

Fecha del Informe Final	Día	12	Mes	Diciembre	Año	2023
Nombre de la actividad	Informe final de Auditoría a los Procesos “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos” y “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”.					
Objetivo de la Auditoría	Establecer el grado de conformidad de la gestión emprendida por parte de los procesos “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos” y “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”.					
Alcance	La auditoría tiene como alcance el primer semestre de la vigencia 2023.					
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. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 “Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud” y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. - Evaluación efectividad de controles. 4. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2023 – Gestión Precontractual, Contractual y Post contractual. 5. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. 6. Resolución N. 2021160000013752–6 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS”. 7. 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). 8. Ley 594 de 2000 “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”. 9. Decreto 2609 de 2012 “Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado”. 10. Las demás normas que apliquen en desarrollo del ejercicio auditor.					
Equipo Auditor	Peter William Vargas Pinilla (Auditor Líder) Johana Patricia Gómez Orjuela (Auditor)					
Tabla de Contenido	1. INFORME. 1 1.1 Proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”. 1 1.1.2 Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR) 21 1.1.3 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso “Gobierno y Gestión de la Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos” 30 1.1.4 Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2023 39 1.1.4 Gestión Contractual Proceso “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual” 43 1.1.5 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual” 47 1.1.6 Resolución N. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS” 50 2. HALLAZGOS 53 2.1 Conformidades 53 2.2 Recomendaciones 54 2.3 Observaciones 55 2.4 No Conformidades 56 3. CONCLUSIONES 59 4. RESPUESTAS INFORME PRELIMINAR POR PARTE DE LOS PROCESOS AUDITADOS Y ANÁLISIS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO 59					

1. INFORME.

1.1 Proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

Con el fin de cumplir los fines y cometidos trazados en el ejercicio de auditoría interna, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno procedió a efectuar los análisis del caso, 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 al proceso “Administración de la Gestión Documental”, ahora “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, se efectuó evaluación bajo muestreo no estadístico a la actividad anteriormente referida, respecto de la gestión realizada sobre el particular, en las Direcciones Regionales Orinoquía (Yopal) y Andina (Medellín), efectuando verificación de la documentación análoga (física) y digital.

De conformidad con lo anterior, el equipo auditor con fundamento en instrumentos archivísticos como lo son la “Tabla de Retención Documental” V4 (en adelante TRD V4)¹, la cual se encuentra en la página web de la Entidad, el “Formulario Único de Inventario Documental – FUID”, aportado por la Dirección Regional y herramienta tecnológica dispuesta por la Superintendencia Nacional de Salud para la gestión documental “SuperArgo”, esta última que se encuentra dispuesta en atención con el Decreto 1080 de 2021.

➤ Dirección Regional Orinoquía (Yopal)

Para este ejercicio, la Oficina de Control Interno efectuó evaluación respecto de las “Series y Subseries” definidas en la TRD V4, que deben ser aplicadas.

a. Para la Dirección Regional Orinoquía fue establecida la “Serie Acta”, dentro de la cual se integran la “Subserie Actas de Apertura de Buzón” y “tipos documentales” como lo son: “Acta de apertura de buzón”, “Listas de Asistencia”, “Encuestas de Satisfacción de usuarios” e “informes de encuesta de satisfacción al usuario”.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9070	2		ACTAS	
9070	2	01	Actas de Apertura de Buzón	
			Acta Apertura del buzón	Análogo / Digital
			Listas de Asistencia	Análogo / Digital
			Encuestas de satisfacción de usuarios	Análogo / Digital
			Informe Encuestas de Satisfacción al Usuario.	Análogo / Digital

Cuadro N. 1 – Fuente TRD V4 Dirección Regional Orinoquía – “Serie Actas”

Información que fue contrastada con lo registrado en el “Formulario Único de Inventario Documental – FUID” (DIFT26), correspondiente a la serie “Actas”.

DIFT26- INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. de Orden	Serie	Subseries	Asunto	Fechas Extremas		Unidad de Conservación		N. Folios	Notas
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
1	Actas	Actas de Apertura de Buzón	Actas de Apertura de Buzón	1/02/2023	2/03/2023	5	1	205	Expediente 2023570000201000001E

¹ Resolución 005116 del 21 de abril de 2021 “Por la cual se adopta y se implementa la Tabla de Retención Documental convalidada por el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado”

DIFT26- INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. de Orden	Serie	Subseries	Asunto	Fechas Extremas		Unidad de Conservación		N. Folios	Notas
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
2	Actas	Actas de Apertura de Buzón	Actas de Apertura de Buzón	17/03/2023	10/06/2023	5	2	214	Expediente 2023570000201000001E
3	Actas	Actas de Apertura de Buzón	Actas de Apertura de Buzón	20/06/2023	1/08/2023	5	3	206	Expediente 2023570000201000001E

Cuadro N. 2 - Fuente DIFT26-Inventario Documental "Serie Actas"

De acuerdo con lo anterior y en virtud de la evaluación efectuada, el equipo auditor identificó que en las carpetas de la uno (1) a la tres (3), contenidas en la caja cinco (5), correspondiente a la "Serie Actas" y "Subserie Actas de Apertura de Buzón" y expediente asociado (ver cuadro N. 3), se encuentran las actas y encuestas desarrolladas para tal fin, las cuales se relacionan a continuación:

RELACIÓN ACTAS VERIFICADAS	
Acta No.	Fecha del acta
GE-8100	01.02.2023
GE-8249	02.03.2023
GE-8368	17.03.2023
GE-8371	10.04.2023
GE-8405	17.04.2023
GE-8490	02.05.2023
GE-8579	10.05.2023
GE-8633	01.06.2023
GE-8716	20.06.2023

Cuadro N. 3 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que las actas descritas anteriormente corresponden al primer semestre de la vigencia 2023 y se encuentran bajo los lineamientos dispuestos por la entidad.

Sin embargo, fueron identificadas actas que corresponden al segundo semestre de la vigencia 2023 en donde las encuestas relacionadas en las actas correspondientes no guardan relación respecto de lo que físicamente se encuentra archivado, lo cual potencialmente puede afectar la numeración de la foliación y conllevar a una transferencia de archivos defectuosa, generando reprocesos y costos adicionales para la entidad; en las actas que se relacionan a continuación:

RELACIÓN ACTAS VERIFICADAS	
Acta No.	Fecha del acta
GE-8957	23.08.2023
GE-8983	01.09.2023
GE-9073	15.09.2023
GE-9147	29.09.2023
GE 9148	18.10.2023

Cuadro N. 4 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De conformidad con lo anterior, la Oficina de Control Interno manifiesta a la Dirección Regional Orinoquía, en virtud del proceso y actividad clave de éxito, objeto de auditoría, la importancia de garantizar el adecuado archivo para evitar reprocesos futuros, igualmente es importante que al

amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros establecidos por la Entidad.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.3.1** incorporada en el numeral 2.3 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Orinoquía.

Ahora bien, según lo establecido en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo), se evidenció que por parte de la Dirección Regional Orinoquía la clasificación de las “Actas” no corresponde a la definida en la TRD V4, ya que en SuperArgo este tipo de documento se encuentra clasificado como “Informe Encuestas de Satisfacción al Usuario”, en el período de abril a septiembre de 2023, por ende, este no corresponde a las “Actas de Apertura”, tal como se observa en la siguiente imagen:

EXPEDIENTE 2023570000201000001E

NOMBRE EXP

ACTAS DE APERTURA DE BUZON VIGENCIA 2023

RESPONSABLE

Ana Maria Gaitan

SEGURIDAD

Pública

TRD

ACTAS/ACTAS DE APERTURA DE BUZ6N

FECHA DE INICIO

2023-02-07

ESTADO

Abierto

VER

Basica

Anexos

Radicado

Historico

Excluidos

Buscar

Q

Radicados

Anexos Exp

	Radicado ^	Fecha ↕	Serie Subserie	Tipo Doc. ↕	Asunto ↕	Remitente ↕	Carpeta ↕	SubExp ↕	Fisico
	☐	1	2023/02/09 09:06:57	ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTA DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS ENERO 2023				VIRTUAL
	☐	2	2023/03/03 13:34:38	ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS FEBRERO 2023				VIRTUAL
	☐	5	2023/05/10 16:49:09	ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS MARZO 2023				VIRTUAL
	☐	11	2023/08/03 10:14:15	INFORME ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS ABRIL 2023				VIRTUAL
	☐	12	2023/08/03 10:14:45	INFORME ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS MAYO 2023				VIRTUAL
	☐	14	2023/08/03 10:15:40	INFORME ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS JUNIO 2023				VIRTUAL
	☐	15	2023/08/03 10:19:06	INFORME ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS JULIO 2023				VIRTUAL
	☐	16	2023/10/17 17:44:40	INFORME ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS SEPTIEMBRE 2023				VIRTUAL
	☐	18	2023/10/17 17:47:37	INFORME ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN Y TABULACIÓN DE ENCUESTAS AGOSTO 2023				VIRTUAL

Imagen N. 1 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo)

Es necesario precisar, que si bien la Entidad por factores de rediseño Institucional se ve avocada a efectuar gestiones que permitan de alguna manera atender situaciones como las acontecidas a partir de la expedición del Decreto 1080 de 2021, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”, también lo es que, durante el ejercicio auditor, no fue aportado documento – acto administrativo, en el cual se regularan o determinaran situaciones de “transición” como las descritas respecto de la TRD V4 y lo que se encuentra establecido en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.4.1**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Orinoquía.

La Oficina de Control Interno de igual manera, evidenció que las encuestas físicas no se encuentran digitalizadas en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo), así como se determina en la TRD V4 (ver cuadro N. 1), estos documentos deben encontrarse tanto análogamente como digitalmente.

También se identificó que respecto de la TRD V4, los tipos de documentos “*listas de asistencia*” e “*informes encuestas de satisfacción*” (ver Imagen N.1) no se realizan por parte de la Dirección Regional Orinoquía.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.4.2**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “*Gobierno y Gestión de Datos e Información*” - actividad clave de éxito “*Gestionar documentos*”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Orinoquía.

b. Para la Dirección Regional Orinoquía fue establecida la “*Serie Derechos de Petición*”, dentro de la cual se integran los “*Tipos Documentales*” como lo son: “*Peticiones, Quejas, Reclamos o Denuncias*”, “*Requerimiento al vigilado*”, “*Respuesta del Vigilado con Soportes*”, “*Comunicaciones Oficiales*”, “*Informes de seguimiento (si aplica)*” y “*Respuesta al peticionario*”.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9070	19		DERECHOS DE PETICIÓN	
			Peticiones, Quejas, Reclamos o Denuncias	Análogo / Digital
			Requerimiento al vigilado	Análogo / Digital
			Respuesta del Vigilado con Soportes	Análogo / Digital
			Comunicaciones Oficiales	Análogo / Digital
			Informes de seguimiento, si aplica	Análogo / Digital
			Respuesta al peticionario.	Análogo / Digital

Cuadro N. 5 - Fuente TRD V4 Regional Orinoquía – “*Serie Derechos de Petición*”

La Oficina de Control Interno realizó la revisión de lo registrado en el formato que se encuentra actualmente vigente “*Formulario Único de Inventario Documental – FUID*” (DIFT26), correspondiente a la “*Serie Derechos de Petición*”.

