales, teniendo en cuenta que este control depende del recurso humano y planeación interna que se disponga desde STI para estos fines. Más allá de esta argumentación, si se reconoce que el control, aunque cumple con lo que se redactó, por ahora, no presenta la efectividad deseada, y en ese sentido, se acoge la observación.
2.2.2	Observación	Fortalecimiento control Riesgo	Auditorías / Auditoría a Sujetos Vigilados	Fortalecimiento de control y posibilidad para redefinir evidencia de cumplimiento de controles Frente a la Causa “Falta de confidencialidad de la información de los sujetos vigilados” se encontró que si hay un control, el cual es realiza actividades en temas de integridad y transparencia, sin embargo, se sugiere que frente a este caso se elabore un control más robusto	8, 9, 46	Se trabajará con el área líder de proceso en un control más robusto.
2.2.3	Observación	Proyecto de Inversión DET	Auditorías / Auditoría a Sujetos Vigilados	El proyecto de inversión se ejecutó al 78% en 2022, de acuerdo con razones consignadas en el informe	13, 47	Se revisarán las razones consignadas en el informe para verificar si es posible mejorar la ejecución en cada vigencia.
2.3.1	No Conformidad	Incumplimiento de actividades del proceso de Auditorías que se listan en el detalle. Se insta también a que el líder de proceso de celeridad a la aprobación del Manual de Auditorías.	Auditorías / Auditoría a Sujetos Vigilados	Se utilizaron formatos obsoletos en algunos Autos y Actas de auditoría. Aún se menciona el término “visita” en algunos autos.	3, 47, 48	Es un tema que internamente hemos evidenciado y hemos desarrollado acciones y recalado esta directriz en las autoevaluaciones.
				Se menciona que algunos autos que ordenan acciones de IV mencionan la resolución 2015 de 2015 la cual adopta el manual de auditorías.	3, 47, 48	La resolución en mención se creó antes de que existiera un manual de auditorías. Los profesionales antiguos de la entidad mencionan que esto se realizó con el fin de impulsar la creación de dicho manual, situación que no ocurrió en el corto plazo. El hallazgo fue encontrado en una auditoría anterior y se elaboró un plan de mejoramiento cargado al ITS (el 1040) En este sentido, ya hay acciones en curso al respecto de la elaboración de este manual, el cual se está desarrollando con todas las delegadas que hacen auditoría y bajo el liderazgo de la Delegada de Aseguramiento (actual líder de proceso) y de la Delegada de Prestadores (Próximo líder de proceso), y con la asesoría permanente de la OPA. Las regionales presentaron evidencia al equipo auditor del avance que existe sobre la construcción de este manual.
				Se menciona que no hay interiorización de la normatividad que ponen los funcionarios en los informes, teniendo en cuenta que se mencionan normas cuyo contenido desconocen, como la 1215 de 2015 que adopta un manual que	3, 47, 48	Se reconoce que se debe continuar trabajando con las Direcciones regionales para que la información que consignen sea analizada y conocida por ellos. No debe ser una copia de otros informes, sin el análisis respectivo. Igualmente se considera que tal resolución no debería incluirse en los informes.

