

Fecha del Informe	Día	09	Mes	11	Año	2023
Nombre del informe de auditoría	Auditoría interna de gestión al proceso "Control"					
Objetivo de la auditoría	Establecer el grado de conformidad en la gestión del procedimiento administrativo sancionatorio en sus distintas fases, a través de una verificación objetiva e independiente basada en la administración del riesgo.					
Alcance de la auditoría	En términos de tiempo la auditoría tiene como alcance las vigencias 2021 y 2022.					
Criterios de auditoría	1. Constitución Política de Colombia. 2. 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). 3. Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". 4. Ley 1437 de 2011 "Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". 5. Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones". 6. Decreto 019 de 2012 "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública". 7. Ley 1755 de 2015 "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". 8. Ley 1797 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones". 9. Ley 1949 de enero de 2019 "Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones". 10. Decreto 1080 de 2021 "Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud. 11. Ley 2195 de 2022 "Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones". 12. Procesos y Procedimientos aprobados en la Entidad - Evaluación efectividad de controles. 13. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2022 – Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual. 14. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. 15. Resolución No 2023700000003372-6 de 2023 "Por medio de la cual se adopta la política sancionatoria 2023 - 2026 de la Superintendencia Nacional de Salud". 16. Las demás normas que apliquen en desarrollo del ejercicio auditor.					
Equipo de auditoría	Guillermo Alberto Corredor Martínez – Profesional Especializado OCI Luis Alberto Triana Lozada – Profesional Especializado OCI					

Tabla de contenido	1. Introducción.....	2
	2. Informe	2
	3. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles.....	6
	4. Resolución N. 2021160000013752–6 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS”.	16
	5. Plan de mejoramiento.....	22
	6. Hallazgos	24
	7. Conclusiones.....	27
	8. Traslado informe preliminar de auditoría.....	28

1. Introducción

De conformidad con las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno, las cuales están contenidas en la Leyes 87 de 1993 y 1474 de 2011, entre otras, corresponde a la Oficina de Control Interno, constatar que el Sistema de Control Interno esté formalmente establecido dentro de la organización y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos; así como también, verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización se encuentren adecuadamente definidos, sean apropiados y generen mejora continua.

Lo anterior, justifica la razón de evaluar con una óptica objetiva e independiente el proceso “Control” a través del cual se desarrolla la facultad sancionatoria institucional a propósito de eventuales vulneraciones a normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Informe

2.1 Procesos y Procedimientos aprobados en la Entidad - Evaluación efectividad de controles.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con el fin cumplir con el objetivo de auditoría, y en atención a la manifestación realizada por el líder del proceso en reunión de inicio en el sentido de que los expedientes respecto de los cuales se presentaron solicitudes para adelantar investigaciones administrativas sancionatorias en la vigencia 2022 aún no eran objeto de la correspondiente sustanciación, en razón a que la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas priorizó el trámite de expedientes de vigencias anteriores con el fin evitar el acaecimiento de caducidad de la facultad sancionatoria institucional, se determinó por parte de la Oficina de Control Interno ampliar el alcance de auditoría a las vigencias 2021 y 2022, en concreto, para la verificación de la

muestra, posibilitando presentar una opinión aún más amplia respecto de la gestión emprendida.

Muestra de auditoría

Para el establecimiento de la muestra de auditoría el equipo auditor de la Oficina de Control Interno mediante memorando identificado con radicado 20231400000085163 del 14 de agosto de 2023, solicitó a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas de la SNS, la base de datos con que cuenta esta dependencia para el control de expedientes administrativos sancionatorios para la vigencia definida como alcance de auditoría, información que fuera remitida el día 24 de agosto de 2023 mediante memorando 20237000000089753 de ese día, estableciendo un total de mil doscientos seis (1.206) registros.

La base de datos aportada contiene el estado de los expedientes, discriminados como “Apertura”, “tramite”, “decisión” e “improcedencia”, para lo cual el equipo auditor tuvo en cuenta para la toma de la muestra no estadística o discrecional¹, los expedientes con estado “**en trámite**”, con el propósito de poder verificar expedientes que comporten una mayor gestión, contabilizando en total trescientos cuarenta (340) registros, definiendo la muestra de auditoría en cuarenta (40) procesos equivalente al 12% de los expedientes con estado “**en trámite**”, así:

Tabla No. 1. Muestra seleccionada

Nº	NURC SOLICITUD INVESTIGACIÓN	DELEGADA ORIGEN	SIAD	ETAPA
1	202131500001623	Superintendente Delegado para la Protección al Usuario	910202100848	TRAMITE
2	202141100087943	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100968	TRAMITE
3	202141100089063	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100800	TRAMITE
4	202141100089093	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100796	TRAMITE

¹ Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas Versión 4, página 63.