DIFT26- INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. de Orden	Serie	Subseries	Asunto	Fechas Extremas		Unidad Conservación		N. Folios	Notas
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
4	Derechos de Petición		Peticiones, Quejas Reclamos o Denuncias Requerimientos al vigilado Respuestas al vigilado Respuestas al peticionario	16/03/2023		1	3	47	2022310001901000194E

Cuadro N. 6 - Fuente DIFT26-Inventario Documental “*Serie Derechos de Petición*”

Se verificó la caja N. 1, carpeta N. 3, evidenciando que el expediente 2022310001901000194E no corresponde con el que se encuentra en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo), 2023570001901000001E, adicionalmente, en el formato “*hoja de control expedientes*” se hace relación a “*Requerimiento al vigilado*” del 23 de enero de 2023, ubicado de acuerdo con la foliación en el consecutivo 10 al 23, documento que tiene como asunto “*Solicitud premura a cirugía*”, con fecha del 20 de junio de 2023, de lo cual se puede identificar que:

- ✓ El documento archivado no cuenta con registro “stiker” de radicación de la SNS,
- ✓ Las fechas del documento no guardan relación con las dispuestas en formato “hoja de control expedientes”, es preciso señalar que la búsqueda que se efectuó en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo), se logró identificar que este documento presenta radicado N. 20239300402020242 del 23 de junio de 2023.

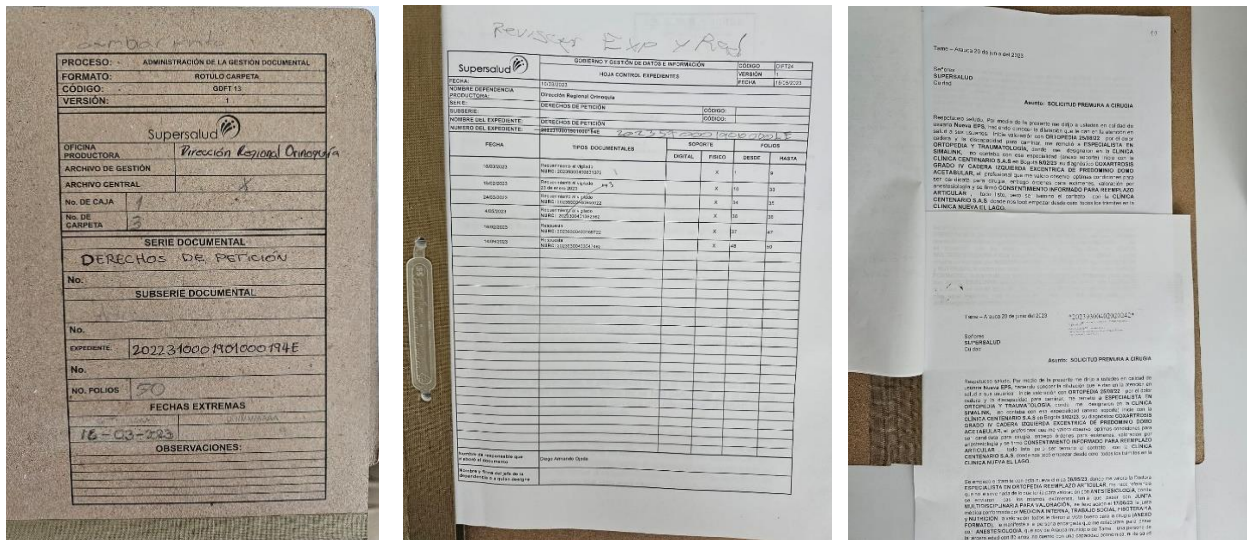


Imagen N. 2 - Fuente Archivo Caja N. 1 – Carpeta N. 3

Adicionalmente, se identificó en la misma carpeta N. 3, que el radicado N. 20239300403169722 del 14.09.2023, hace alusión a “Invitación reunión socialización reducción mortalidad materna” y se encuentra archivado análogamente como “Derecho de petición”, sin embargo, en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo), está registrado en la subserie “Programa de capacitación en estrategias de participación ciudadana”.

DOCUMENTO N. 20239300403169722 PERTENECIENTE AL EXPEDIENTE No. 2023570004103000001E				Solicitados	Solicitar Físico
☒					
Información del Radicado	Historico	Documentos Anexos	Expediente		
Asunto	Respuesta requerimiento 20239300402852022		Fecha	2023-09-14 15:53:56 854924	Fecha Vencimiento 2023-10-27 00:00:00
Folios	1/0		Anexos	10	
Descripción Anexos	DOCUMENTOS		Anexo/Asociado		Referencia / Oficio
Imagen	Ver Imagen		Folios		Nivel de Seguridad
Clasificación Documental	PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN EN ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA CONVOCATORIA		Término	30	Medio envío
				Personal (Recepción ventanilla o envío físico)	
Nombre	Persona	Dirección	Ciudad / Departamento	E-mail	Telefono
GOBERNACION CASANARE	MARIA CONSTANZA VEGA ORDUZ	carrera 20 No. 8 - 67	YOPAL/CASANARE	salud@casanare.gov.co	6336339
--		/			

Imagen N. 3 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo) Radicado N. 20239300403169722

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **No Conformidad N. 2.4.1**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Orinoquía.

c. Para la Dirección Regional Orinoquía fue establecida la “Serie Informes” dentro de la cual se integran la “Subserie Informes de Inspección Vigilancia y Control a sujetos vigilados” y “tipos documentales” como lo son: “Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental”, “Circular externa 008 del 2018”, “Informes de Asociación de usuarios”, “Rendición de cuentas del vigilado”, “Auto de Visita”, “Acta de Visita”, “Lista de los documentos y/o información recopilada”, “Informe de visita”, “Remisión de Informe de visita al vigilado”, “Traslado para Investigaciones Administrativas, si aplica”, “Plan de Mejoramiento”, “Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento”, “Actas de reunión de mesas de trabajo”, “Registro fotográfico”, “Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)”, “Estadísticas de Afiliación o Movilidad”, “Poder o Delegación de la persona que atiende la visita”, “Notificaciones”, “Comunicaciones Oficiales” y “Seguimiento Flujo de Recursos”.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9070	26	20	Informes de Inspección Vigilancia y Control a sujetos vigilados	
			Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental.	Análogo / Digital
			Circular externa 008 del 2018	Análogo / Digital
			Informes de Asociación de usuarios	Análogo / Digital
			Rendición de cuentas del vigilado	Análogo / Digital
			Auto de Visita	Análogo / Digital
			Acta de Visita.	Análogo / Digital
			Lista de los documentos y/o información recopilada	Análogo / Digital
			Informe de visita	Análogo / Digital
			Remisión de Informe de visita al vigilado	Análogo / Digital
			Traslado para Investigaciones Administrativas, si aplica	Análogo / Digital
			Plan de Mejoramiento	Análogo / Digital
			Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento	Análogo / Digital
			Actas de reunión de mesas de trabajo	Análogo / Digital
			"Registro fotográfico "	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)	Análogo / Digital
			Estadísticas de Afiliación o Movilidad	Análogo / Digital
			Poder o Delegación de la persona que atiende la visita	Análogo / Digital
			Notificaciones	Análogo / Digital
			Comunicaciones Oficiales	Análogo / Digital
			Seguimiento Flujo de Recursos.	Análogo / Digital

Cuadro N. 7 – Fuente TRD V4 Dirección Regional Orinoquía – Serie “Informes”

La Oficina de Control Interno realizó la revisión de lo registrado en el formato que se encuentra actualmente vigente “Formulario Único de Inventario Documental – FUID” (DIFT26), correspondiente a la “Serie Informes”.

DIFT26- INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. Orden	Serie	Subseries	Asunto	Fechas Extremas		Unidad Conservación		N. Folios	Notas
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
5	INFORMES	Informes IVC a Sujetos Vigilados	Auditoría Municipal San Martín - Meta	24/10/2022	26/10/2022	4	2	82	EXPEDIENTE 202157000647000004E 1 USB FOLIO 7
6	INFORMES	Informes IVC a Sujetos Vigilados	Auditoría Documental Miraflores - Guaviare	21/11/2022	23/11/2022	4	3	59	EXPEDIENTE 2023570002647000003E 1 USB FOLIO 26

DIFT26- INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. Orden	Serie	Subseries	Asunto	Fechas Extremas		Unidad Conservación		N. Folios	Notas
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
7	INFORMES	Informes IVC a Sujetos Vigilados	Auditoría Municipio de Recetor Secretaría de Desarrollo Social	18/04/2023	21/04/2023	4	4	30	EXPEDIENTE 2023570002647000012E 1 USB FOLIO 12
8	INFORMES	Informes IVC a Sujetos Vigilados	Auditoría Documental Barrancominas - Guainía	26/04/2023	26/04/2023	4	5	4	EXPEDIENTE 2023570002647000008E 1 USB FOLIO 2
9	INFORMES	Informes IVC a Sujetos Vigilados	Auditoría Documental Carurú - Vaupés	04/09/2023	04/09/2023	4	6	8	EXPEDIENTE 2023570002647000016E 1 USB FOLIO 1

Cuadro N. 8 - Fuente DIFT26-Inventario Documental Serie "Informes"

Con respecto a lo anterior, el equipo auditor evidenció que el expediente 202157000647000004E incluido en el inventario documental (ver cuadro N. 8), no guarda relación con lo enunciado en la carpeta física 2023570002647000004E, esto corresponde a los documentos que se encuentran dentro de la carpeta N. 2 incorporada en la caja N. 4.

Adicionalmente, se evidenció que la documentación que se encuentra en las carpetas N. 2 a la N.6 están clasificadas correctamente tanto análoga como digitalmente en el "Sistema de Gestión Documental" (SuperArgo), al observar que el tipo de documento de la subserie digital "Informes de Inspección Vigilancia y Control a Sujetos Vigilados" corresponde con la establecida en la TRD V4.

Sin embargo, existe diferencia en el código de la Subserie (20) que aparece en la TRD V4 (ver cuadro N.7) y la que se encuentra en el "Sistema de Gestión Documental" (SuperArgo) código (47) (ver imagen N.5), también se identificó que existen documentos que se clasificaron como "No Definido" (ver imagen N.6), esto se debe a que el mismo sistema no les deja realizar la correcta aplicación del tipo de documento.