N.	Tipificación	Tema	Proceso	Hallazgo de la auditoría	Página	Observaciones delegada para entidades territoriales
				actualmente no está aprobado en el SIG. Los auditores mencionan que no debería mencionarse tal resolución si el manual no está aprobado en el SIG.		
				Se detectaron múltiples revisiones de informes de auditoría, generando demoras en la entrega de este, tema que, a juicio del equipo auditor, también genera reprocesos.	4, 47, 48	Frente a este punto, estas revisiones que se realizan se encuentran documentadas, por lo que no hay inicialmente un incumplimiento, sin embargo, si se reconoce que existen revisiones que se han considerado necesarias. Se evaluará la pertinencia de mantenerlas en el proceso en las próximas versiones de este.
				Imprecisión en la numeración de páginas en uno de los informes remitidos al vigilado	4, 47, 48	
				Se detectó que se usó la palabra "obstrucción" haciendo referencia a que el vigilado no permitió el correcto ejercicio de auditoría. Se recomienda usar una redacción más adecuada.	4, 47, 48	
				Se identificó un plan de mejoramiento que se recibió de manera extemporánea y en 3 oportunidades, cuando el proceso menciona que máximo puede allegarse en dos ocasiones.	4, 47, 48	
				Se identificaron casos puntuales de concesión de términos al vigilado para entrega del plan de mejoramiento, así como falta de indicación en la fecha de seguimiento. distintos a los que dice el proceso. Así mismo se hicieron aprobaciones extemporáneas.	4, 47, 48	Los Seguimientos son trimestrales.
				Se identificó un funcionario que participó en la elaboración del informe de una auditoría, sin que éste hubiera sido autorizado por auto.	4, 47, 48	Frente a todos los puntos anteriores, se acoge la No Conformidad y se participará en las mesas de trabajo convocadas por el líder de proceso para la formulación del plan de mejoramiento.
2.3.2	No Conformidad	REUNIONES DE AUTOEVALUACIÓN	Auditorías / Auditoría a Sujetos Vigilados	Se menciona que en dos regionales no asistió el superior jerárquico a la reunión. En las observaciones se argumenta porque estamos en desacuerdo con la tipificación del hallazgo. También sugieren aprobar las actas de manera más pronta	18, 48	Se considera que la resolución por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación ha sido cumplida con base en los siguientes argumentos: 1) En el informe preliminar se menciona que " Si eventualmente se hubiesen realizado análisis de los factores que inciden en el cumplimiento de la misión institucional , podrían, de manera anticipada , haberse emprendido los correctivos el caso a fin de evitar constantes debilidades detectadas respecto al cumplimiento de las actuaciones reguladas a través de la actividad clave de éxito denominada "auditorías". Sobre lo anterior se está de acuerdo, pero son temas que pertenecen al hallazgo 2.3.1. No se está de acuerdo con vincularla con las reuniones de autoevaluación, ya que estas reuniones muestran unos requisitos específicos que deben verse en cada una de ellas, los cuales se han cumplido. La resolución que las ordena no exige Evaluaciones de impacto ni análisis de otros factores diferentes a los que la misma resolución muestra. Se acoge la sugerencia referente a este análisis de impacto, y se está de acuerdo en que debería realizarse (Esto último se puede sugerir para una próxima versión de la resolución de autoevaluaciones) pero se reitera que actualmente la misma, no tiene este requisito (Evaluaciones de impacto o análisis más allá de los puntos obligatorios de la misma). 2) La resolución menciona en su artículo 2 que deben estar los funcionarios de la dependencia, junto con sus líderes. Esto también se cumple Incluso para los dos casos donde se mencionó que en la regional no se encontraban (Sur y occidental), esto con base en que La Delegada para Entidades Territoriales se considera como "Toda la Dependencia" y las Direcciones Regionales hacen parte integral de ella, no son dependencias aisladas, son también Delegada de entidades Territoriales, ubicadas en diferentes partes del país, de acuerdo con las funciones que nos da el Decreto 1080 de 2021. Existen reuniones de autoevaluación Masivas de toda la delegada con participación de todas las regionales (las cuales también fueron compartidas al equipo auditor). Cabe aclarar que la regional Occidental y Sur no tenía Director en 2022, por lo tanto, se acogen dentro de la reunión de autoevaluación de toda la delegada. La resolución menciona que la autoevaluación debe hacerse con todos los funcionarios del área y sus directivos, cosa que se ha hecho en las reuniones centrales de la Delegada donde se citan a las regionales. No menciona que sea obligatorio hacerla por cada sub - área de manera separada (cosa que también puede hacerse, y de hecho hemos insistido que, como buena práctica, también se haga, pero no como tema obligatorio). Sin embargo, se da cumplimiento a la resolución si en una sola reunión están todas las Direcciones Regionales, de la misma manera como por ejemplo la Delegada de Aseguramiento o de prestación hace su reunión de autoevaluación con sus direcciones de Inspección y Vigilancia y de Medidas Especiales, no siendo obligatorio que haya una autoevaluación separada para la dirección de medidas especiales y otra para la de dirección de inspección y vigilancia, de las dos delegadas en mención. La resolución menciona lo que se debe hacer, es decir, el "Qué". El cómo es responsabilidad de cada área, es decir, cada área debe asegurar que todas sus sub- áreas estén presentes, según la estrategia que asuman, pero comprobando que, ya sea en una reunión central con todos, o en varias reuniones por separado, se cuenta con la presencia de directivos y funcionarios, cumpliendo la resolución. Nuestra área es la Delegada para Entidades Territoriales de la cual las Direcciones Regionales hacen parte integral.

N.	Tipificación	Tema	Proceso	Hallazgo de la auditoría	Página	Observaciones delegada para entidades territoriales
						Con base en lo anterior, consideramos que hay cumplimiento de la resolución de autoevaluaciones. Respetuosamente solicitamos sea reevaluada la tipificación del hallazgo, posiblemente al grado de observación, ya que, aunque la argumentación que exponemos muestra que hemos cumplido con la resolución, también reconocemos que hay temas que podríamos mejorar aún más, aunque por lo pronto no sean obligatorios por resolución. * Respecto a la recomendación de aprobar las actas de manera más pronta, esta se acoge.

Cuadro N. 38 - Fuente Superintendencia Delegadas para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS

c. Correo electrónico del 29 de mayo de 2023

“Buenas tardes

De acuerdo con la solicitud de ampliación de información que nos solicitaron el día de hoy sobre las reuniones de autoevaluación donde participan las regionales, y revisando el histórico de la dinámica de realización de las mismas al interior de nuestra Delegada, se comenta lo siguiente como contexto de como se ha llevado la dinámica en mención.

Hasta el mes de Agosto de 2022, la directriz existente al interior de la Delegada era que cada una de las Regionales debía realizar su reunión de autoevaluación. Hasta ese mes, había directores en las regionales, incluidas las Regionales Sur y Occidental.

A partir de Septiembre de 2022, por Directriz de la entonces Delegada Encargada, se cambió la estrategia, y se incluyeron a todas las regionales en la reunión de autoevaluación central debido a que la mayoría de regionales quedó sin director. Sin embargo, aunque se acogieron en la reunión central, se les dio la instrucción que siempre siguieran haciendo su reunión de autoevaluación por regional.

Con ambas estrategias se cumple que haya presencia de todos los funcionarios de la Dependencia en las autoevaluaciones.

Ahora bien, habiendo realizado el seguimiento a este histórico del año pasado, vemos que, las autoevaluaciones individuales por regional de enero a agosto sí deben contar con la presencia de Director puesto que éste sí oficiaba en ese período. Esto debe aparecer en las actas que desde las regionales les fueron aportadas.

Si en las regionales occidental y sur que son las que se menciona en el informe, no se evidencia presencia del director en las actas período de enero a agosto de 2022, entonces probablemente exista un incumplimiento particular, por lo cual respetuosamente agradecemos, si es así, nos indiquen en cual o cuales de los meses no se evidenció presencia del director para las dos regionales citadas, dentro del período en mención, con el fin de tener ese insumo para realizar las acciones correctivas particulares al proceso de la regional donde esto pudo haber sucedido, Acciones Correctivas (O preventivas) que probablemente ya se estén tomando puesto que en la reunión central se cuenta con la presencia de Delegado y todos los funcionarios regionales.