Nº	NURC SOLICITUD INVESTIGACIÓN	DELEGADA ORIGEN	SIAD	ETAPA
5	202141100051663	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100941	TRAMITE
6	202141100038023	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100953	TRAMITE
7	202141100081993	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100917	TRAMITE
8	202141100082003	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100915	TRAMITE
9	202141400019083	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202101018	TRAMITE
10	202144400022583	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202101010	TRAMITE
11	202141100035593 / 202140000044613	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100925	TRAMITE
12	202141100035603	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100887	TRAMITE
13	202141100027673	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100972	TRAMITE
14	202141100035283	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100461	TRAMITE
15	202141100035403	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100675	TRAMITE
16	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100596	TRAMITE
17	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100558	TRAMITE
18	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100562	TRAMITE
19	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100580	TRAMITE

Nº	NURC SOLICITUD INVESTIGACIÓN	DELEGADA ORIGEN	SIAD	ETAPA
20	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100594	TRAMITE
21	202144400016883	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100660	TRAMITE
22	202131100048873	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100833	TRAMITE
23	202144400010343	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100817	TRAMITE
24	202144100024953	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100700	TRAMITE
25	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100571	TRAMITE
26	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100831	TRAMITE
27	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100854	TRAMITE
28	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100542	TRAMITE
29	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100586	TRAMITE
30	202144400009223	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100543	TRAMITE
31	202132200066423	Superintendente Delegado para la Protección al Usuario	910202100609	TRAMITE
32	202143200001933	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202200103	TRAMITE
33	202143100060713 /202143100065473	Superintendente Delegado para Prestadores de Servicios de Salud	910202100657	TRAMITE
34	202143200064263	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100760	TRAMITE

N°	NURC SOLICITUD INVESTIGACIÓN	DELEGADA ORIGEN	SIAD	ETAPA
35	202143300008733	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100665	TRAMITE
36	202143300032723	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100654	TRAMITE
37	202143300032683	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100681	TRAMITE
38	202140000004613	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100109	TRAMITE
39	202140000004623	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100537	TRAMITE
40	202143300033233	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional	910202100156	TRAMITE

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Verificación de la muestra

Con el objeto verificar los expedientes administrativos objeto de muestra, se elaboró papel de trabajo en formato excel, en el cual se presentan las distintas fases del procedimiento administrativo sancionatorio, con indicación de la gestión emprendida en cada etapa, acompañado de observación(es) emitidas por el equipo auditor. El aludido documento configura el denominado Anexo N° 1, el cual hace parte integrante del presente informe.

De este modo, debe indicarse que, culminada la labor de verificación de la muestra, no se identificaron incumplimientos respecto de los criterios de auditoría, amén de algunas observaciones dirigidas a afinar las actuaciones emprendidas, motivo por el cual se formuló la **Conformidad N° 6.1.1** incorporada en el **numeral 6.1** del presente informe.

3. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles.

De conformidad con las funciones legalmente asignadas a las oficinas o unidades de control interno, en el marco de la auditoría interna que por este se presenta, se procedió a realizar monitoreo a los riesgos de gestión y corrupción identificados para el proceso objeto de auditoría.

En ese orden de ideas, en lo concerniente a gestión y/o administración del riesgo, el equipo auditor, solicitó al líder del proceso “Control” lo siguiente:

“En relación con la gestión y administración del riesgo, se ha evidenciado que el proceso de “Control” en materia de investigaciones administrativas sancionatorias tiene identificados riesgos de gestión y de corrupción; en ese orden de ideas, agradecemos se remita evidencia objetiva de la ejecución de los controles y las acciones incluidas en los planes de tratamiento para los siguientes riesgos identificados:

a. Riesgo de gestión: “Posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultada sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio”.

b. Riesgo de corrupción: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para el direccionamiento de las decisiones frente al vigilado”. De este modo, mediante comunicación del 24 de agosto de 2023, la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, remitió con ocasión de la solicitud que le fuera elevada, información del como ha venido gestionando y administrando los riesgos identificados con miras a su mitigación, entre los que tenemos:

- Comunicaciones en donde se hace devolución de traslados para adelantar procesos administrativos sancionatorios.
- Formato de registro de entrada al Despacho
- Reportes de seguimiento y monitoreo de riesgos para el primer y segundo semestre de 2022.

En este punto, al contar con información base para adelantar el trabajo de verificación en materia de riesgos, es menester ilustrar respecto de la disposición de riesgos de gestión y corrupción asociados al proceso de “Control” enfocados en lo concerniente al procedimiento administrativo sancionatorio, así:

Riesgo de Gestión – Proceso “Control”.

Identificación del riesgo

Riesgo: “Posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio”.

Causas (Internas):

Página 7 de 29

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

- Insuficiente material probatorio y/o de documentos derivados de las áreas que realizan inspección y vigilancia.

Causas (Externas):

- Baja calidad en los informes y traslados de solicitudes de investigación.

Consecuencias:

- Caducidad de la potestad administrativa sancionatoria de la SNS.
- Apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios.
- Pérdida de imagen institucional.

Análisis del riesgo inherente:

Probabilidad: 60% - **Impacto:** Moderado 60% - **Zona de Riesgo:** Moderada

Al efectuar análisis del riesgo identificado, corresponde hacerlo respecto del objetivo del proceso del cual se identificó (*Control*), revisando el grado de consonancia entre uno y otro aspecto, esto es, objetivo del proceso Vs. Riesgo identificado. En ese orden de ideas, tenemos como objetivo del proceso el siguiente:

“Establecer las medidas de control a los sujetos vigilados mediante el análisis de su viabilidad, la determinación, adopción y seguimiento de las ordenes, acciones o medidas especiales y la ejecución del proceso administrativo sancionatorio con el fin de asegurar el cumplimiento de las obligaciones de los vigilados, la adecuada prestación de los servicios de salud en el marco del SGSSS y la generación de recursos para el mismo”.