EXPEDIENTE 2023570002647000004E									
NOMBRE EXP	AUDITORIA MUNICIPAL SAN MARTIN - META			CC O NIT					
RESPONSABLE	Ana Maria Gaitan	SEGURIDAD	Clasificada	ID EXPEDIENTE					
TRD	INFORMES/INFORMES DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL A			DESCRIPTOR					
FECHA DE INICIO	2023-01-18	ESTADO	Abierto	DESCRIPTOR2					
VER	Basica	Anexos	Radicado	Historico	Excluidos				
Buscar						Q	Radicados	Anexos Exp	
	Radicado	Fecha	Serie Subserie	Tipo Doc.	Asunto	Remitente	Carpeta	SubExp	Fisico
	☐	13	2023/01/25 13:50:39	LISTA DE LOS DOCUMENTOS Y/O INFORMACION RECOPIADA	EVIDENCIAS-COMPONENTE SALUD PUBLICA-CUARTA PARTE				VIRTUAL
	☐	14	2023/01/25 13:55:58	LISTA DE LOS DOCUMENTOS Y/O INFORMACION RECOPIADA	EVIDENCIAS-COMPONENTE SALUD PUBLICA-QUINTA PARTE				VIRTUAL
	☐	16	2023/01/25 13:53:13	LISTA DE LOS DOCUMENTOS Y/O INFORMACION RECOPIADA	EVIDENCIAS COMPONENTE FINANCIERO				VIRTUAL
	☐	17	2023/04/21 13:39:19	LISTA DE LOS DOCUMENTOS Y/O INFORMACION RECOPIADA	LISTADO DE DOCUMENTOS SOLICITADOS AL VIGILADO				VIRTUAL
	☐	18	2023/04/21 15:44:24	ACTA DE VISITA	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA SM				VIRTUAL
	☐	19	2023/04/24 13:14:43	INFORME	INFORME PLANEACION				VIRTUAL
	☐	2023570000014517	2022/10/18 17:04:18	NO DEFINIDO	REALIZAR AUDITORIA AL MUNICIPIO DE SAN MARTIN (META) - SECRETARIA DE SALUD, IDENTIFICADO CON EL NIT 892.099.548-6, 6 UBICADO CARRERA 5 NO. 4-75 PALACIO MUNICIPAL DEL SEÑALADO ENTE TERRITORIAL EN SAN MARTIN-META.	CARLOS ENRIQUE MELO VALENCIA			VIRTUAL
	☐	700001	2022/10/14 14:34:18		REALIZAR AUDITORIA AL MUNICIPIO DE SAN MARTIN (META) - SECRETARIA DE SALUD, IDENTIFICADO CON EL NIT 892.099.548-6, 6 UBICADO CARRERA 5 NO. 4-75 PALACIO MUNICIPAL DEL SEÑALADO				VIRTUAL

Imagen N. 4 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo) - Expediente N. 202157000647000004E

SuperArgo - Cuadro de Clasificación Documental - Radicado No 2022570000014517

SERIE: INFORMES-25

SUBSERIE: INFORMES DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL A SUJETOS VIGILADOS-47

TIPO DE DOCUMENTO: -- Selección --

CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO: -- Selección --

CODIGO SERIE: INFORMES DE VISITA-107, ACTAS DE REUNIÓN DE MESAS DE TRABAJO-802, AUTO DE VISITA-314, COMUNICACIONES OFICIALES-35, ESTADÍSTICAS DE APLICACIÓN O MOVILIDAD-604, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO-601, INFORME-54, INFORME DE VISITA-598, INFORMES DE ASOCIACIÓN DE USUARIOS-595, LISTA DE LOS DOCUMENTOS Y/O INFORMACIÓN RECOPIADA-597, NOTIFICACIÓN-425, PLAN DE MEJORAMIENTO-60, PODER O DELEGACIÓN DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA-605, REMISIÓN DE INFORME DE VISITA AL VIGILADO-599, RENDICIÓN DE CUENTAS DEL VIGILADO-598, REPORTE DE CIRCULAR ÚNICA, INFORME DE RIESGOS, ESTADÍSTICAS DE PQRD, INFORME-594, SEGUIMIENTO FLUJO DE RECURSOS-406, TRASLADO PARA INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS-606

NOTA: La clasificación documental es obligatoria para todos los documentos físicos.

Devueltos (/)

Jefe de Área (/)

Fecha: 2022-10-18 17:04:18

Fecha Vencimiento: 2022-11-30 00:00:00

Anexo: Referencia / Oficio

Anexo/Asociado: Nivel de Seguridad: Público

Flujo: Medio envío: E-mail (Recepción o envío por correo electrónico)

Término: 0

Nombre	Persona	Dirección	Ciudad / Departamento	E-mail	Teléfono
Ana María Gaitán Parra	Ana María Gaitán Parra	Dirección Regional Orinoquía (Yopal)	BOGOTÁ, D.C./BOGOTÁ, D.C.	agaitan@supersalud.gov.co	

Imagen N. 5 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo) - Cuadro de Clasificación Documental

Ver Documento 2022570000014517

DOCUMENTO N. 2022570000014517 PERTENECE AL EXPEDIENTE No. 2023570002647000004E

Solicitados: Solicitar Físico

Información del Radicado

Asunto	Fecha	Fecha Vencimiento
Realizar auditoría al Municipio de San Martín (Meta) – Secretaría de Salud, identificado con el NIT 892.099.548-6, 6 ubicado Carrera 5 No. 4-75 Palacio Municipal del señalado ente territorial en San Martín-Meta.	2022-10-18 17:04:18.226943	2022-11-30 00:00:00

Folios	Anexos
5/0	

Descripción Anexos	Anexo/Asociado	Referencia / Oficio

Imagen	Flujos	Nivel de Seguridad
Ver Imagen		Público

Clasificación Documental	Término
No Definido	0

Medio de Publicación	Orden Acto Administrativo
No se publica	

Carácter Administrativo	Notifica
Particular	

SIAD	Comunica

Prioridad	Publica
NO	

Funcionario designado para firma
No definido

Imagen N. 6 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo) - Expediente N. 202157000647000004E

De conformidad con lo anterior, la Oficina de Control Interno manifiesta a la Dirección Regional Orinoquía, en virtud del proceso – actividad clave de éxito, objeto de auditoría, la importancia de garantizar el adecuado archivo para evitar reprocesos futuros, igualmente es importante que al amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros que se establecen en la Entidad.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **No Conformidad N. 2.4.1**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “Administración de la Gestión Documental”, ahora “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Orinoquía.

Adicionalmente se identificó, que para la Dirección Regional Orinoquía fue establecida la “Serie Informes”, dentro de la cual se integran las “Subserie Informes a Entes de Control” e “Informes a Otras Entidades” con sus “tipos documentales”, como lo son: “Requerimiento”, “Comunicaciones oficiales”, e “Informe”, la “Subserie Informes de Inspección y Vigilancia en Participación Ciudadana” con sus “tipos documentales”, como lo son: “Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental”, “Circular externa 008 del 2018”, “Informes de Asociación de usuarios”, “Rendición de cuentas del vigilado”, “Auto de Visita”, “Acta de Visita”, “Lista de los documentos y/o información recopilada”, “Informe de visita”, “Remisión de Informe de visita al vigilado”, “Traslado para Investigaciones Administrativas, si aplica”, “Plan de Mejoramiento”, “Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento”, “Actas de reunión de mesas de trabajo”, “Registro fotográfico”, “Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)”, “Estadísticas de Afiliación o Movilidad”, “Poder o Delegación de la persona que atiende la visita”, “Notificaciones”, “Seguimiento Flujo de Recursos”, “Informe a Entes de Control”, “Comunicaciones oficiales”, e “Informe con soportes si aplica”, no están siendo realizados por la Dirección Regional Orinoquía (ver cuadro N.9), lo cual se encuentra establecida en la TRD V4 aprobada por las instancias competentes.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9070	26		INFORMES	
9070	26	01	Informes a Entes de Control	
			Requerimiento	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales	Análogo / Digital
			Informe	Análogo / Digital
9070	26	02	Informes a Otras Entidades	
			Requerimiento	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales	Análogo / Digital
			Informe	Análogo / Digital
9070	26	31	Informes de Inspección y Vigilancia en Participación Ciudadana	Análogo / Digital
			Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental.	Análogo / Digital
			Circular externa 008 del 2018	Análogo / Digital
			Informes de Asociación de usuarios	Análogo / Digital
			Rendición de cuentas del vigilado	Análogo / Digital
			Auto de Visita	Análogo / Digital
			Acta de Visita.	Análogo / Digital
			Lista de los documentos y/o información recopilada	Análogo / Digital
			Informe de visita	Análogo / Digital
			Remisión de Informe de visita al vigilado	Análogo / Digital
			Traslado para Investigaciones Administrativas, si aplica	Análogo / Digital
			Plan de Mejoramiento	Análogo / Digital
			Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento	Análogo / Digital
			Actas de reunión de mesas de trabajo	Análogo / Digital
			"Registro fotográfico"	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)	Análogo / Digital
			Estadísticas de Afiliación o Movilidad	Análogo / Digital
			Poder o Delegación de la persona que atiende la visita	Análogo / Digital

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
			Notificaciones	Análogo / Digital
			Seguimiento Flujo de Recursos.	Análogo / Digital
			Informe a Entes de Control	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales	Análogo / Digital
			Informe con soportes si aplica	Análogo / Digital

Cuadro N. 9 – Fuente TRD V4 Regional Orinoquía – “Serie Informes”

De igual manera, tampoco se identificó que la “Serie Programas” dentro de la cual se integran las “Subserie Programas de Capacitación en Estrategias de Participación Ciudadana”, con sus “tipos documentales”, como lo son: “Análisis sobre Solicitudes de capacitación recibidas”, “Programación de actividades - (Cronograma anual)”, “Agendas”, “Convocatoria (Correos Electrónico, Pagina, mensajes de texto, Comunicaciones o llamada telefónica)”, “Invitaciones a Prestadores de Salud, EAPB. Entidades Territoriales”, “Piezas Lúdicas”, “Acta de eventos”, “Registro de reclamos”, “Registro de Usuarios”, “Encuesta del evento”, “”, “Informe de Evento de Capacitación”, “Actas de Mesas de Trabajo”, “Lista de asistencia eventos”, “Requerimientos”, “Comunicaciones Oficiales”, “Acta de gestión con líderes de control social”, y “Lista de asistencia”, son actividades que no ha realizado la Dirección Regional Orinoquía (ver cuadro N.10), lo cual se encuentra establecida en la TRD V4 aprobada por las instancias competentes.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9070	40		PROGRAMAS	
9070	40	03	Programas de Capacitación en Estrategias de Participación Ciudadana	
			Análisis sobre Solicitudes de capacitación recibidas	Análogo / Digital
			Programación de actividades - (Cronograma anual).	Análogo / Digital
			Agendas	Análogo / Digital
			Convocatoria (Correos Electrónico, Pagina, mensajes de texto, Comunicaciones o llamada telefónica)	Análogo / Digital
			Invitaciones a Prestadores de Salud, EAPB. Entidades Territoriales	Análogo / Digital
			Piezas Lúdicas	Análogo / Digital
			Acta de eventos	Análogo / Digital
			Registro de reclamos	Análogo / Digital
			Registro de Usuarios	Análogo / Digital
			Encuesta del evento	Análogo / Digital
			Informe de Evento de Capacitación	Análogo / Digital
			Actas de Mesas de Trabajo	Análogo / Digital
			Lista de asistencia eventos	Análogo / Digital
			Requerimientos	Análogo / Digital
			Comunicaciones Oficiales	Análogo / Digital
			Acta de gestión con líderes de control social	Análogo / Digital

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
			Lista de asistencia.	Análogo / Digital

Cuadro N. 10 – Fuente TRD V4 Regional Orinoquía – “Serie Programas”

Adicionalmente, los auditores evidenciaron que el código que se encuentra establecido en la TRD V4 y que corresponde a la Dirección Regional Orinoquía (9070) no corresponde, respecto del código que figura en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo) 5700.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **No Conformidad N. 2.4.2** incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Orinoquía.

➤ Dirección Regional Andina (Medellín)

Para este ejercicio, la Oficina de Control Interno efectuó evaluación respecto de las “Series y Subseries” definidas en la TRD V4, que deben ser aplicadas.

a. Identificándose que para la Dirección Regional andina fue establecida la “Serie Acta”, dentro de la cual se integran la “Subserie Actas de Apertura de Buzón” y “tipos documentales” como lo son: “Acta de apertura de buzón”, “Listas de Asistencia”, “Encuestas de Satisfacción de usuarios” e “informes de encuesta de satisfacción al usuario”.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9030	2		ACTAS	
9030	2	01	Actas de Apertura de Buzón	
			Acta Apertura del buzón	Análogo / Digital
			Listas de Asistencia	Análogo / Digital
			Encuestas de satisfacción de usuarios	Análogo / Digital
			Informe Encuestas de Satisfacción al Usuario.	Análogo / Digital

Cuadro N. 11 – Fuente TRD V4 Dirección Regional Andina – “Serie Actas”

Información que fue contrastada con lo registrado en el “Formulario Único de Inventario Documental – FUID” (DIFT26), correspondiente a la serie “Actas”.