Desde septiembre de 2022, como se dijo, se acogen a todas las regionales en la autoevaluación central. Por lo tanto, las actas de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre que se adjuntan, Muestran la presencia de la Delegada como jefe del área y todos los funcionarios de las regionales (y del nivel central de la Delegada también).

Es decir, si la ausencia de director regional se encontró en las actas individuales por regional de los últimos 4 meses del año, esto quedaría cumplido con la reunión central donde asisten todas las regionales.

Dicho esto, se adjuntan las actas de la autoevaluación de los últimos 4 meses del año, donde desde nivel central de la Delegada, se acogen a todas las regionales.

Dado que el enfoque de la auditoría es hacia lo realizado en región, no se anexan las actas del nivel central los primeros 8 meses, ya que, de acuerdo con lo mencionado, la instrucción en ese período era diferente, y cada regional sí debía hacer su propia reunión, por lo que esa parte si debe estar soportada con las actas que recibieron de las regionales.

Agradecemos sea tenido en cuenta también el proceso que se viene realizando con las regionales, en el cual se hacen dos autoevaluaciones mensuales desde septiembre de 2022 y lo hemos continuado hasta ahora. Una Autoevaluación central y también una autoevaluación particular por regional, la cual les hemos insistido que la sigan haciendo, aunque ya se cumpla el requisito con la autoevaluación central. No sabemos si hay otras dependencias que hagan esto, pero creemos que somos de las pocas o únicas áreas de la entidad que además de realizar su autoevaluación central, donde sus subáreas asisten, también realiza autoevaluaciones particulares por cada una de sus subáreas.

Igualmente quedamos atentos y acataremos respetuosamente cualquier decisión que al respecto de la tipificación de este hallazgo proceda en el informe final de auditoría”.

➤ **Análisis Oficina de Control Interno**

Sea lo primero señalar que, en virtud del correo electrónico del 26 de mayo de 2023, la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, realizó un reconocimiento al equipo auditor de la Oficina de Control Interno consistente en indicar que, (...) “*vemos un ejercicio muy acucioso y ajustado al alcance y a lo que se requiere que es propender por el mejoramiento continuo de los procesos de la entidad*” (...).

Similar situación se manifestó mediante radicado N. 20235000000053333 del 28 de mayo de 2023, señalando “*Finalmente se resalta el ejercicio auditor adelantado y desde esta Delegada se acogerán las instrucciones que, para el caso, emitan los líderes de los procesos auditados, respecto a insumos para la formulación de los planes de mejoramiento correspondientes*”.

Sobre el particular, la Oficina de Control Interno debe indicar que recibe con beneplácito las menciones antes descritas, ya que efectivamente la labor que desempeña esta dependencia principalmente va enfocada a procurar el mejoramiento continuo de todos los procesos institucionales, realizando labores de aseguramiento que minimicen la materialización de eventos adversos.

Ahora bien, respecto de lo manifestado en las diferentes comunicaciones emitidas, en relación con las “*Reuniones de Autoevaluación*”, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno procedió a evaluar la evidencia objetiva adicionalmente aportada mediante correo electrónico del 29 de mayo de 2023, información que permitió identificar, que estas reuniones fueron desarrolladas y presididas desde el nivel regional hasta el mes de agosto de 2022 y a partir del mes de septiembre bajo el direccionamiento de la Superintendente Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, de lo cual al realizar un análisis en contexto con la información allegada con motivo del traslado del informe preliminar de auditoría, se concluyó que del total de reuniones de autoevaluación verificadas, en las Direcciones Regionales

Sur y Occidental las reuniones de autoevaluación para el mes de agosto de la vigencia 2022, se llevaron a cabo sin que las presidiera el Director Regional o la Superintendente Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, situación originada por la coyuntura institucional que para ese mes se presentó en la Entidad, aspecto que para el mes de septiembre de la misma anualidad fuera superado.

En consecuencia, se despacha favorablemente la solicitud elevada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, tendiente a revisar la tipificación del hallazgo recategorizándolo de “**No conformidad**” a “**Observación**”, amén de las oportunidades de mejoramiento que pueden ser objeto de análisis para evitar la ocurrencia de las desviaciones detectadas en el proceso, en el marco de estos espacios de autoevaluación.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.2.5** incorporada en el numeral 2.2 del presente informe.

Ahora bien, frente a la solicitud de “*aclarar ciertas cosas*” respecto de la verificación realizada a los procesos de auditoría llevados a cabo en el municipio de Guadalupe por la Dirección Regional Sur, debe referir el equipo auditor de la Oficina de Control la pertinencia para realizar las aclaraciones del caso, las cuales se encuentran plasmadas en el anexo N.1 “*Evaluación Auditorías Regionales*”, documento el cual hace parte integral del presente informe de auditoría.

4.2 Respuesta al informe preliminar por parte del proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”

La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, mediante radicado N° 20232000000053153 del 26 de mayo de 2023, dio contestación al informe preliminar en los siguientes términos:

a. “Observaciones:

Análisis de eventuales causas externas que puedan generar materialización de riesgo de corrupción.
Se genera observación al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, con el fin se efectúen análisis que puedan identificar eventualmente “causas externas” que materialicen el riesgo “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o Derecho de Petición” y consecuentemente en caso de identificarlas se brinde el correspondiente tratamiento.