Al realizar confrontación de uno y otro aspecto, se desprenden elementos de un lado, y de otro, evidenciando que el establecer medidas de control como lo puede ser la imposición de una determinada sanción, tiene íntima relación con el análisis previo de viabilidad para efectivamente imponerla, tal y como lo señala el objetivo del proceso, claro está, con la debida oportunidad en que esta debe ser emitida a través de la correspondiente actuación administrativa de conformidad a como lo plantea el riesgo identificado al indicar (...) *“debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio”*; motivo por el cual, se concluyó consonancia entre el objetivo del proceso *“Control”* con el riesgo identificado, consistente en la posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio.

En tratándose de la **Identificación del Riesgo**, tal y como se encuentra dispuesto en el mapa de riesgos institucional, se trata lo referente a afectación reputacional y económica con ocasión de **causas** identificadas como los son “*Insuficiente material probatorio y/o de documentos derivados de las áreas que realizan inspección y vigilancia*”, o “*Baja calidad en los informes y traslados de solicitudes de investigación*”, entendiendo estas causas identificadas como las situaciones más evidentes sobre las cuales se puede presentar el riesgo, no obstante, lo anterior, pueden existir otras causas raíz o sub causas, que puedan promover la materialización del riesgo, como lo puede ser la **falta de impulso procesal** por negligencia o impericia para atender el trámite administrativo sancionatorio; es decir, si bien es cierto el insuficiente material probatorio derivado de las actuaciones de inspección y vigilancia (causa interna) o la baja calidad en los informes y traslado de solicitudes de investigación (causa externa), son hechos generadores del riesgo identificado, también lo es que, la falta de impulso procesal al interior del proceso podría de igual forma conllevar materialización.

De este modo, convendría analizar la viabilidad de identificar y dar el correspondiente tratamiento a otra causa adicional a las ya identificadas, **como lo es la falta de impulso procesal**, que traería como consecuencia la pérdida de la facultad sancionatoria, máxime, si se tiene en cuenta que en la redacción del riesgo identificado, se indica con claridad que, la mencionada pérdida (facultad sancionatoria) obedece al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio; en ese orden de ideas, en caso de viabilizar la disposición de esta causa y consecuente tratamiento a través de la formulación de controles detectivos o correctivos, correspondería analizar de igual forma las probabilidades de ocurrencia e impacto en fase de valoración del riesgo, con el objetivo de establecer si se mantiene el porcentaje definido (60%) o resulta ser otro, atendiendo especialmente en número de veces en que se ejecuta la actividad, que para el caso del proceso “*Control*” resulta ser constante.

En lo que atañe a las **consecuencias identificadas**, debe referir el equipo auditor de la Oficina de Control Interno que, las consecuencias definidas, son consistentes con el riesgo identificado en la medida que la materialización de este riesgo de pérdida de la facultad sancionatoria, efectivamente conlleva a la apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios, aunando, a la evidente pérdida de la imagen institucional al no dar trámite oportuno de una investigación administrativa de esta índole; sin embargo, desde el equipo auditor en calidad de tercera línea de defensa del proceso ahora auditado, se propone analizar si la pérdida de la ya mencionada facultad sancionatoria, trae como consecuencia de suyo, la declaratoria de la caducidad de la potestad administrativa sancionatoria de la SNS; es decir, en este punto se propone anteponer a la consecuencia identificada a modo de verbo rector el término “*Declarar*”, si se tiene en cuenta que el fenómeno jurídico de la pérdida de la facultad sancionatoria para que surta efectos jurídicos, debe ser declarada,

siendo la mencionada declaratoria el punto de partida para entre otros, realizar la compulsa del caso a la Oficina de Control Disciplinario Interno para dar inicio de las actuaciones disciplinarias que se deben emprender de conformidad con las consecuencias identificadas. Ahora bien, con el fin de realizar el monitoreo a los controles definidos, el equipo auditor realizó análisis con sustento en la evidencia aportada, al igual que la que reposa en el aplicativo de Planeación y Gestión ITS en el módulo de riesgos, análisis que se presenta en los siguientes términos:

Tabla No. 2. Análisis Riesgo de Gestión

Valoración del Riesgo		
Descripción del control	Responsable de ejecutar el control	Observación OCI
1. El profesional asignado, cada vez que recibe la solicitud de inicio de investigación administrativa revisa que el memorando de traslado contenga todos los soportes probatorios necesarios para determinar si se inicia o no la investigación, teniendo en cuenta la normatividad aplicable por la Superintendencia Nacional de Salud. En caso de que el memorando de traslado no contenga la información o los soportes probatorios necesarios, será devuelto al área remitora. Evidencia: Comunicación Interna con la que se hace la devolución respectiva.	Superintendente Delegado para Investigaciones Administrativas	La Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de articular de mejor forma la transición de labores de inspección y vigilancia con las de control, adoptó un esquema de trabajo concretizado a través de formato dispuesto para el efecto en el Sistema Integrado de Gestión – componente Calidad, posibilitando a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas recibir las solicitudes de adelantamiento de investigaciones administrativas sancionatorias, con información depurada y con la calidad requerida para emprender los análisis de orden jurídico que permitan determinar si existe mérito para dar apertura o no de una investigación de este tipo. Bajo la premisa que este control surge de la necesidad, precisamente de “controlar” dos (2) de las causas identificadas como lo son, “<i>Insuficiente material probatorio y/o de documentos derivados de las áreas que realizan inspección y vigilancia</i>” y “<i>Baja calidad en los informes y traslados de solicitudes de investigación</i>”, se concluyó que resulta más que pertinente definir bajo una tipología de “<i>Control preventivo</i>”, esta clase control con el propósito analizar el insumo de entrada al proceso antes que se origine la actividad generadora del riesgo. En ese orden de ideas, al verificar la evidencia aportada por el proceso auditado, consistente en “<i>Listado de devoluciones</i>”, aspecto igualmente constatado en la muestra de auditoría, se concluyó que el control resulta pertinente en su definición y es útil para atacar dos (2) de

		las causas identificadas, en la medida que de forma preventiva evita que la información insumo para gestionar el proceso carezca del material probatorio y calidad requerida, evidenciando por demás su ejecución.
2. Una vez realizado en análisis del memorando de traslado y sus anexos, los profesionales encargados de adelantar el procedimiento administrativo definen que tipo de acto administrativo se debe expedir, el cual, será enviado al respectivo Director para efectos de revisar que el proyecto de acto administrativo elaborado cumpla con los criterios técnicos y legales correspondientes y que cumpla con lo establecido en los Acuerdos de Nivel de servicios definidos. Evidencia: Proyecto de acto administrativo que corresponda (revisado).	Superintendente Delegado para Investigaciones Administrativas	Bajo el entendido que, los controles que se definan para gestionar y administrar riesgos deben atacar las causas identificadas, corresponde ahora analizar cuál es el nexo causal entre el control que ahora nos ocupa, consistente en realizar revisión de criterios técnicos y legales de los actos administrativos proyectados por parte de Director(a) y Superintendente Delegado(a). Bajo este escenario, debe referir el equipo auditor que, en materia de un proceso administrativo sancionatorio resulta indispensable que los actos que se proyecten en cada fase o etapa, deban ser revisados por el superior jerárquico a modo de control de legalidad, concluyendo que este control refuerza o complementa el anterior, en la medida que al ser revisado(s) el (los) acto(s) por ejemplo de apertura o improcedencia, se verifique entre otros, si la información allegada con el traslado o solicitud para adelantar investigación administrativa, comporta el material probatorio requerido o la calidad necesaria, y en consecuencia, permite determinar si el sentido de la actuación proyectada, corresponde con lo informado y acreditado con el traslado o solicitud para adelantar investigación administrativa sancionatoria. En ese orden de ideas, se concluyó que el control resulta pertinente en su definición y es útil para atacar las dos (2) de las causas identificadas.

3. Una vez evidenciadas las infracciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, los profesionales encargados proyectaran acto administrativo imponiendo sanción; este acto será revisado por el respectivo Director, quien en principio, verificará el cumplimiento de la facultad sancionatoria en cabeza de esta Superintendencia dentro de los términos procesales establecidos y los criterios técnicos y legales correspondientes, así como lo establecido en los Acuerdos de Nivel de Servicio, para la posterior firma del Delegado, con el fin de dar por culminado el Proceso Administrativo Sancionatorio. Evidencia: Proyecto Acto administrativo de decisión de fondo (Sanción), revisado por el Director y firmado por el Delegado.	Superintendente Delegado para Investigaciones Administrativas	A partir de la muestra de auditoría (40 procesos) consistente en la verificación de la totalidad de las actuaciones emprendidas en cada expediente administrativo sancionatorio, se evidenció como al momento de emitir decisión de fondo en el asunto, se ejecutó el control en la forma en que está dispuesto, al registrarse el nombre de funcionario(a) que lo proyectó, al igual que la revisión de cada Director(a) y del Superintendente Delegado, restando indicar que, al involucrar la mencionada revisión una verificación de los términos procesales, se concluyó pertinencia y utilidad del control para mitigar el riesgo identificado consistente en <i>“Posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio”</i>.
---	--	--

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Plan de manejo del riesgo:

En cuanto al plan de manejo del riesgo como mecanismo para el establecimiento de acciones que permitan controlar el riesgo residual (después de controles), el riesgo objeto de nuestro análisis contempló las siguientes opciones de manejo:

Tabla No. 3. Análisis plan de manejo Riesgo de Gestión

ACCIÓN	OBSERVACIÓN OCI
Realizar devoluciones de los traslados de investigación, solicitando aclaración o información adicional.	Con el propósito evidenciar la ejecución de la acción definida en el plan de manejo del riesgo, la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, aportó el radicado

	20227200000095903 del 27 de septiembre de 2022, en el cual se efectuaron devoluciones de solicitudes de investigación ante la necesidad de contar con los soportes que permitan acreditar las presuntas irregularidades objeto de traslado. Con base en lo anterior, se evidenció el cumplimiento de la acción incluida en el plan de manejo.
Realizar mesas de trabajo con funcionarios y contratistas para revisar el cumplimiento de los procedimientos y términos de Ley	Al respecto se aportó como evidencia del cumplimiento de la acción, actas de reuniones de autoevaluación donde se verificó a partir de la batería de indicadores de gestión, la productividad del área fijando compromisos para efectos de realizar con eficiencia la sustanciación de los expedientes administrativos sancionatorios de competencia de cada Dirección que compone la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas. Con base en lo anterior, se evidenció el cumplimiento de la acción incluida en el plan de manejo.