DIFT26 - INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. DE ORDEN	SERIE	SUBSERIES	ASUNTO	FECHAS EXTREMAS		UNIDAD DE CONSERVACIÓN		N. DE FOLIOS	NOTAS
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
1	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	1ra quincena de enero 2023	16/01/2023	16/01/2023	3	1	71	Expediente 2023510000201000001E
2	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	2da quincena de enero 2023	31/01/2023	31/01/2023	3	1	92	
3	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	1ra quincena de febrero 2023	15/02/2023	15/02/2023	3	2	97	
4	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	2da quincena de febrero 2023	1/03/2023	1/03/2023	3	2	78	
5	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	1ra quincena de marzo 2023	16/03/2023	16/03/2023	3	3	54	

DIFT26 - INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. DE ORDEN	SERIE	SUBSERIES	ASUNTO	FECHAS EXTREMAS		UNIDAD DE CONSERVACIÓN		N. DE FOLIOS	NOTAS
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
6	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	2da quincena de marzo 2023	31/03/2023	31/03/2023	3	3	114	
7	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	1ra quincena de abril 2023	17/04/2023	28/04/2023	3	4	176	
8	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	1ra quincena de mayo 2023	16/05/2023	31/05/2023	4	1	116	
9	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	1ra y 2da quincena de junio, julio y 1ra quincena de agosto 2023	15/06/2023	16/08/2023	4	2	184	
10	ACTAS	Actas de Apertura de Buzón	2da quincena de agosto, 1ra y 2da quincena de septiembre, 1ra quincena de octubre 2023	1/09/2023		4	3	138	

Cuadro N. 12 - Fuente DIFT26-Inventario Documental "Serie Actas"

De acuerdo con lo anterior y en virtud de la evaluación efectuada, el equipo auditor identificó que en las carpetas de la uno (1) a la cuatro (4), contenidas en la caja tres (3) y cuatro (4), correspondiente a la "Serie Actas" y "Subserie Actas de Apertura de Buzón" y expediente asociado (ver cuadro N.12), se encuentran las actas y encuestas desarrolladas para tal fin, de lo cual se relacionan a continuación:

RELACIÓN ACTAS VERIFICADAS	
Acta No.	Fecha del acta
GE-8017	16-01-2023
GE-8089	31-01-2023
GE-8181	15-02-2023
GE-8230	01-03-2023
GE-8292	16-03-2023
GE-8408	03-04-2023
GE-8398	17-04-2023
GE-8459	28-04-2023
GE-8543	16-05-2023
GE-8625	01-06-2023
GE-8701	15-06-2023
GE-8753	30-06-2023

Cuadro N. 13 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De igual manera, se evidenció por parte del equipo auditor que las encuestas físicas no se encuentran digitalizadas en el "Sistema de Gestión Documental" (SuperArgo), así como se determina en la TRD V4 (ver cuadro N. 11), estos documentos deben encontrarse tanto análogamente como digitalmente.

Consultas

Consulta Clásica

Consulta Expedientes

Consulta Supercor

Consulta Superargo 1

Bandejas

EXPEDIENTE 2023510000201000001E

NOMBRE EXP	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN 2023		CC O NIT	
RESPONSABLE	Leidy Johana Zapata	SEGURIDAD	Pública	ID EXPEDIENTE
TRD	ACTAS/ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN		DESCRIPTOR	En este expediente se incluirá las actas de abertura de buzón generadas en la
FECHA DE INICIO	2023-01-13	ESTADO	Abierto	DESCRIPTOR2

VER
Basicas
Anexos
Radicado
Historico
Excluidos

Buscar

		Radicado ▾	Fecha ↕	Serie Subserie	Tipo Doc. ▴	Asunto ▴	Remitente ▴	Carpeta ▴	SubExp ▴	Físico ▴
	☐	10	2023/10/23 09:34:52		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - FEBRERO 2023				VIRTUAL
	☒	11	2023/10/23 09:35:16		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - MARZO 2023				VIRTUAL
	☐	12	2023/10/23 09:35:33		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - ABRIL 2023				VIRTUAL
	☐	13	2023/10/23 09:36:00		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - MAYO 2023				VIRTUAL
	☐	14	2023/10/23 09:36:22		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - JUNIO 2023				VIRTUAL
	☐	15	2023/10/23 09:36:39		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - JULIO 2023				VIRTUAL
	☐	16	2023/10/23 09:37:02		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - AGOSTO 2023				VIRTUAL
	☐	17	2023/10/23 09:37:25		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - SEPTIEMBRE 2023				VIRTUAL
	☐	8	2023/10/23 09:31:48		ACTA APERTURA DEL BUZON	ACTAS DE APERTURA DE BUZÓN - ENERO 2023				VIRTUAL

Imagen N. 7. Fuente SuperArgo Expediente N. 2023510000201000001E

Igualmente, la Oficina de Control Interno, durante el ejercicio de la auditoría, identificó que respecto de la TRD V4, los tipos de documentos “*listas de asistencia*” e “*informes encuestas de satisfacción*” (ver Imagen N. 7) no se realizan por parte de la Dirección Regional Andina.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la No Conformidad N. 2.4.2**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “*Gobierno y Gestión de Datos e Información*” - actividad clave de éxito “*Gestionar documentos*”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Andina.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO	
			SUBSERIE Y		
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES		
9030	19		DERECHOS DE PETICIÓN		
			Peticiones, Quejas, Reclamos o Denuncias		Análogo / Digital
			Requerimiento al vigilado		Análogo / Digital
			Respuesta del Vigilado con Soportes		Análogo / Digital
			Comunicaciones Oficiales		Análogo / Digital
			Informes de seguimiento, si aplica		Análogo / Digital
			Respuesta al peticionario.		Análogo / Digital

Cuadro N. 14 - Fuente DIFT26-Inventario Documental "Serie Derechos de Petición"

Para el primer semestre, la Dirección Regional Andina no registra documentos clasificados como “Derechos de Petición”.

c. Identificándose que para la Dirección Regional Andina fue establecida la “*Serie Informes*” dentro de la cual se integran la “*Subserie Informes de Inspección Vigilancia y Control a sujetos vigilados*” y “*tipos documentales*” como lo son: “*Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental*”, “*Circular externa 008 del 2018*”, “*Informes de Asociación de usuarios*”, “*Rendición de cuentas del vigilado*”, “*Auto de Visita*”, “*Acta de Visita*”, “*Lista de los documentos y/o información recopilada*”, “*Informe de visita*”, “*Remisión de Informe de visita al vigilado*”, “*Traslado para Investigaciones*”

Administrativas, si aplica”, “Plan de Mejoramiento”, “Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento”, “Actas de reunión de mesas de trabajo”, “Registro fotográfico”, “Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)”, “Estadísticas de Afiliación o Movilidad”, “Poder o Delegación de la persona que atiende la visita”, “Notificaciones”, “Comunicaciones Oficiales” y “Seguimiento Flujo de Recursos”.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9030	26	20	Informes de Inspección Vigilancia y Control a sujetos vigilados	
			Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental.	Análogo / Digital
			Circular externa 008 del 2018	Análogo / Digital
			Informes de Asociación de usuarios	Análogo / Digital
			Rendición de cuentas del vigilado	Análogo / Digital
			Auto de Visita	Análogo / Digital
			Acta de Visita.	Análogo / Digital
			Lista de los documentos y/o información recopilada	Análogo / Digital
			Informe de visita	Análogo / Digital
			Remisión de Informe de visita al vigilado	Análogo / Digital
			Traslado para Investigaciones Administrativas, si aplica	Análogo / Digital
			Plan de Mejoramiento,	Análogo / Digital
			Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento,	Análogo / Digital
			Actas de reunión de mesas de trabajo	Análogo / Digital
			"Registro fotográfico "	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)	Análogo / Digital
			Estadísticas de Afiliación o Movilidad	Análogo / Digital
			Poder o Delegación de la persona que atiende la visita	Análogo / Digital
			Notificaciones	Análogo / Digital
			Comunicaciones Oficiales	Análogo / Digital
			Seguimiento Flujo de Recursos.	Análogo / Digital

Cuadro N. 15 - Fuente DIFT26-Inventario Documental “Serie Informes”

El equipo auditor a Oficina de Control Interno realizó la revisión de lo registrado en el formato que se encuentra actualmente vigente “Formulario Único de Inventario Documental – FUID” (DIFT26), correspondiente a la “Serie Informes”.

DIFT26 - INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. DE ORDEN	SERIE	SUBSERIES	ASUNTO	Fechas Extremas		Unidad Conservación		N. Folios	Notas
				Inicial	Final	Inicial	Final		
11	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Visita Municipio de San Vicente Ferrer Antioquia Aut 20225100000014407	14/10/2022	7/03/2023	9	7	49	Expediente 2022510002605000006E 1 Memoria USB Folio 13
12	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Auditoria Municipio de Caceres-Ant. Aut 2023510000000266-7	20/02/2023	21/02/2023	11	1	33	Expediente 2023510002605000011E 1 Memoria USB Folio 33
13	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Auditoria Municipio de Giraldo-Ant. Aut 2023510000000541-7	26/03/2023	30/03/2023	11	2	24	Expediente 2023510002605000014E 1 Memoria USB Folio 23 Auto 202351000000005417
14	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Auditoria Municipio de Concordia-Ant. Aut 2023510000000702-7	24/04/2023	25/04/2023	11	3	30	Expediente 2023510002605000016E 1 Memoria USB Folio 30
15	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Auditoria Municipio de Carolina del Principe - Ant. Aut 20235100000001010-7	29/05/2023	2/06/2023	11	4	43	Expediente 2023510002605000018E

DIFT26 - INVENTARIO DOCUMENTAL									
N. DE ORDEN	SERIE	SUBSERIES	ASUNTO	Fechas Extremas		Unidad Conservación		N. Folios	Notas
				Inicial	Final	Inicial	Final		
									1 Memoria USB Folio 43
16	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Auditoria Municipio De Yalí - Ant. Aut 2023510000001115-7	21/06/2023	21/06/2023	11	5	25	Expediente 2023510002605000020E 1 Memoria USB 2023510000001115-7 Folio 25
17	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Auditoria Municipio de Pueblo Rico - Risaralda Aut 2023510000001220-7	26/06/2023	30/06/2023	11	6	43	Expediente 2023510002605000022E 1 Memoria USB 2023510000001220-7 Folio 42
18	INFORMES	Informes de IVC a Sujetos Vigilado	Auditoria Municipio de la Pintada - Anti. Aut 2023510000001237-7	28/06/2023	28/06/2023	11	7	46	Expediente 2023510002605000019E 1 Memoria USB 2023510000001237 - Folio 46

Cuadro N. 16 - Fuente DIFT26-Inventario Documental Serie "Informes"

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno realizó la verificación de la carpeta número siete (7) que se encuentra ubicada en la caja número nueve (9), que corresponde a la "Serie Informes" y "Subserie Informes de Inspección Vigilancia y Control a Sujetos Vigilados" y el expediente correspondiente, evidenciando diferencia en su aplicación de manera análoga y digitalmente en el "Sistema de Gestión Documental" (SuperArgo), al observar que el tipo de documento de la subserie digital "Informes de Auditoría a Entidades Territoriales" (ver imagen N.8) no corresponde con la establecida en la TRD V4 "Informes de Inspección Vigilancia y Control a Sujetos Vigilados" (ver cuadro N. 15).