Respuesta: *El aplicativo para radicación de reclamos en salud, el cual funciona en línea y emite el número de radicado automáticamente, el cual se le entrega al usuario al momento en que interpone su reclamación. Es así que ningún funcionario podría agilizar, dilatar u omitir el trámite del reclamo del usuario.*

➤ Análisis Oficina de Control Interno

Reiterando lo planteado en el informe preliminar de auditoría, debe tenerse en cuenta que, en esencia un riesgo de corrupción consiste en la posibilidad de que por acción u omisión se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado, lo que llevó a concluir que al tener como objetivo este tipo de conductas “*un beneficio privado*”, la iniciativa para su acaecimiento puede eventualmente tener origen externo; motivo por el cual se presentó observación al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos

de valor”, con el objeto de considerarlo viable, se contemplen las eventuales causas externas que puedan ser generadoras del evento adverso identificado, esto es, *“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o Derecho de Petición”*.

Al respecto la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario indicó que *“El aplicativo para radicación de reclamos en salud, el cual funciona en línea y emite el número de radicado automáticamente, el cual se le entrega al usuario al momento en que interpone su reclamación. Es así que ningún funcionario podría agilizar, dilatar u omitir el trámite del reclamo del usuario”*, situación que salvo mejor concepto en contrario, comporta un control a una causa interna como lo es la manipulación del sistema por parte de un funcionario, donde contrariu censu, la alerta que emite la Oficina de Control Interno va dirigida a identificar eventualmente causas externas como lo pueden ser amiguismo, o por ejemplo se puedan controlar situaciones como lo es el inadecuado funcionamiento del aplicativo “Gestión PQR” con ocasión de ataques externos, lo cual motiva a ratificar la Observación emitida, con el fin se puedan realizar análisis que puedan identificar causas externas que puedan propiciar la materialización del riesgo de corrupción identificado, y en caso afirmativo, se gestione o intervenga lo pertinente formulando los controles del caso.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **ratifica la Observación** identificada en el informe final de auditoría con el **N. 2.2.4**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

b. “Ejecución Proyectos de Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario.

Con ocasión de la oportunidad de mejoramiento evidenciada en relación con la ejecución de los proyectos de inversión asignados en la vigencia 2022 a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, la Oficina de Control Interno genera observación al proceso “Gestión de Atención al Usuario” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”, tendiente a efectuar las gestiones que se consideren necesarias para aumentar en la vigencia 2023, los márgenes de ejecución de los recursos asignados, posibilitando incrementar el porcentaje de obligación en beneficio de las labores de inspección y vigilancia asignadas legalmente a la Superintendencia Nacional de Salud, aunado, a evitar eventuales reducciones presupuestales en inversión.

Respuesta: DPU no debe pronunciarse porque se habla del presupuesto de DET y en especial del contrato de Tiquetes”.

➤ **Análisis Oficina de Control Interno**

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **ratifica la Observación** identificada en el informe final de auditoría con el **N. 2.2.7**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

c. “No conformidad:

Incumplimiento “análisis de tiempo” procedimiento Soluciones Inmediatas en Salud (AUPD03) Se genera no conformidad al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, con ocasión del incumplimiento del “Análisis de Tiempo” regulado en el procedimiento “Soluciones Inmediatas en Salud” (AUPD03), el cual, señala: (...) “las PQR que involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población o del impacto que se cause en el SGSSS o el sector, tendrán la marcación “riesgo de vida” serán de inmediato cumplimiento. Así mismo, aquella PQR que esta

Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo de vida deberá ser resuelta con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el termino máximo de dos (2) días hábiles desde su traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud”.

Respuesta:

No se presenta plan de mejoramiento teniendo en cuenta que las acciones a implementar serían exactamente las mismas que la entidad ya viene desarrollando en el marco y cumplimiento de sus competencias legales.

En este sentido, es necesario reiterar que no es posible en el marco de las competencias atribuidas a la Delegada para la Protección al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud, solucionar la necesidad del usuario plasmada en su PQRD contra la entidad responsable de resolverla, siendo este un deber de las entidades responsables del aseguramiento en salud.

Lo que corresponde a la DPU es ejercer **inspección, vigilancia y control** sobre los sujetos **vigilados a cargo del aseguramiento en salud** en relación con el cumplimiento de los derechos en salud y la debida atención y protección al usuario, sin que su ejercicio y resultados impliquen necesariamente la satisfacción de la necesidad del usuario. El hecho de que el reclamo se encuentre en estado “abierto”, no implica que la responsabilidad recaiga en la Delegada para la Protección al Usuario, por el contrario, la DPU vela por los derechos de los usuarios mediante mecanismos de inspección y vigilancia precisamente sobre la gestión y solución de fondo que, sobre los reclamos en salud trasladados, desarrolle el vigilado responsable del aseguramiento en salud.

Es así como, todos los reclamos en salud radicados ante la Supersalud son objeto de acciones institucionales frente a las entidades contra las cuales se radican, esto es, las vigiladas responsables del aseguramiento en salud de los usuarios; acciones que se ejecutan de conformidad con las atribuciones legales asignadas y contenidas en el Decreto 1080 de 2021, y que corresponden a las funciones de **inspección, vigilancia y control**, derivadas de la Ley 1122 de 2007 y sus modificaciones. En este punto cabe destacar que como efecto de las citadas acciones de IVC, no sólo se pueden encontrar reclamos en estado abierto a pesar de dichas acciones, sino que también se obtiene como resultado el cierre con solución de fondo de la mayoría de ellas.

Frente a las funciones de IVC atribuidas a la Superintendencia, el artículo 25 de la Ley 1122 de 2007 definió:

C. 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 este.

C. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud **para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las**

actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.”. (Negrillas fuera de texto).

Es así como, en desarrollo de las funciones de **inspección y vigilancia** definidas en el citado artículo 35 de la Ley 1122 arriba transcritas, para efectos de **advertir, prevenir, orientar, asistir y propender por el cumplimiento de las normas** y principios que orientan el SGSSS, mediante la Circular 047 de 2007, modificada por la 008 de 2018, se impartieron instrucciones de obligatorio cumplimiento, con el propósito de brindar protección al usuario del Sistema de salud.