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Una vez analizado el riesgo identificado, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

a. La situación adversa consistente en posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio está administrada a partir de la identificación, valoración y la implementación de un plan de tratamiento.

b. Que a partir del riesgo identificado consistente en posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio, se identificaron de igual forma consecuencias, siendo una de ellas *“Caducidad de la potestad administrativa sancionatoria de la SNS”*, invitando a que se analice la necesidad de incluir la declaratoria de oficio o a petición en el expediente de la mencionada caducidad, procediendo a las compulsas de casos que permitan dar paso a la consecuencia identificada consistente en *“Apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios”*.

c. Los controles definidos se ejecutan, son pertinentes y útiles para mitigar el riesgo.

d. Convendría analizar la viabilidad de identificar y dar el correspondiente tratamiento a otra causa adicional a las ya identificadas, como lo es la falta de impulso procesal, que traería como consecuencia el incumplimiento de términos y la pérdida de la facultad sancionatoria, para lo cual en caso de ser definida correspondería gestionarla y administrarla.

Lo anterior motivó al equipo auditor de la oficina de Control Interno a formular la **Observación N. 6.2.1** incorporada en el **numeral 6.2** del presente informe.

Riesgo de Corrupción – Proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”

Riesgo: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para el direccionamiento de las decisiones frente al vigilado.

Causas (Internas):

- Conflicto de intereses sobre el sujeto vigilado.

Causas (Externas):

- Falta de Políticas claras frente al manejo de información confidencial.

Consecuencias:

- Interrupción de las decisiones tomadas
- Apertura de procesos disciplinarios
- Pérdida de credibilidad en la institución.

Probabilidad: Probable - **Impacto:** Mayor - **Zona de Riesgo:** Extrema

Tabla No. 4. Análisis Riesgo de Corrupción

Descripción del Control	Responsable de ejecutar el Control	Observación OCI
En cada una de las etapas procesales dentro del desarrollo de la investigación administrativa, el Director de cada grupo analizará los aspectos formales y legales de los antecedentes y los soportes que dieron lugar a la decisión plasmada en el proyecto del acto administrativo, para proceder con la aprobación o devolución de este; posteriormente, es remitido con su visto bueno al Superintendente Delegado, quien realiza la última revisión y procede a suscribirlo, con el fin de ejercer un control documental de los expedientes, se realizará seguimiento al formato PAFT 02 (Versión 4).	Superintendente Delegado para Investigaciones Administrativas	Como evidencia del cumplimiento del control se aportó acto administrativo por el cual se decidió de fondo asunto objeto de investigación administrativa sancionatoria, aspecto el cual de igual forma fue constatado por el equipo auditor en la muestra de auditoría tomada, concluyendo que los actos administrativos que en cada etapa se han emitido cuenta con la indicación de quien lo proyectó, la revisión de la dirección y del Superintendente Delegado, cumpliéndose el control definido. La relevancia que le asiste a la revisión contenida en el control definido consiste en que al generar segregación de funciones, se mitiga la probabilidad de materialización del riesgo al involucrarse distintas personas en la revisión del sentido de la decisión que se pretende adoptar.

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Opciones de manejo del riesgo:

Tabla No. 5. Análisis plan de manejo Riesgo de Corrupción

ACCIÓN	OBSERVACIÓN OCI
Realizar seguimiento estricto a los actos administrativos para verificar que efectivamente lleven la firma del funcionario encargado de su revisión. (Formato de registro de entrada al despacho.	Como evidencia del cumplimiento del control se allegó formato incluido en el Sistema Integrado de Gestión identificado con el código PAFT 02 V 4, donde se registran las entradas al Despacho para efectuar la revisión de la actuación proyectada con indicación del expediente, el funcionario(a) que entrega, el que recibe y la fecha de reporte mencionando la gestión proyectada. Con base en lo anterior, se concluyó la realización de la acción contenida en el plan de manejo del riesgo. No obstante, lo anterior, en tratándose del plan de manejo del riesgo, podría pensarse en dar evolución de la acción prevista, por ejemplo, automatizándola, donde a partir de las tecnologías de la Información se pueda realizar el “Pase al Despacho”, generando los

	correspondientes registros, precaviendo situaciones en que se pueda alterar el formato que viene siendo utilizado para el efecto. Con base en lo anterior, se formula la Observación N° 6.2.2 incorporada en el numeral 6.2 del presente informe.
--	---

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Finalmente, ante la no materialización de riesgos de gestión y corrupción verificados en el proceso “Control”, a través de la muestra de auditoría (40 expedientes administrativos sancionatorios) y el evidenciamiento de la ejecución de los controles y acciones de manejo definidas, el equipo auditor de la oficina de Control Interno eleva la **Conformidad N° 6.1.2 incorporada** en el **numeral 6.2** del presente informe, precisando que, la ejecución de controles y acciones contenidas en el plan de manejo así como su monitoreo, debe ser continuamente gestionado en un ejercicio de Autocontrol permanente, analizando las circunstancias actuales que eventualmente promuevan la redefinición de dichos controles o la inclusión de otros, siempre apuntándole a evitar la materialización del riesgo.