Imagen N. 8 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo) - Expediente N. 2022510002605000006E

Adicionalmente, existe diferencia en el código de la Subserie (20) que aparece en la TRD V4 (ver cuadro N.15) y la que se encuentra en el "Sistema de Gestión Documental" (SuperArgo) código (47) (ver imagen N.9), también se identificó que existen documentos que se clasificaron como "No Definido" (ver imagen N.10), esto se debe a que el mismo sistema no les deja realizar la correcta aplicación del tipo de documento.

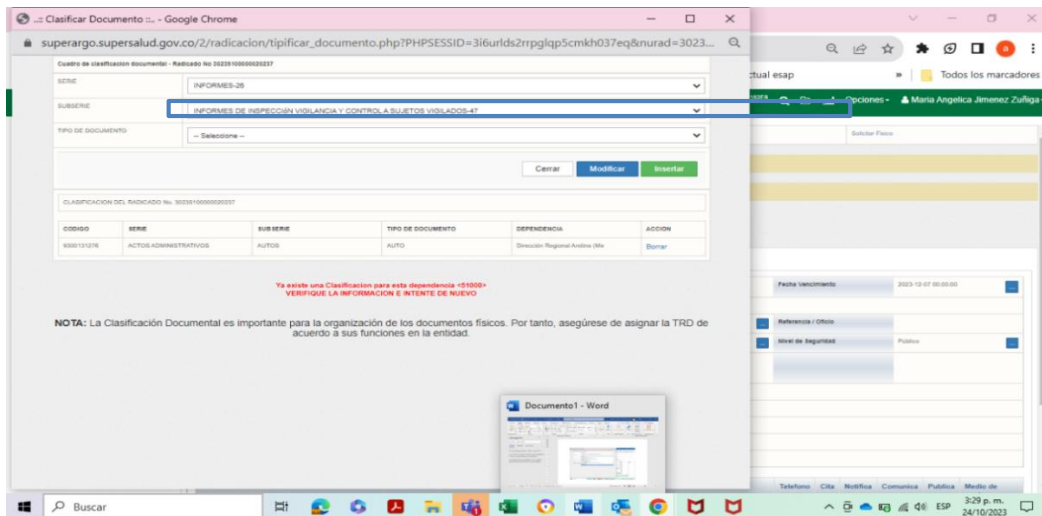


Imagen N. 9 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo)

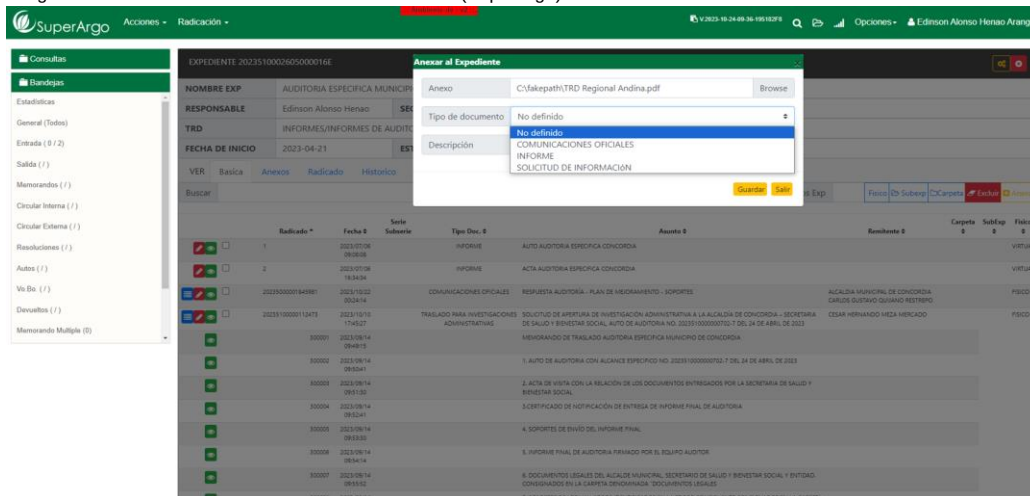


Imagen N. 10 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo)

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la No Conformidad N. 2.4.1**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Andina.

De conformidad con lo anterior, la Oficina de Control Interno manifiesta a la Dirección Regional Andina, en virtud del proceso – actividad clave de éxito, objeto de auditoría, la importancia de garantizar el adecuado archivo para evitar reprocesos futuros, igualmente es importante que al amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros que se establecen en la Entidad.

Adicionalmente se identificó, que para la Dirección Regional Andina fue establecida la “Serie Informes”, dentro de la cual se integran las “Subserie Informes a Entes de Control” e “Informes a Otras Entidades” con sus “tipos documentales”, como lo son: “Requerimiento”, “Comunicaciones oficiales”, e

“Informe”, la “Subserie Informes de Inspección y Vigilancia en Participación Ciudadana” con sus “tipos documentales”, como lo son: “Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental”, “Circular externa 008 del 2018”, “Informes de Asociación de usuarios”, “Rendición de cuentas del vigilado”, “Auto de Visita”, “Acta de Visita”, “Lista de los documentos y/o información recopilada”, “Informe de visita”, “Remisión de Informe de visita al vigilado”, “Traslado para Investigaciones Administrativas, si aplica”, “Plan de Mejoramiento”, “Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento”, “Actas de reunión de mesas de trabajo”, “Registro fotográfico”, “Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)”, “Estadísticas de Afiliación o Movilidad”, “Poder o Delegación de la persona que atiende la visita”, “Notificaciones”, “Seguimiento Flujo de Recursos”, “Informe a Entes de Control”, “Comunicaciones oficiales”, e “Informe con soportes si aplica”, son actividades que no realiza la Dirección Regional Andina (ver cuadro N.17), lo cual se encuentra establecida en la TRD V4 aprobada por las instancias competentes.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	SUBSERIE Y TIPOS DOCUMENTALES	
9030	26		INFORMES	
9030	26	01	Informes a Entes de Control	
			Requerimiento	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales	Análogo / Digital
			Informe	Análogo / Digital
9030	26	02	Informes a Otras Entidades	Análogo / Digital
			Requerimiento	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales	Análogo / Digital
			Informe	Análogo / Digital
9030	26	31	Informes de Inspección y Vigilancia en Participación Ciudadana	Análogo / Digital
			Reporte de Circular Única, informe de riesgos, estadísticas de PQRD, Informes de auditoría documental.	Análogo / Digital
			Circular externa 008 del 2018	Análogo / Digital
			Informes de Asociación de usuarios	Análogo / Digital
			Rendición de cuentas del vigilado	Análogo / Digital
			Auto de Visita	Análogo / Digital
			Acta de Visita.	Análogo / Digital
			Lista de los documentos y/o información recopilada	Análogo / Digital
			Informe de visita	Análogo / Digital
			Remisión de Informe de visita al vigilado	Análogo / Digital
			Traslado para Investigaciones Administrativas, si aplica	Análogo / Digital
			Plan de Mejoramiento,	Análogo / Digital
			Evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento,	Análogo / Digital
			Actas de reunión de mesas de trabajo	Análogo / Digital
			"Registro fotográfico "	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales (Requerimientos y respuestas)	Análogo / Digital
			Estadísticas de Afiliación o Movilidad	Análogo / Digital
			Poder o Delegación de la persona que atiende la visita	Análogo / Digital
			Notificaciones	Análogo / Digital
			Seguimiento Flujo de Recursos.	Análogo / Digital
			Informe a Entes de Control	Análogo / Digital
			Comunicaciones oficiales	Análogo / Digital
			Informe con soportes si aplica	Análogo / Digital

Cuadro N. 17 - Fuente DIFT26-Inventario Documental “Serie Informes”

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **No Conformidad N. 2.4.2** incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Andina.

d. Identificándose que para la Dirección Regional Andina fue establecida la “Serie Programas” dentro de la cual se integran las “Subserie Programas de Capacitación en Estrategias de Participación

Ciudadana”, con sus “tipos documentales”, como lo son: “Análisis sobre Solicitudes de capacitación recibidas”, “Programación de actividades - (Cronograma anual)”, “Agendas”, “Convocatoria (Correos Electrónico, Pagina, mensajes de texto, Comunicaciones o llamada telefónica)”, “Invitaciones a Prestadores de Salud, EAPB. Entidades Territoriales”, “Piezas Lúdicas”, “Acta de eventos”, “Registro de reclamos”, “Registro de Usuarios”, “Encuesta del evento”, “Informe de Evento de Capacitación”, “Actas de Mesas de Trabajo”, “Lista de asistencia eventos”, “Requerimientos”, “Comunicaciones Oficiales”, “Acta de gestión con líderes de control social”, y “Lista de asistencia”.

CÓDIGO			SERIE	SOPORTE O FORMATO
			SUBSERIE Y	
DEPENDENCIA	SERIE	SUBSERIE	TIPOS DOCUMENTALES	
9030	40		PROGRAMAS	
9030	40	03	Programas de Capacitación en Estrategias de Participación Ciudadana	
			Análisis sobre Solicitudes de capacitación recibidas	Análogo / Digital
			Programación de actividades - (Cronograma anual).	Análogo / Digital
			Agendas	Análogo / Digital
			Convocatoria (Correos Electrónico, Pagina, mensajes de texto, Comunicaciones o llamada telefónica)	Análogo / Digital
			Invitaciones a Prestadores de Salud, EAPB. Entidades Territoriales	Análogo / Digital
			Piezas Lúdicas	Análogo / Digital
			Acta de eventos	Análogo / Digital
			Registro de reclamos	Análogo / Digital
			Registro de Usuarios	Análogo / Digital
			Encuesta del evento	Análogo / Digital
			Informe de Evento de Capacitación	Análogo / Digital
			Actas de Mesas de Trabajo	Análogo / Digital
			Lista de asistencia eventos	Análogo / Digital
			Requerimientos	Análogo / Digital
			Comunicaciones Oficiales	Análogo / Digital
			Acta de gestión con líderes de control social	Análogo / Digital
			Lista de asistencia.	Análogo / Digital

Cuadro N. 18 - Fuente TRD V4 Regional Orinoquía – “Serie Programas”

La Oficina de Control Interno realizó la revisión de lo registrado en el formato que se encuentra actualmente vigente “Formulario Único de Inventario Documental – FUID” (DIFT26), correspondiente a la “Serie Programas”.