Resulta pertinente insistir que, desde las instrucciones impartidas en el Título VII de la Circular 008 de 2018 hasta las sanciones impuestas a las vigiladas por el cierre inoportuno de PQRD o sin solución de fondo, **son acciones de inspección y vigilancia**, competencias de esta entidad de control, y que el no acatamiento de estas no puede atribuirse a la Superintendencia. Una sanción puede imponer inclusive el pago de una multa, sin embargo, ello no garantiza necesariamente que la PQRD objeto de investigación sea resuelta (cerrada).

No puede ignorarse el hecho que la clasificación del reclamo realizada en la Circular 008 de 2018, de **Reclamo con Riesgo de Vida y su marcación de esta manera en el aplicativo** que esta Superintendencia ha implementado para el traslado inmediato y en tiempo real, así como el seguimiento de los reclamos a las entidades responsables del aseguramiento en salud, constituyen per se una acción de vigilancia cuyo único fin es la protección al usuario.

Es la misma Superintendencia la que ha implementado el concepto de reclamo riesgo de vida, y creado para su gestión y seguimiento al Grupo Soluciones Inmediatas en Salud -SIS- (Resoluciones 284 de 2014 y 20219100100155716 de 2021), esto con el único objeto de que sean resueltas en términos inmediatos como se observa en la citada circular y es también la entidad la que incluyó en el aplicativo los campos para verificar el estado de cerrado y abierto, precisamente con el fin de hacer el seguimiento en virtud de las funciones de inspección y vigilancia correspondiente, que permita verificar soportes y gestiones por parte del vigilado.

En este sentido, no es posible entonces en el marco legal establecido para la inspección y vigilancia, que la Delegada para la Protección al Usuario ordene el cierre de un reclamo en salud que aún no haya sido resuelto. El estado abierto, es una información que permite el ejercicio de otras acciones de inspección y vigilancia, así como el estado cerrado permite conocer el impacto de las instrucciones impartidas, tiempos de gestión invertidos por el vigilado, entre otros aspectos.

Ahora, el incumplimiento por parte de las vigiladas de las citadas instrucciones no sólo ha generado acciones de **inspección** como son requerimientos de información, auditorías, solicitud de planes de mejoramiento e inclusión de todos los reclamos en salud contra las EPS en la Metodología de Evaluación de Desempeño de Atención al Usuario, sino también acciones de control, que, se reitera, se traducen en investigaciones y sanciones administrativas.

A continuación, **se relacionan acciones de inspección y vigilancia desplegadas por la Delegatura de Protección al Usuario en relación con los reclamos en salud trasladados a las EAPB**, acciones que, para efectos de ejercer IV frente a las PQRD, **deben continuar ejerciéndose y que evidencian que no se requiere un plan de mejoramiento en el entendido que la adopción de un plan implicaría la programación de actividades futuras que no se han realizado**, y dichas actividades se han venido ejerciendo de manera regular por parte de esta entidad, como puede observarse, en tanto constituyen un ordenamiento legal, en atención a las funciones descritas en los artículos 18 y 19 del Decreto 2462 de 2013 y artículos 19 y 20 del Decreto 1080 de 2021:

1. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
-----------	-----	--------	-------------	----------	----------------	-------------------	----------------	----------------------

20222100008048502 del 07/07/2022	Savia Salud	Reabierto	SI	Andina	1/12/2022	11/7/2022	Incluida en Metodología Trim III del 2022 con Calificación 2--Solicitud Plan de Mejora	CERRADO
2. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100009823282 del 16/08/2022	Comfamiliar Huila	Reabierto	SI	Sur	2/9/2022	18/08/2022	EPS Liquidada	REABIERTO
3. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100009963872 del 18/08/2022	Emssanar EPS	Reabierto	SI	Occidental	31/01/2023	22/08/2022	Incluida en Metodología Trim III del 2022 con Calificación 1 -- Medida de Control y traslado a DIA con NURC 20222000000123093	CERRADO
4. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100010214812 del 24/08/2022	Comfamiliar Huila	Reabierto	SI	Sur	21/10/2022	26/08/20 22	EPS Liquidada	REABIERTO
5. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100010692582 del 05/09/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	31/01/2023	7/9/2022	Incluida en Metodología Trim III del 2022 con Calificación 3 -- Requerimiento de Información	CERRADO
6. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100010915292 del 08/09/2022	Coosalud	Reabierto	SI	Andina	7/2/2023	12/9/2022	Incluida en Metodología Trim III del 2022 con Calificación 1 Medida de Control y traslado a DIA con NURC 20232000000024233	CERRADO
7. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
202221000109162120 del 8/09/2022	Coosalud	Reabierto	SI	Andina	7/2/2023	12/9/202 2	Incluida en Metodología Trim III del 2022 con Calificación 1 y traslado a DIA con NURC 20232000000024233	CERRADO
8. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100011176642 del 14/09/2022	Servicio Occidental de Salud	Reabierto	SI	Occidental	12/1/2023	16/09/2022	Incluida en Metodología Trim III del 2022 con Calificación 1 Medida de Control y traslado a DIA con NURC 202220000000123093	REABIERTO
9. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100012852012 del 25/10/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Occidental	7/1/202 3	27/10/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 3 Requerimiento de Información	CERRADO
10. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100012948382 del 27/10/2022	Comfenalco Valle	Reabierto	SI	Occidental	7/2/202 3	31/10/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 3 Requerimiento de Información	REABIERTO
11. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100013080992 del 31/10/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	25/01/2 023	2/11/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 3 Requerimiento de Información	CERRADO
12. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
202221000130 93192 del 31/10/2022	Suramericana EPS	Reabierto	SI	Occidental	2/1/202 3	2/11/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 2 Solicitud Plan de Mejora	CERRADO
13. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100013566682 del 11/11/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Sur	4/1/202 3	16/11/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 3 Requerimiento de Información	CERRADO
14. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100013661042 del 15/11/2022	Savia Salud	Reabierto	SI	Andina	25/01/2 023	17/11/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 2 Solicitud Plan de Mejora	REABIERTO
15. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100013681292 del 15/11/2022	Nueva EPS	Reabierto	SI	Occidental	2/12/2022	17/11/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 3 Requerimiento de Información	CERRADO
16. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100013845902 del 18/11/2022	Nueva EPS	Reabierto	SI	Sur	6/1/2023	22/11/20 22	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 3 Requerimiento de Información	CERRADO
17. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100014626932 del 09/12/2022	Coosalud	Reabierto	SI	Occidental	7/2/2023	13/12/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 1 Medida de Control y traslado a DIA con NURC 20232000000024233	CERRADO
18. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100014638912 del 09/12/2022	Compensar	Reabierto	SI	Sur	17/01/2023	13/12/2022	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 2 Solicitud Plan de Mejora	CERRADO
19. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100014718452 del 12/12/2022	Magisterio	Reabierto	SI	Sur	19/12/2022	14/12/20 22	Se realizarán acciones de IV a las vigiladas que no hacen parte de la Metodología de Evaluación de Desempeño	REABIERTO
20. N. PQR	EPS	Estado	Riesgo Vida	Regional	Reapertura SIS	Fecha Vencimiento	Acciones de IV	ESTADO 26/05/2023
20222100014856542 del 14/12/2022	Sanitas	Reabierto	SI	Andina	3/2/2023	16/12/20 22	Incluida en Metodología Trim IV del 2022 con Calificación 3 Requerimiento de Información	CERRADO