4. Resolución N. 2021160000013752–6 del 28 de octubre de 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 No. 21160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “*Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud*”, de lo cual verificó las reuniones efectuadas durante la vigencia 2022, así:

Tabla No. 6. Seguimiento al cumplimiento de la Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6 de 2021									
Tema para Tratar	Periodicidad	Enero -2022 ACTA: GE-6732 01/02/2022		Febrero - 2022 ACTA: GE-6820 03/03/2022		Marzo - 2022 ACTA: GE-7158 06/04/2022		Abril - 2022 ACTA: GE-7199 05/05/2022	
		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	

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6 de 2021									
Tema para Tratar	Periodicidad	Enero -2022 ACTA: GE-6732 01/02/2022		Febrero - 2022 ACTA: GE-6820 03/03/2022		Marzo - 2022 ACTA: GE-7158 06/04/2022		Abril - 2022 ACTA: GE-7199 05/05/2022	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
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	
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								
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	

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Tabla No. 7. Seguimiento al cumplimiento de la Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021.

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6 de 2021									
Tema para Tratar	Periodicidad	Mayo -2022 ACTA: GE-7200 08/06/2022		Junio - 2022 ACTA: GE-7220 06/07/2022		Julio- 2022 ACTA: AC-893 04/08/2022		Agosto - 2022 ACTA: AC-894 05/09/2022	
		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),	Mensual	X		X		X		X	

comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.									
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	
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	
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								
Art. 2. Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia		X		X		X		X	

(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.									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Tabla No. 8. Seguimiento al cumplimiento de la Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021.

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6 de 2021									
Tema para Tratar	Periodicidad	Septiembre -2022 ACTA: AC-892 07/10/2022		Octubre - 2022 ACTA: AC-890 05/11/2022		Noviembre - 2022 ACTA: AC-895 12/12/2022		Diciembre - 2022 ACTA: AC-891 12/01/2023	
		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	
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	
Riegos 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	
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								
Art. 2. Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia		X		X		X		X	

(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.									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia Oficina Control Interno con base en la información suministrada por la Delegada de Investigaciones Administrativas

Una vez verificados los contenidos y temas desarrollados en las reuniones de autoevaluación de la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, se concluyó que las reuniones previstas en la Resolución No. 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021, se realizaron oportunamente de acuerdo con lo definido en el mencionado acto administrativo, abordando los temas allí establecidos en los respectivos periodos, fomentando la capacidad en los servidores públicos para controlar su trabajo, propiciando escenarios para la detección de desviaciones y coadyuvando al cumplimiento de los objetivos de los procesos en el ejercicio de sus funciones.

Con base en lo anterior el equipo auditor formula la **Conformidad No. 6.1.3** incorporada en el **numeral 6.1** del presente informe.

5. Plan de mejoramiento

Siguiendo con el plan de trabajo definido, la Oficina de Control Interno a través de su equipo auditor efectuó monitoreo al avance en la gestión del plan de mejoramiento identificado en el aplicativo de Planeación y Gestión con el número 1399.

Sobre el particular, sea pertinente indicar que las acciones previstas en el plan de mejora que ahora nos ocupa, tienen como fuente u origen los análisis de riesgos de gestión que la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas realiza en cumplimiento del acto administrativo que regula lo referente a las reuniones de autoevaluación, con el

propósito de mitigar los efectos adversos que podría traer al proceso, lo referente a la posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio.

De este modo, en el marco del mencionado plan de mejoramiento, se definió la realización de dos (2) acciones que permitirán conforme lo dispuso el líder del proceso, evitar la pérdida de la facultad sancionatoria institucional, precisando que el termino definido por la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas para llevar a cabo la ejecución del plan, corresponde al lapso comprendido entre el 08 de enero y el 31 de diciembre de 2023.

Acciones definidas:

a. Realizar seguimiento a los expedientes con riesgo de caducidad para la vigencia 2024, para lo cual el Director de cada grupo determinará de manera mensual, dentro de la reunión interna de autoevaluación el consolidado de expedientes con riesgo de caducidad y su respectivo avance, dándoles prioridad a los que considere.

b. Realizar la contratación de profesionales por medio de modalidad de contratación de prestación de servicios.

Al respecto debe referir el equipo auditor que, este plan de mejoramiento en el aplicativo ITS no tiene porcentaje de avance, se encuentra sin avance en su ejecución, no cuenta con evidencia de que las acciones previstas hayan sido objeto de gestión al respecto.

Sobre el particular, debe indicarse que, en caso de que las acciones previstas tengan avances o gestiones preparatorias o ejecutorias que se hayan emprendido con miras a materializarlas, corresponde cargar dicha evidencia en ITS, sin perder de vista que la fecha final para realizar dichas gestiones vence el 31 de diciembre de 2023.