INVENTARIO DOCUMENTAL									
NÚMERO DE ORDEN	SERIE	SUBSERIES	ASUNTO	FECHAS EXTREMAS		UNIDAD DE CONSERVACIÓN		No. DE FOLIOS	NOTAS
				Inicial	Final	Caja	Carpeta		
19	PROGRAMAS	Programas de Capacitación de Participación Ciudadana	Capacitaciones con EPS Vigencia 2023	17/02/2023		14	1	8	Expediente 2023510002623000002E

Cuadro N. 19 - Fuente DIFT26-Inventario Documental “Serie Programas”

La Oficina de Control interno realizó evaluación de la carpeta número uno (1), ubicada en la caja número catorce (14), identificada como “Serie Programas” y “Subserie Programas de Capacitación en Estrategias de Participación Ciudadana” y el expediente N.2023510002623000002E, evidenciando diferencia en su aplicación de manera digital (SuperArgo), ya que el expediente se identifica con la TRD “Informes/Informes de Inspección y Vigilancia” (ver imagen N. 11) pero al ingresar al radicado 20235100002555822 creado dentro del expediente, se observa la “Serie Programas” y subserie establecida en la TRD V4 (ver imagen N. 12), tal y como se muestra en las siguientes imágenes:

EXPEDIENTE 2023510002623000002E

NOMBRE EXP	PARTICIPACIÓN SOCIAL 2023		CC O NIT	
RESPONSABLE	Jhon Jairo	SEGURIDAD	Pública	ID EXPEDIENTE SE INCLUYEN TODAS LAS ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN
TRD	INFORMES/INFORMES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA		DESCRIPTOR	En este expediente se incluirán las actividades de
FECHA DE INICIO	2023-07-11	ESTADO	Abierto	DESCRIPTOR2

VER: Basica Anexos Radicado Historico Excluidos

Buscar Radicados Anexos Exp

	Radicado *	Fecha *	Serie Subserie	Tipo Doc. *	Asunto *	Remitente *	Carpeta *	SubExp *	Fisico *
☐	1	2023/07/12 11:40:37		INFORME	INFORME JORNADA DE ATENCIÓN AL USUARIO CALARCA				VIRTUAL
☐	10	2023/09/06 16:29:37		NO DEFINIDO	REUNIÓN ASOUSUARIOS VIVA1A				VIRTUAL
☐	11	2023/09/06 16:30:42		NO DEFINIDO	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIÓN VIVA 1A				VIRTUAL
☐	12	2023/09/06 16:31:11		NO DEFINIDO	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIÓN INCLUSIÓN SOCIAL MEDELLÍN				VIRTUAL
☐	13	2023/09/06 16:34:06		NO DEFINIDO	ACTA DE EVENTO 9 SENTENCIAS APARTADO				VIRTUAL

Imagen N. 11 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo) Expediente 2023510002623000002E

Ver Documento 20235100002555822

Asunto	Reunión Asociación de usuarios de salud total de Bello AUSTB	Fecha	2023-08-02 09:22:59.175363	Fecha Vencimiento	2023-09-15 00:00:00
Folios	1/0	Anexos			
Descripción Anexos	0 Anexos	Anexo/Asociado		Referencia / Oficio	
Imagen	No hay Imagen Disp.	Flujos		Nivel de Seguridad	Público
Clasificación Documental	PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN EN ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA ANALISIS SOBRE SOLICITUDES DE CAPACITACION RECIBIDAS	Término	30	Medio envío	E-mail (Recepción o envío por correo electrónico)

Nombre	Persona	Dirección	Ciudad / Departamento	E-mail	Telefono
HENRY ALBERTO ORTEGA ARBOLEDA	HENRY ALBERTO ORTEGA ARBOLEDA	carrera 28 # 43-205	COPACABANA/ANTIOQUIA	jerrynal10@hotmail.com	3148867073
--		/			

Imagen N. 12 - Fuente Sistema de Gestión Documental (SuperArgo) radicado N. 20235100002555822

Adicionalmente, los auditores evidenciaron que el código que se encuentra establecido en la TRD V4 y que corresponde a la Dirección Regional Andina (9030) no corresponde, respecto del código que aparece en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo) código 5100.

Es necesario precisar, que si bien la Entidad por factores de rediseño Institucional se ve avocada a efectuar gestiones que permitan de alguna manera atender situaciones como las acontecidas a partir de la expedición del Decreto 1080 de 2021, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”, también lo es que, durante el ejercicio auditor, no fue aportado documento – acto administrativo, en el cual se regularan o determinaran situaciones de “transición” como las descritas respecto de la TRD V4 y lo que se encuentra establecido en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **No Conformidad N. 2.4.1** incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de conformidad con lo identificado en la Dirección Regional Andina.

1.1.2 Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)

Para la vigencia 2023, la Dirección de Administrativa, adscrita a la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud, formuló el “*Plan Institucional de Archivos de la Entidad*”, el cual presenta como propósito, “*servir de referencia, en la planeación, ejecución, monitoreo, seguimiento y control de los procesos de la función archivística, a través de una definición de los objetivos y metas trazadas a corto, mediano y largo plazo*”, presentando como objetivo: “*Consolidar los procesos de la Gestión Documental, los archivos y cultura archivística al interior de la Entidad; definiendo estrategias, lineamientos y acciones, encaminadas al fortalecimiento y preservación de la memoria institucional*”.

✓ Ahora bien, de conformidad a los lineamientos metodológicos establecidos mediante la actividad clave de éxito “*Formular planes institucionales*”, el “*Manual para la Formulación, Implementación y Evaluación de Planes Institucionales de la Superintendencia Nacional de Salud*” (DEMN04) y el documento “*Formulación de Planes y Programas Estratégicos Institucionales*” (DEFT07), asociados al proceso “*Direccionamiento Estratégico*” en donde se establecen entre otros, la definición de “*Diagnóstico de la situación, cronogramas, metas e indicadores y Estrategia de Comunicación*”, la Oficina de Control Interno a fin de efectuar evaluación, procedió a tomar muestra no estadística², del cumplimiento de los criterios anteriormente referidos y que son aplicables al “*Plan Institucional de Archivos-PINAR*”, así:

✓ Diagnóstico de la situación

El “*Plan Institucional de Archivos de la Entidad*” define para este ítem lo siguiente:

“*Con el fin de identificar la situación actual de los procesos de la Gestión Documental de SNS se llevó a cabo el Diagnóstico Integral de archivos en el marco del Contrato 139 de 2022 celebrado entre la Superintendencia Nacional de Salud y la firma UT Control Archivos 2022; el cual tenía por objeto “Elaboración del Diagnóstico Integral de Archivos para la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con normatividad vigente y demás especificaciones definidas en la ficha técnica”. Así mismo se revisaron los planes de mejoramiento de la Oficina asesora de Planeación referente al proceso de gestión documental y el mapa de riesgos*” (...).

De lo cual, la Oficina de Control Interno efectuó evaluación respecto de los aspectos críticos que se describen a continuación y con ello, las gestiones emprendidas a fin atender las situaciones dispuestas en el diagnóstico.

“Aspectos Archivísticos”

- *Falta elaborar los instrumentos archivísticos: bancos terminológicos de tipos, series y subseries documentales, y con tablas de control de acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos, y flujos documentales, los cuales son necesarios para dar estandarización y homogeneidad entre los instrumentos archivísticos existente”.*

Se indicó por parte del Grupo de Gestión Documental que en lo referente al “*Banco Terminológico se gestionará en 2024*”, producto de la estructuración de la TRD versión 05.

Respecto a la tabla de control de acceso se elaboró una versión, la cual está en validación y complemento para aplicar el SGDEA, para lo cual se aportó como evidencia la carpeta “*2 TCA_SNS*” y “*2.1 Tablas de Control de Acceso SUPERSALUD_V_1*”

² Guía de auditoría Interna basada en riesgos para entidades públicas V4 - DAFP

- “En las visitas realizadas en los seguimientos que se realizan a los archivos de gestión de la entidad y el levantamiento de Diagnóstico Integral de Archivos se observó en los archivos de gestión las dependencias cuentan el archivo de gestión organizado y con un inventario, pero una buena parte de las oficinas productoras carecen de este instrumento de recuperación de información, o lo tiene parcialmente diligenciado”.

Fue aportado por parte del Grupo de Gestión Documental informe denominado “3. Inventario_Doc” de las dependencias que actualmente cuentan con el “Formato Único de Inventario Documental” – FUID.

- “Igualmente, en el Archivo Central se observó que parte de la documentación tiene los inventarios documentales desactualizados”.

Se informó por parte del Grupo de Gestión Documental que, teniendo en cuenta que para inicios del año 2023 no se contaba con personal de apoyo en el Archivo Central debido al cambio del contrato para el arrendamiento de la bodega y que las contrataciones del personal de apoyo iniciaron actividades en el Archivo Central a mediados del mes de abril, al 30 de junio de 2023, se verificaron treinta y cinco (35) inventarios que correspondieran a la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales y dos (2) inventarios de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, lo anterior con el fin de actualizar los inventarios en caso de percibirse necesario.

La verificación se realizó a nivel de cajas, carpetas, folios y fechas extremas y en el campo de “Observaciones” o “Notas” están descritos los hallazgos encontrados, de lo cual fueron anexados inventarios en la carpeta denominada “4. AC_Veracidad”.

- “Existe una cantidad considerable de documentos bajo la figura de “traslados”, no transferidos formalmente al archivo central, de los que las oficinas productoras no tienen un control exhaustivo debido al poco tiempo de experiencia de los referentes documentales en las oficinas; mucha de esta documentación no tiene trámites activos, y se encuentra en el espacio de almacenamiento en los estantes de cada oficina productora, dispuesta de manera indiferenciada”.

Se indicó por parte del Grupo de Gestión Documental, que se ha ido reduciendo de manera progresiva el traslado de documentos al Archivo Central y procurando porque se realicen únicamente transferencias documentales primarias.

En este orden de ideas, para el primer semestre del año 2023 no se realizaron traslados documentales al Archivo Central.

- “Tanto en las oficinas productoras en gestión (archivadores), como en el archivo central, hay deficiencias en cuanto a la identificación y señalización de las series documentales conforme a las TRD y CC, o TVD; así mismo, de la identificación y diferenciación de la documentación en el archivo central que se encuentra transferida oficialmente, de la que se encuentra trasladada y del fondo acumulado”.

El Grupo de Gestión Documental indicó, que con la ejecución del contrato N. 97 celebrado con “Servicios Portales 472”, se organizará la documentación objeto de traslados, logrando la completitud de acuerdo con las tablas de retención documental, adicionalmente señalaron que, para el primer semestre de 2023, no fueron efectuados traslados documentales con el fin de mitigar esta novedad.

- “La entidad cuenta con documentación de un fondo acumulado, sin intervenir”.

Se informó por parte del Grupo de Gestión Documental que en el Archivo Central se tiene identificada documentación denominada como fondo documental acumulado, la cual para próximas vigencias se tiene estimado intervenir, el cual debe ser verificado de manera profunda para determinar su estado real.

La documentación identificada es la siguiente:

- a. Fondo denominado como Ricaurte: Con un total de mil diez (1.010) cajas, la documentación presenta foliación, pero se desconoce si está bien realizada la actividad y cuenta con inventario documental hasta la caja novecientos tres (903).
 - b. Fondo denominado como 2017: Con un total de ochocientos sesenta y ocho (868) cajas, la documentación presenta foliación, pero se desconoce si está bien realizada la actividad y cuenta con inventario documental.
 - c. Fondo denominado como 314 Colvatel - Tándem: Con un total de mil seiscientos veinte (1.620) cajas, la documentación presenta foliación, pero se desconoce si está bien realizada la actividad, no cuenta con inventario documental.
 - d. Fondo denominado como 400: Con un aproximado de sesenta y nueve (69) cajas, no presenta ningún proceso.
 - e. Fondo denominado como 500: Con un aproximado de cuatrocientos cincuenta y cuatro (454) cajas, presenta foliación parcial, con inventario documental y existe documentación en unidades de conservación como AZ.
 - f. Fondo denominado como 600: Con un aproximado de ciento veintiséis (126) cajas, con foliación parcial y no tiene inventario documental.
 - g. Fondo denominado DOCUGRAF: Con un aproximado de ciento veintiséis (126) cajas, con foliación parcial, no tiene inventario documental y existe documentación en unidades de conservación como AZ.
- Con un total aproximado de cuatro mil doscientos setenta y tres (4.273) cajas, en su mayoría X300.