➤ **Análisis Oficina de Control Interno**

A partir de la contestación efectuada desde la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, donde se ilustra respecto de la concepción legal de las acciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud a propósito de lo preceptuado por la Ley 1122 de 2007, se infiere lógicamente que su actuar en el marco del SGSSS resulta ser de medio y no de resultado; es decir, se circunscribe como lo menciona en algunos apartes el objetivo del proceso “Soluciones Inmediatas en Salud” - AUDP03 V6, a realizar labores de acompañamiento y seguimiento a la gestión de PQR, aunando, a realizar análisis posteriores utilizando para ello los instrumentos diseñados entre los que se destaca la “Metodología de Evaluación de Desempeño de Atención al Usuario”, lo cual puede generar otras acciones de IV, así como la realización de traslados para llevar a cabo acciones de control por parte de otras instancias institucionales materializadas en investigaciones y eventuales sanciones administrativas.

En consecuencia, refiere el equipo auditor de la Oficina de Control Interno asentimiento, en que las labores de inspección y vigilancia fundamentalmente suponen el prevenir, orientar, monitorear y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin confirmar la situación en que se encuentre la prestación de servicios de salud y sus recursos, añadiendo desde el equipo auditor, el hecho que, las acciones de inspección y vigilancia de las superintendencias de la administración pública a partir de la interpretación que de estas actuaciones ha hecho la Corte Constitucional, no se constituyen como un control fuerte, sino un control leve o intermedio⁴.

De este modo, se concluyó conforme a la muestra de auditoría, que la extemporaneidad en meses presentada por parte de Empresas Promotoras de Salud para dar solución de fondo a los requerimientos de usuarios, así se encuentren comprometidos sus derechos fundamentales a la salud y vida, superarían la órbita del proceso de Soluciones Inmediatas en Salud, al no encontrarse dentro de sus posibilidades garantizar que las EPS cumplan las obligaciones que la Ley le impone con la oportunidad requerida, más allá de las labores de IV que se puedan desplegar como las ya mencionadas por el área líder del proceso auditado, entre las que tenemos requerimientos de información, auditorías, solicitud de planes de mejoramiento e inclusión de todos los reclamos en salud contra las EPS en la Metodología de Evaluación de Desempeño de Atención al Usuario, o las compulsas del caso para la realización de labores de control.

No obstante, lo anterior, no deja de llamar la atención con base en lo evidenciado, que en ninguna de las veinte (20) PQR objeto de muestra, se haya cumplido la instrucción impartida por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 047 de 2007, modificada por la 008 de 2018, **consistente en que en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles se dé solución de fondo al requerimiento o en general a la situación puesta en conocimiento por usuarios del sistema en distintas regiones del país, a pesar de que representaban, de acuerdo a la tipificación dada, flagrante peligro o riesgo de vida, ya que si bien es cierto la instrucción se encuentra impartida,**

⁴ Sentencia C-165/19 – Corte Constitucional

también lo es que, los sujetos vigilados específicamente Entidades Promotoras de Salud tal y como fue documentado en el cuerpo del presente informe no la cumplieron.

En este orden de ideas, sin lugar a dudas debe merecer una reflexión el hecho que si bien se encuentran plenamente delimitadas las funciones de inspección y vigilancia que ejecuta el proceso de “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor” tal y como lo ilustró la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, se ha evidenciado que en materia de solución de fondo a casos denominados SIS, las EPS, de conformidad a la muestra evaluada, no dieron cumplimiento de la mencionada instrucción, lo cual podría conllevar a una vulneración de los derechos en salud de los usuarios, con la posibilidad que se desdibuje el fin u objetivo final del procedimiento “Soluciones Inmediatas en Salud”, el cual es “Realizar acompañamiento y seguimiento a las PQRD en las cuales se evidencie la existencia de un riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, mediante la realización de acciones de inspección y vigilancia, solicitudes e instrucciones a los vigilados, **con el fin de garantizar los derechos en salud de los usuarios del SGSSS**”, y adicionalmente, conllevando a que existan trámites SIS que permanezcan en el tiempo sin que puedan ser finalizados, dada la reticencia de las EPS para dar solución oportuna y de fondo a la situación planteada en la PQR, lo anterior, a propósito del alcance definido en el procedimiento SIS, el cual señala:

*“Inicia con la recepción PQRD o el conocimiento que la Superintendencia Nacional de Salud de la situación que pone en riesgo la vida o la integridad de un usuario, continúa con la radicación y marcación en el aplicativo dispuesto para el efecto, posteriormente están todas aquellas acciones para acompañar el trámite de la PQRD y **finaliza con la respuesta que brinde el vigilado dando solución de fondo a la situación planteada en la PQRD**”.* (Negrillas Extratextuales).