Imagen No. 1 Plan de mejoramiento N° 1399 - ITS

Actividad	Unidad de medida	Meta	Fecha inicio	Fecha fin	Plazo en semanas	Duración	Responsable	Avance	Seguimiento actividad
Realizar seguimiento a los expedientes con riesgo de caducidad para la vigencia 2024, para lo cual, el Director de cada grupo determinará de manera mensual, dentro de la reunión interna de coordinación.	100	100	01-08-2023	31-12-2023	21	152 días	Cesar Hernando Meza Mercado / Superintendente Delegado	0 %	Guardar Ver seguimiento auditor de control interno Ver seguimiento profesional de planeación SIG Ver seguimiento facilitador de proceso
Realizar la contratación de profesionales por medio de la modalidad de contrato de prestación de servicios.	100	100	01-08-2023	31-12-2023	21	152 días	Leydi Daniela Vasquez Lertino / Analista de Sistemas	0 %	Guardar Ver seguimiento auditor de control interno Ver seguimiento profesional de planeación SIG Ver seguimiento facilitador de proceso

Avance del plan

Con base en lo anterior, la Oficina de Control Interno formuló la **Observación No. 6.2.3** incorporada en el **numeral 6.2** del presente informe.

6. Hallazgos

6.1. Conformidades

6.1.1 Cumplimiento de etapas previstas en el procedimiento administrativo sancionatorio

Se formula Conformidad al proceso “Control” liderado por la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, en razón a que, con base en la evidencia objetiva allegada y de acuerdo a la muestra objetiva seleccionada, se concluyó el cumplimiento de las etapas previstas en el procedimiento administrativo sancionatorio regulado a través de

la Resolución No. 1650 de 2014² “, recomendando dar continuidad en el impulso procesal de los expedientes que llevan algún tiempo significativo sin sustanciar o los que se encuentran al Despacho para emitir decisión de fondo.

6.1.2 No materialización de riesgos en la muestra de auditoría y evidencia el cumplimiento de controles

Se formula Conformidad al proceso “Control” en razón a que, en el marco de la auditoría interna llevada a cabo, en la cual se tomó muestra consistente en la verificación del cuarenta (40) expedientes administrativos sancionatorios, no se identificó materialización de los riesgos de Gestión y Corrupción analizados como los son, *“Posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio”, y “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros a cambio de adelantar, impulsar y resolver las investigaciones administrativas, o resolver los recursos y medidas a que haya lugar, bajo argumentos contrarios a derecho y a los lineamientos precedentes dispuestos por la Dirección”,* aunando, a que se asume Conformidad en el establecimiento de los controles y acciones de tratamiento los cuales se ejecutan.

6.1.3 Adecuada realización de las reuniones de autoevaluación atendiendo las instrucciones institucionales impartidas en la Resolución No. 2021160000013752-6 de 2021

Se eleva Conformidad al proceso Control, el cual es liderado por la Superintendencia Delegada de Investigaciones Administrativas, en razón a que las reuniones de autoevaluación realizadas en la vigencia 2022 fueron llevadas a cabo atendiendo las instrucciones establecidas en la Resolución No. 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021, teniendo en cuenta que a través de los actos administrativos que regulaban estos espacios de reflexión en la vigencia acotada, abordaron los temas definidos en los respectivos periodos, fomentando la capacidad en los servidores públicos de esta Delegatura para controlar su trabajo, propiciando escenarios para la detección de desviaciones y promoviendo el cumplimiento de los objetivos del proceso en el ejercicio de sus funciones.

2

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProcesosAdministrativos/OtrosDocumentosProcesosAdministrativos/Ley_2014_1650.pdf

6.2 Observaciones

6.2.1 Identificación de la causa falta de impulso procesal y realización de declaratoria de pérdida de la facultad sancionatoria

Se formula Observación al proceso “Control” con el propósito analice la posibilidad de identificar para el Riesgo de Gestión denominado “*Posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento de términos del proceso administrativo sancionatorio*”, una causa adicional a las ya identificadas, consistente en la falta de impulso procesal que pueda conllevar a la materialización del riesgo, y en caso afirmativo, se genere el correspondiente tratamiento en fases de identificación del riesgo, análisis del riesgo inherente, valoración del riesgo, riesgo residual y plan de tratamiento, lo cual posibilitaría tener una aún más completa la identificación de causas que permitan a su vez generar los controles del caso que coadyuven a disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso.

De igual forma se invita a analizar la obligatoriedad o no de que en caso de presentarse pérdida de la facultad sancionatoria institucional, esta sea declarada en el expediente surtiendo los efectos jurídicos del caso ante el acaecimiento de este fenómeno jurídico.

6.2.2 Automatización de acción de control en la gestión de riesgo de corrupción

Se eleva Observación al proceso “Control” con el objeto de que pueda analizar la viabilidad, utilidad y pertinencia de automatizar la acción de control denominada “*Realizar seguimiento estricto a los actos administrativos para verificar que efectivamente lleven la firma del funcionario encargado de su revisión. (Formato de registro de entrada al despacho)*”, precaviendo situaciones en que se pueda alterar el formato que viene siendo utilizado para el efecto, contando con registros inmodificables que permitan identificar los tiempos en que se proyectan los actos administrativos al interior del procedimiento administrativo sancionatorio y se efectúan las revisiones de estos, con la posibilidad de generar alertas que coadyuven a impedir que los actos administrativos no cuenten con las revisiones necesarias por parte de directores y Superintendente Delegado.