- “Acumulación de polvo en el archivo central e inadecuada ejecución de procesos de limpieza documental”.

Se informó por parte del Grupo de Gestión Documental que, teniendo en cuenta que en los documentos contractuales no existe una obligación taxativa sobre la realización de limpieza por parte del contratista, esta actividad se realiza como una actividad conexas al saneamiento ambiental y las fumigaciones contractualmente pactadas.

Dentro de las obligaciones del nuevo contrato que se suscriba, está de manera taxativa la obligación de realizar limpieza al depósito donde reposa el acervo documental.

Adicionalmente, parte de la limpieza se realizó a través del personal de aseo asignado por parte de la entidad y la evidencia se presentó mensualmente en el formato de residuos.

Frente a las actividades realizadas por parte del contratista, encontramos las siguientes:

1. Informe de mantenimientos preventivos y correctivos (Período 01 al 28 de febrero de 2023) - Anexo
2. Informe de limpieza de equipos de cómputo y racks.

3. Certificado de saneamiento ambiental del 24 de marzo de 2023.
4. Informe de mantenimientos preventivos y correctivos (Período 01 al 31 de marzo de 2023).

- “Inadecuadas condiciones de almacenamiento de los medios digitales (soportes de alto riesgo) en el archivo central”.

El Grupo de Gestión Documental señaló que de acuerdo con la actividad se plantea paralelo al proceso de digitalización y migración realizar el proceso de “*Re-almacenamiento*” de los soportes digitales de alto riesgo ubicados en el cuarto frío del Archivo Central para vigencias posteriores, de lo cual fue anexado informe “*12. Cuarto frío Prioridades Preservación Digital*”

- *“La Superintendencia Nacional de Salud no cuenta con lineamientos o procesos implementados que garanticen la Preservación Digital a Largo Plazo”.*

El Grupo de Gestión Documental indicó que el “*Manual del Sistema Integrado de Conservación*” se encuentra en construcción, teniendo en cuenta que este se basa en dos (2) componentes:

a. Plan de conservación documental, el cual en su mayoría corresponde al Grupo de Gestión Documental.

b. Plan de Preservación Digital a largo plazo: el cual corresponde en un importante porcentaje a la Dirección de Innovación y Desarrollo esto según el acuerdo 006 del 2014 del Archivo General de la Nación en donde se indica que toda la infraestructura tecnológica, así como los programas computacionales para la preservación de los documentos electrónicos de archivo corresponden a la Dirección de Innovación y Desarrollo.

De lo anterior, fue aportado correo del 16 de octubre de 2023, en el cual se efectúa solicitud de mesas de trabajo a la Dirección anteriormente referida.

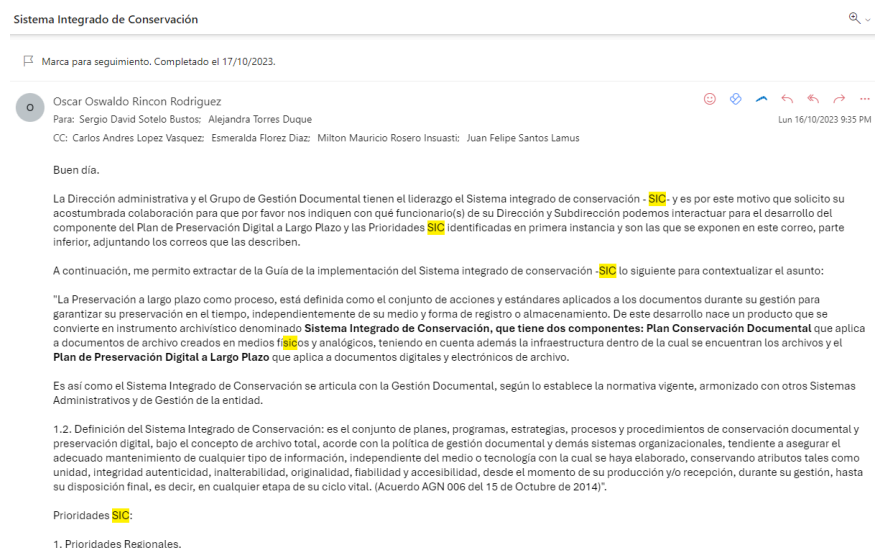


Imagen N. 13 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

- *“Presencia de deterioro biológico en los documentos del Fondo Acumulado”.*

Se manifestó por parte del Grupo de Gestión Documental, que con el complemento del diagnóstico integral gestionado mediante el contrato N. 97 de 2023 el cual cuenta con este componente en posteriores vigencias PAA 2024 se tiene previsto intervenir el fondo documental acumulado.

- *“Las mediciones de humedad y temperatura realizadas en la bodega no permiten conocer el comportamiento diario de estos parámetros a lo largo del día y la noche”.*

Por parte del Grupo de Gestión Documental se indicó que para el segundo semestre de 2023 se inició con la medición de temperatura, el cual fue canalizado por el restaurador y conservador documental en el desarrollo del contrato N. 139 de 2023 con fecha de inicio del 03 de octubre de 2023.

- *“Alta concentración de contaminantes microbiológicos en el ambiente del archivo central”.*

Fue informado por el Grupo de Gestión Documental, que por parte del restaurador y conservador se realizó saneamiento puntual de cuatrocientos (400) folios identificados con deterioro biológico: hongos, esporas y bacterias, esta documentación pertenece a la Serie y subserie Documental: Investigaciones administrativas; expediente: Salud Pública Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, específicamente a la de las carpetas ciento treinta y tres (133) y ciento treinta y cuatro (134), estos correspondientes a la caja ochocientos cuarenta y uno (841), adicionalmente la intervención se tiene prevista para posteriores vigencias con un contrato destinado para tal fin.

- *“Condiciones de iluminación inadecuadas para el almacenamiento de los documentos ubicados en el piso 4 del archivo central. 3.3. Documento Electrónico y Sistemas de Información”.*

El Grupo de Gestión Documental indicó que como complemento del diagnóstico integral gestionado mediante el contrato N. 97 de 2023 el cual cuenta con este componente de diagnóstico integral de archivos se plantea como acción de mejora solicitarle al arrendador de las bodegas del archivo central mejorar la iluminación en el piso 4 del Archivo Central.

- *“No se evidencia la conformación de un equipo interdisciplinario entre la Grupo de Gestión Documental y la Subdirección de Tecnologías de la Información”.*

Se señaló por parte del Grupo de Gestión Documental que cuentan con cuatro (4) funcionarios pertenecientes a la Dirección de Innovación y Desarrollo en comisión como parte de conformación de un equipo interdisciplinario, adicionalmente al director Administrativo se le instauro una propuesta el cual orientaría a la Superintendencia Nacional de Salud a una mayor sensibilización y concientización frente a la gestión institucional en esta temática, permitiendo trabajar articuladamente con Dirección de Innovación y Desarrollo, la Subdirección de Tecnologías de la Información, la Oficina Asesora de Planeación y áreas Misionales.

- *“SuperArgo no cumple con la totalidad de los requerimientos establecidos en el Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos de archivo emitido por el AGN”.*

Se manifestó por parte del Grupo de Gestión Documental que la Superintendencia Nacional de Salud tiene establecido la adquisición del nuevo gestor documental, el cual cumplirá con los requerimientos estipulados en el Modelo de requisitos, teniendo en cuenta a su vez que está estructurado y diseñado con sus respectivos módulos.

De lo antes referido, situaciones como: “La entidad cuenta con documentación de un fondo acumulado, sin intervenir”, al manifestarse entre otras circunstancias eventos como:

- “se desconoce si está bien realizada la actividad”
- “no cuenta con inventario documental”
- “presenta foliación parcial y no tiene inventario documental”
- “Acumulación de polvo en el archivo central e inadecuada ejecución de procesos de limpieza documental”.

Aunado a lo señalado en el documento anexo denominado “12. Cuarto frío prioridades Preservación Digital” en donde se informa:

- **“Soportes digitales de alto riesgo.”**
 - Los procesos de digitalización y migración se deben realizar lo antes posible, por lo menos de los soportes más inestables y que tienen varios años de obsolescencia tecnológica, lo cual implica que el proceso se debe comenzar a implementar a partir del año 2024.
 - Los medios ópticos (Cd y Dvd) también se deben comenzar a intervenir tanto para los procesos de remasterización y migración, así como valoración y realmacenamiento, ya que se han identificado en el cuarto frío un gran número de ellos; sin embargo, se debe recordar que según el Diagnóstico Integral de Archivo realizado en el año 2022, el número aproximado de este tipo de medios que se encuentra en las cajas y carpetas del archivo central corresponde a diez veces lo que se encuentra en el cuarto frío.
 - Los procesos de digitalización y migración se deben realizar lo antes posible, por lo menos de los soportes más inestables y que tienen varios años de obsolescencia tecnológica, lo cual implica que el proceso se debe comenzar a implementar a partir del año 2024. Estos procesos de digitalización y migración deben ir de la mano de la vigilancia tecnológica con el fin de estandarizar los procesos y garantizar su calidad; pero, además, garantizar que se dejen de recibir a nivel de los archivos de gestión soportes digitales de alto riesgo, que luego tienen alto riesgo de pérdida de información debido a la obsolescencia tecnológica”.

Constituyen factores que de no efectuarse las actuaciones a que haya lugar, pueden potencialmente conllevar a la materialización de los riesgos de gestión establecidos para el proceso “Gobierno y gestión de datos e información” como lo son:

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			
Proceso	Riesgo	Tipo de riesgo	Consecuencias
Gobierno y gestión de datos e información	Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido al inadecuado manejo del expediente físico o electrónico, durante el ciclo de vida del documento (Archivo Central, Archivo de Gestión, Archivo Histórico).	Ejecución y administración de procesos	1. Pérdida de información y su medio de soporte.
			2. Deterioro de los documentos prestados.
Gobierno y gestión de datos e información	Posibilidad de afectación económica por el deterioro ocasionado a los documentos debido a los efectos naturales y/o destrucción del patrimonio documental por terceros	Daños a activos fijos/ eventos externos	1. Pérdida de información y su medio de soporte.
			2. Deterioro de los documentos de archivo.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			
Proceso	Riesgo	Tipo de riesgo	Consecuencias
Gobierno y gestión de datos e información	Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición.	Ejecución y administración de procesos	No cumplimiento de los estándares técnicos archivísticos establecidos para su organización, conservación y disposición.

Cuadro N. 20 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Por lo tanto y de conformidad con las evidencias aportadas por parte del Grupo de Gestión Documental como parte activa del proceso y actividad clave de éxito objeto de auditoría, respecto del “*Diagnóstico de la situación*” expuesto en el “*Plan Institucional de Archivos de la Entidad*”, la Oficina de Control Interno puede concluir que durante lo corrido de la vigencia 2023 fueron emprendidas gestiones para atender las situaciones derivadas del “*Diagnóstico Integral de archivos en el marco del Contrato 139 de 2022*”, sin embargo, otras están concebidas para ser desarrolladas en vigencias posteriores, por lo tanto, es necesario que se generen acciones que permitan una mayor inmediatez respecto de las mejoras que deban considerarse necesarias a fin de atender el diagnóstico presentado y con ello, tal y como anteriormente se refirió, evitar la materialización de riesgos como los relacionados.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N. 2.3.2**, incorporada en el numeral 2.3 del presente informe de auditoría al proceso “*Gobierno y Gestión de Datos e Información*” - actividad clave de éxito “*Gestionar Documentos*”.