Así las cosas, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, a partir del pronunciamiento realizado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, como líder del proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, recategoriza el hallazgo definido en el informe preliminar de auditoría, de “**No Conformidad**” a “**Observación**”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.2.6**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría.

Finalmente, en lo que atañe a este punto, debe referir el quipo auditor de la Oficina de Control Interno que de la información contenida en el radicado N. 20232000000053153 del 26 de mayo de 2023, referente a la relación de “acciones de inspección y vigilancia desplegadas por la Delegatura de Protección al Usuario en relación con los reclamos en salud trasladados a las EAPB”, no se logró identificar el radicado N. “20232000000024233”, con el cual se realizaron traslados de las PQR N. 6 y 7 de la muestra objeto de auditoría a la Superintendencia Delegada de Investigaciones Administrativas.

Lo anterior, motivo al equipo auditor de la Oficina de Control Interno, a elevar mediante correo electrónico del 29 de mayo de 2023, solicitud de aclaración la cual fue atendida en la misma fecha, remitiendo entre otros los radicados internos mediante los cuales se efectuaron reportes a la ya citada Superintendencia Delegada de Investigaciones Administrativas, precisando que, no fue posible identificar que dichas PQR fueran efectivamente objeto del aludido traslado.

d. “Incumplimiento en la ejecución del control revisión mensual a respuestas de derechos de petición
Se genera no conformidad al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, con ocasión de la no ejecución del control denominado “El líder del proceso, los coordinadores de Grupo y los Directores Regionales, efectúan revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor”, para el último cuatrimestre de la vigencia 2022 atendiendo la evidencia aportada.

Respuesta

De conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Resolución 321 de 2016, les corresponde a las dependencias de la Superintendencia, remitir a la Delegatura para la Protección al Usuario, de manera mensual, la relación de las peticiones respondidas por cada una de ellas.

Consecuente con lo anterior desde la Delegada para la Protección al Usuario, se realiza la revisión de mensual de los formatos de reporte de derechos de petición, En la siguiente tabla se presenta el resultado del seguimiento mensual que se realiza con los enlaces responsables del reporte de cada área de la SNS.

1. Tercer trimestre de 2022 (jul-sep)

Derecho de Petición	Jul	Ago	Sep	Total 2022 (julio-septiembre)	Promedio Días Hábiles	Observación
Oficina Asesora de Planeación		1		1	0	
Oficina de Liquidaciones	148	265	335	748	51	Fuera de término.
Dirección de Innovación y Desarrollo	14	14	11	39	12	
Delegada para la Protección al Usuario	827	793	663	2.283	26	Fuera de término.
Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud	912	658	212	1.782	63	Fuera de término.
Delegada para Prestadores de Servicios de Salud	26	48		74	21	Fuera de término.
Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos SGSSS	10	10	15	35	8	
Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos		10	9	19	15	
Delegada de Investigaciones Administrativas	25	6	47	78	12	
Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación	57	76	76	209	27	Fuera de término.
Secretaría General	195	98	112	405	16	Fuera de término.

Consultas	Jul	Ago	Sep	Total 2022 (julio-septiembre)	Promedio Días Hábiles	Observación
Dirección Jurídica	56	100	47	203	30	Las consultas tienen 30 días para la respuesta.

2. Cuarto trimestre de 2022 (oct-dic)

Derecho de Petición	Oct	Nov	Dic	Total 2022 (octubre -diciembre)	Promedio Días Hábiles	Observación
Oficina de Liquidaciones	186	485		671	41	Fuera de término.
Dirección de Innovación y Desarrollo	9	8	5	22	16	Fuera de término.
Delegada para la Protección al Usuario	563	549	421	1.533	11	
Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud	492	292	276	1.060	47	Fuera de término.
Delegada para Prestadores de Servicios de Salud	101	37	112	250	23	Fuera de término.
Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos SGSSS	6	6	12	24	22	Fuera de término.
Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos		5	3	8	10	
Delegada de Investigaciones Administrativas	12	12		24	10	
Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación	96	64	77	237	27	Fuera de término.
Secretaría General		111	101	212	14	

Derecho de Petición	Oct	Nov	Dic	Total 2022 (octubre-diciembre)	Promedio Días Hábiles	Observación
Dirección Jurídica	73	62	65	200	30	Las consultas tienen 30 días para la respuesta.

De otro lado, la DPU es la encargada de consolidar los reportes de todas las áreas de la SNS, pero el responsable de dar respuesta en los términos establecidos es cada área dentro de sus competencias”.

➤ **Análisis Oficina de Control Interno**

En primer lugar, debe referir el equipo auditor de la Oficina de Control Interno que el control al que alude el hallazgo fue definido para controlar las causas identificadas para el riesgo denominado *“Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de los grupos de valor o sanciones de entes de control debido al incumplimiento de los términos de ley para la atención de derechos de petición”*.