6.2.3 Gestión Plan de Mejoramiento N° 1399

Se formula Observación al proceso “Control” liderado por la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas con el propósito gestione las acciones definidas en el plan de mejoramiento 1399 y cargue la evidencia de dichas gestiones en el aplicativo de Planeación y Gestión ITS. Debe indicarse que, si bien es cierto resulta loable que el mismo proceso de “Control” en un análisis de autoevaluación, y ante la necesidad de atender el riesgo de posibilidad de afectación económica o reputacional por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio promueva la gestión de un plan de mejoramiento que comporte acciones con fechas de inicio y fin de las mismas, con el fin de obtener resultados tangibles que eviten la materialización del riesgo, también lo es que, se requiere que en caso de haberse realizado gestiones para el efecto, estas sean reportadas a través del medio institucionalmente definido para ello.

La motivación principal de formular la Observación que ahora nos ocupa, tiene origen en el escaso tiempo que queda para gestionar al 100% el plan de mejoramiento N° 1399, máxime si se tiene en cuenta que, en la herramienta dispuesta para gestionarlo y controlarlo, el porcentaje de avance a octubre de 2023 es igual a cero “0”.

Finalmente se manifiesta que la presente auditoria se realizó con base en las evidencias objetivas obtenidas de la información suministrada por la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativa y no se hacen extensibles a otros soportes.

7. Conclusiones

En términos generales debe referirse que, el objetivo de auditoría planteado fue cumplido en la medida que se logró evidenciar las condiciones en que se ejecuta el proceso “Control” en lo relacionado con el procedimiento administrativo sancionatorio en sus distintas fases, a través de las verificaciones objetivas e independientes efectuadas.

Tal y como se ha indicado, no se evidenció la materialización de riesgos; no obstante, lo anterior, como se indicó en el Anexo N° 1, existen expedientes que requieren impulso procesal, sea por qué en ocasiones llevan meses sin ser sustanciados, o por qué ya se encuentran al Despacho para emitir decisión de fondo, especialmente, en lo que la caducidad de la facultad sancionatoria se pueda presentar en la próxima vigencia de 2024.

En consecuencia, con el propósito de continuar cumpliendo esta relevante función de control al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario dar continuidad en la implementación de medidas y controles que permitan continuar emitiendo decisiones ajustadas al ordenamiento jurídico aplicable, con una prestación del servicio público en condiciones de eficiencia, efectividad y eficacia, precaviendo situaciones que generen el acaecimiento del fenómeno jurídico de la caducidad.

Finalmente se manifiesta que la auditoría se realizó con base en las evidencias objetivas obtenidas a partir de la información suministrada por la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, no siendo extensible a otros soportes.

8. Traslado de informe preliminar de auditoría en ejercicio del derecho a la defensa y contradicción del auditado

Mediante memorando identificado con radicado N° 20231400000120633 del 31 de octubre de 2023, la Oficina de Control Interno efectuó traslado del informe preliminar de auditoría al Despacho del Superintendente Delegada Para Investigaciones Administrativas, con el fin dar cumplimiento al principio rector del debido proceso en las actuaciones administrativas, así como dar la posibilidad al auditado de ejercer el derecho a la defensa y contradicción, concediendo el termino de cinco (5) días hábiles para el efecto de conformidad con lo establecido en la actividad clave de éxito “Realizar auditoría internas” del proceso “Evaluación Independiente” liderado por la Oficina de Control Interno.

De este modo, la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas recorrió el traslado realizado, mediante radicado 20237000000123493 del 08 de noviembre de 2023, para lo cual comunicó lo siguiente:

(...) Mediante el presente memorando me permito agradecer su gestión en la auditoría interna de gestión al proceso control y señalar que estoy conforme con el resultado presentado por su despacho en el informe preliminar de la respectiva auditoría. Por lo anterior, la Delegatura para Investigaciones Administrativas queda atenta a todas las observaciones para mejorar cada día nuestra gestión interna como líderes del proceso control y llegar al fin último que es mejorar el servicio de salud de los Colombianos, así mismo esperamos sus instrucciones del proceso a seguir dentro del marco de la auditoría.

En consecuencia, al presentar conformidad el líder del proceso “Control” respecto de los contenidos del informe preliminar, el mismo ostenta la calidad de informe final de auditoría, restando invitar al proceso auditado a que una vez les sean notificadas a través del aplicativo de Gestión y Planeación ITS los resultados de la auditoría, se proceda a gestionar las acciones que se estimen convenientes para atender las observaciones contenidas en el presente informe final de auditoría, las cuales serán objeto de seguimiento posterior.

Cordialmente,

CONSUELO EUGENIA VELEZ TOBON

Jefe Oficina de Control Interno (e)
Superintendencia Nacional de Salud

Proyectó: Guillermo Alberto Corredor Martínez - Profesional Especializado OCI
Luis Alberto Triana Lozada - Profesional Especializado OCI