Con base en lo anterior, debe indicarse que la verificación emprendida por la Oficina de Control Interno fue dirigida a establecer el cumplimiento **por parte de la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario** en la ejecución de los controles definidos, y no de otras áreas o dependencias como lo menciona en su escrito el líder del proceso auditado; muestra de ello es la solicitud de información elevada el día 30 de marzo de 2023 que en su tenor literal indicó:

“Cordial saludo. En desarrollo de la auditoría que en la actualidad se encuentra realizando la Oficina de Control Interno a los procesos de “Auditoría a los sujetos vigilados”, hoy “Auditorías” y “Gestión de Atención al Usuario” hoy “Relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor”; por medio del presente, me suscribo con el fin elevar solicitud de información en relación con la gestión y administración de riesgos tanto de gestión como de corrupción asociados al proceso que usted lidera.

*En ese orden de ideas, agradezco su siempre valiosa y oportuna colaboración remitiendo por este medio a **más tardar el martes 04 de abril de 2023** evidencia objetiva que dé cuenta de la aplicación de controles (preventivos y detectivos), así como de la ejecución de las acciones contenidas en el plan de tratamiento de los riesgos descritos en archivo excel adjunto”*.

La solicitud antes descrita, fue atendida en forma extemporánea mediante correo electrónico del 12 de abril de 2023, aportándose en total catorce (14) actas de reuniones, especialmente de Autoevaluación, tendientes a evidenciar el cumplimiento del control.

Así las cosas, se procedió a verificar que la **Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario** en la vigencia 2022 (Alcance de la auditoría) hubiese ejecutado el control definido, consistente en: *“El líder del proceso, los coordinadores de Grupo y los Directores Regionales, efectúan revisión mensual con el equipo de trabajo que emite las respuestas a los derechos de petición, con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor. Evidencia: Acta de reunión y plan de contingencia si hay lugar a ello”*.

La verificación efectuada arrojó como resultado, que en el tercer cuatrimestre de la vigencia 2022 (septiembre a diciembre), el control no fuera ejecutado, motivo por el cual se generó la No Conformidad N. 2.3.4 del informe preliminar de auditoría, y al observar que con el escrito de contestación a dicho informe no fue aportada evidencia que permitiera concluir lo contrario, se ratifica la **“No Conformidad”** detectada.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **ratifica la No Conformidad** identificada en el informe final de auditoría con el **N. 2.3.2**, incorporada en el numeral 2.3 del presente informe de auditoría.

e. “2.1.5.- Puntos de Atención al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud a nivel Nacional
Se genera conformidad al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” ahora “Relacionamiento con la Ciudadanía y grupos de valor”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario,

toda vez que de conformidad a evidencia objetiva recaudada se observó que en los cuatro (4) puntos de atención al ciudadano, esto es, Centro de Atención y Reparación de Víctimas (Barrio Guayaquil Cali), Casa del Consumidor (Neiva), Centro de Atención y Reparación de Víctimas (Quibdó) y Centro de Atención y Reparación de Víctimas - (Caunces de Oriente) – Centro Integral de Familia (Medellín), con ocasión de la alianza estratégica formalizada entre la Superintendencia Nacional de Salud y la firma contratista “Américas BPO”, es prestado el servicio de atención al usuario por conducto de profesionales idóneos para ello, los cuales son constantemente capacitados y evaluados.

No obstante, lo anterior, se presenta oportunidad de mejoramiento en relación con la señalización y en general la visualización para estos puntos de atención, con el propósito la ciudadanía pueda ubicarlos e identificarlos más fácilmente y con ello lograr la asistencia que eventualmente se requiera.

Respuesta

Al respecto la Delegatura para la Protección al Usuario, considera pertinente solicitar a la Unidad para la Atención y Reparación Integral las Víctimas considerar mejores condiciones para ubicación de agente en el punto de atención del CRAV del barrio Guayaquil de la ciudad de Cali y se revisará la disponibilidad de afiches y material con el logo de la entidad para remitir en el segundo semestre del 2023. Esto para mantener actualizada la imagen de gobierno en cada una de las piezas.

Así mismo, con el propósito de mantener actualizada la imagen de la Supersalud en los chalecos, se solicitó a través del memorando 2022200000090723 con fecha de 16 de septiembre de 2022, a la Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional la elaboración de estas piezas de identificación”.

➤ Análisis Oficina de Control Interno

La Oficina de Control Interno queda a la expectativa que se materialicen las acciones mencionadas por parte del líder del proceso auditado, aspecto que será objeto de evaluación posterior.

Por lo anterior, el presente informe final de Auditoría de Gestión es remitido al señor Superintendente Nacional de Salud y a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 648 de 2017 “Artículo 2.2.21.4.7. PARÁGRAFO 1º. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera” y el Decreto 338 de 2019 “Artículo 1. Modifíquese el Parágrafo 1 del artículo 2.2.21.4.7 del Capítulo 4 del Título 21 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, el cual quedará así: PARÁGRAFO 1. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva y deberán ser remitidos al nominador cuando este lo requiera”.

De acuerdo con lo expuesto en el presente informe final, los hallazgos detectados serán incorporados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), por lo que la Oficina de Control Interno solicita a los líderes de los procesos auditados, 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, de conformidad con los lineamientos institucionales, los cuales estarán encaminados a subsanar las situaciones evidenciadas y a los que la Oficina de Control Interno posteriormente realizará seguimiento.

Cordialmente,

CONSUELO EUGENIA VÉLEZ TOBÓN

Jefe Oficina de Control Interno (e)

Equipo Auditor: Peter William Vargas Pinilla, Profesional Especializado (Auditor Líder)

Guillermo Alberto Corredor Martínez, Profesional Especializado (Auditor acompañante)

Revisó y Aprobó: Consuelo Eugenia Vélez Tobón, Jefe Oficina de Control Interno (e)

Anexo N. 1 "Evaluación Auditorías Regionales"