✓ Metas e indicadores asociados

Para la vigencia 2023, se estableció indicador con el objeto de hacer medición y control a la gestión desarrollada en torno a la ejecución del “*Plan Institucional de Archivos de la Entidad*”, el cual se encuentra dispuesto en el Plan Anual de Gestión.

Actividad	Indicador
Ejecutar el PINAR 2023 gestionando las estrategias establecidas para cumplir eficientemente la función archivística	Porcentaje de avance en la ejecución del PINAR

Cuadro N. 21 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De lo cual la Oficina de Control Interno, en atención a la información que se encuentra dispuesta en la herramienta SharePoint de la Oficina Asesora de Planeación, pudo evidenciar que a junio de 2023 se ha logrado una ejecución del 100%, toda vez que se efectuaron las once (11) actividades programadas para ese período, evidenciándose la formulación de indicador tendiente a medir y controlar la actividad “*Ejecutar el PINAR 2023 gestionando las estrategias establecidas para cumplir eficientemente la función archivística*” en el plan motivo de evaluación para la vigencia 2023.

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 al proceso “*Gobierno y Gestión de Datos e Información*” - actividad clave de éxito “*Gestionar documentos*”,

toda vez que se observó cumplimiento de la estrategia de metas e indicadores definida en el Plan Institucional de Archivos (PINAR).

✓ Cronogramas

El “Plan Institucional de Archivos de la Entidad”, fue objeto de evaluación el referente al “Cronograma de ejecución PINAR”, para lo cual se efectuó evaluación bajo muestreo no estadístico³ de las actividades que a continuación se relacionan:

Actividades o tareas	CRONOGRAMA						Análisis Oficina de Control Interno
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
Actualizar y socializar el Plan Institucional de Archivos - PINAR 2023, según normatividad vigente.			X				En comité Institucional de Gestión y Desempeño N. 54 celebrado el día 30/01/2023 fue aprobado el Plan Institucional de Archivos – PINAR. Se evidenció que la publicación del Plan tanto en la página web como intranet de la Entidad fue el 31.01.2023.
Elaborar el Programa Institucional de Capacitación - PIC 2023 en gestión documental de la Entidad				X			Se aportó información que da cuenta de la elaboración del Programa Institucional de Capacitación – PIC 2023 en gestión documental.
Realizar capacitación e implementación, con cobertura a todos los procesos institucionales, del Programa de Gestión Documental (Programas específicos), incluyendo la temática de clasificación y tipificación de la información y gestión de documento electrónico				X			Fue aportada evidencia que da cuenta de la presentación de informe denominado “Capacitación en Tablas de Retención Documental - TRD”, el cual tiene como objetivo “Realizar campañas sobre socialización de los procesos, políticas y documentación del Componente del Sistema de Gestión Documental en el marco del Sistema Integrado de Gestión.”, en el cual se hace mención que, durante el mes de marzo de 2023, fueron desarrolladas capacitaciones en diferentes dependencias de la Entidad.
Realizar campañas sobre socialización de los procesos, políticas y documentación del Componente del Sistema de Gestión Documental en el marco del Sistema Integrado de Gestión.			X			X	Fue aportada evidencia que da cuenta de la presentación de informe denominado “Informe de capacitación en Tablas de Retención Documental - TRD”, el cual tiene como objetivo “Realizar campañas sobre socialización de los procesos, políticas y documentación del Componente del Sistema de Gestión Documental en el marco del Sistema Integrado de Gestión.”, en el cual se hace mención que, durante el mes de marzo de 2023, fueron desarrolladas capacitaciones en diferentes dependencias de la Entidad.
Gestionar la actualización o implementación y sostenibilidad de los módulos funcionales del Gestor Documental - SUPERARGO			X				Fue aportada evidencia que da cuenta de la presentación de documento denominado “Informe trimestral “Salvaguardar los documentos que hacen parte del Archivo Central”, en el cual se “Presenta un consolidado de los informes mensuales correspondiente al trimestre comprendido desde el mes enero hasta el mes de marzo de 2022, sobre la ejecución del contrato 189 de 2022 y seguimiento al archivo central de la Superintendencia Nacional de Salud”.
Elaborar Plan de Transferencias Documentales primarias (Circular interna) y el cronograma que establecen los lineamientos para las transferencias primarias y traslados documentales al Archivo Central.				X		X	Mediante Circular Interna N. 2023930030000008-4 del 16.03.2023, se establecieron lineamientos para las transferencias documentales primarias a realizar durante la vigencia 2023.
Realizar seguimiento a las transferencias y traslados documentales de los archivos de gestión al Archivo Central, de acuerdo con la Circular expedida para tal fin.				X			Fue aportada evidencia en donde se observa seguimiento efectuado, esto en para los períodos de enero - marzo y abril junio de 2023

³ Guía de Auditoría Interna basada en Riesgos para Entidades Públicas V4 – Numeral 2.3.3 “Análisis y Evaluación” - Muestreo no estadístico (Página 63)

Actividades o tareas	CRONOGRAMA						Análisis Oficina de Control Interno
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
Atender las solicitudes de préstamos documentales del Archivo Central, realizadas por las dependencias.			X			X	Fue aportada evidencia que da cuenta de la presentación de documento denominado “Atender las solicitudes de préstamos documentales del Archivo Central, realizadas por las dependencias”, en el cual se “Informa sobre las solicitudes de préstamos documentales, realizadas por las dependencias al Archivo Central, durante el periodo comprendido entre el mes de enero y el mes de abril del año 2023”, así como el referente a “periodo comprendido entre el mes de mayo a agosto del 2023”
Salvaguardar los documentos que hacen parte del Archivo Central			X				Fue aportada evidencia que da cuenta de la presentación de informe denominado “Informe trimestral - Salvaguardar los documentos que hacen parte del Archivo Central” el cual tiene como objetivo “Presentar un consolidado de los informes mensuales correspondiente al trimestre comprendido desde el mes enero hasta el mes de marzo de 2022, sobre la ejecución del contrato 189 de 2022 y seguimiento al archivo central de la Superintendencia Nacional de Salud.”

Cuadro N. 22 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Conformidad N. 2.1.1**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se observó cumplimiento de los cronogramas para el primer semestre de la vigencia 2023, definida en el Plan Institucional de Archivos (PINAR).

✓ Estrategia de Comunicación

Para la vigencia 2023 se establecieron estrategias de comunicación en las que se incluyen las correspondientes al “Plan Institucional de Archivos-PINAR”, se identificó la correspondiente publicación en la página web de la entidad, del “Plan Institucional de Archivos de la Entidad”, esto el 31 de enero de 2023, lo cual evidencia concordancia con lo señalado en el artículo 1º del Decreto 612 del 2018, en donde indica: “(...) y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año”.

Número	Título	Descripción	Fecha de Publicación
PIA	Cronograma PINAR 2023	Presenta el cronograma del Plan Institucional de Archivos de la entidad para la vigencia 2023.	01/06/2023
PIA	Plan Institucional de Archivos 2023	Este Plan presenta los objetivos y metas para la atención oportuna y mejorar las condiciones adecuadas a la preservación del patrimonio documental de la entidad para la vigencia 2023.	31/01/2023

Imagen N. 14 - Fuente Página www.supersalud.gov.co

- “Intranet de la Supersalud: para información y conocimiento de la Entidad”.

En lo atinente a la publicación en la página intranet de la Entidad, se identificó que a través de la ruta <https://intranet.supersalud.gov.co/sistema-integrado-de-gesti%C3%B3n/gestion-documental> la cual

redirecciona a la página web de la Entidad se encuentra publicado documento alusivo al plan objeto de evaluación referente a la vigencia 2023, evidenciando cumplimiento sobre el particular.

La Superintendencia Nacional de Salud dando alcance a la Ley General de Archivos (Ley 594 de 2000) y Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 1712 de 2014), presenta información sobre su gestión documental y los instrumentos archivísticos que desarrolla en el marco de la Política y del Subsistema de Gestión Documental.

Esta tiene como fin administrar la documentación recibida, producida y tramitada por la Entidad desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización, disposición y conservación, mediante el uso de los estándares definidos para el tratamiento de los documentos análogos (físicos) y/o electrónicos.

Consulte aquí la Política de Gestión Documental.

Consulte aquí el Plan Institucional de Archivos - PINAR 2023.

Consulte el Programa de Gestión Documental y sus programas específicos a través de la página planes y programas institucionales - Filtro.

Instrumentos archivísticos

Otros documentos de la gestión archivística

Imagen N. 15 - Fuente Intranet <https://intranet.supersalud.gov.co>

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **Conformidad N. 2.1.1**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se observó cumplimiento la estrategia de comunicación para el primer semestre de la vigencia 2023, definida en el Plan Institucional de Archivos (PINAR).

1.1.3 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso “Gobierno y Gestión de la Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”

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 “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, de lo cual a continuación se presentan los siguientes análisis.

➤ Riesgos de Gestión

1. “Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido al inadecuado manejo del expediente físico o electrónico, durante el ciclo de vida del documento (Archivo Central, Archivo de Gestión, Archivo Histórico)”		
Control(s)	Responsable(s) control	Acciones
“El profesional asignado verifica cada vez que sea necesario, la aplicación de las políticas y controles establecidos sobre la protección de la información, las operaciones informáticas, el manejo del expediente físico o electrónico, la gestión de seguridad sobre el personal, la seguridad lógica y la seguridad física.”	“Profesional designado de todas las dependencias”.	a. “Actualizar los Riesgos de gestión y de Corrupción, de considerarse pertinente. (todas las partes interesadas)”. b. “Generar y aplicar lineamientos para la digitalización técnica de documentos de archivo electrónico y físico en un repositorio institucional con medidas de seguridad”.

Cuadro N. 23 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó:

a. Que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue establecido el plan de tratamiento N. 1364, evidenciándose que para el control fue generada acción referente a “*Actualizar los Riesgos de gestión y de Corrupción, de considerarse pertinente. (todas las partes interesadas)*”, de la cual se informó “*El Grupo de Gestión Documental, ha efectuado mesas de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación con el fin de identificar los puntos de control en la diagramación de la actividad clave de éxito “gestionar documentos” de acuerdo con los riesgos de gestión y corrupción con los cuales cuenta el grupo en la actualidad, con el fin de identificar la viabilidad y pertinencia en su actualización. En este sentido, se está en análisis por parte de Oficina Asesora de Planeación con el fin de generar el levantamiento de las actividades, controles y estructura de los riesgos de gestión y corrupción desde el Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos - MGDA, con sus 5 componentes*”, presentando un avance del 75%.

Sin embargo, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno pone a consideración del líder del proceso analizar si la acción anteriormente referida, resulta aportar de manera “preventiva” y no “reactiva” a fin de evitar la materialización del riesgo.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N. 2.2.1** incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría, al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, a fin, de considerarlo viable, se analice si la acción referida resulta ser conducente para contribuir a que el riesgo evaluado no presente materialización.

b. En lo referente a la acción “Generar y aplicar lineamientos para la digitalización técnica de documentos de archivo electrónico y físico en un repositorio institucional con medidas de seguridad”, se informó que “En desarrollo de la actividad se formularon los lineamiento para la digitalización de los documentos de archivo electrónico y físico que se produzcan en la Entidad”, así mismo se informó que “En el marco del contrato 97 de 2023, celebrado con SERVICIOS POSTALES NACIONALES SAS, cuyo objeto es “Contratar los servicios de gestión documental de la Superintendencia Nacional de Salud, que contribuyan a la modernización de la entidad atendiendo los requerimientos normativos definidos por el Archivo General de la Nación portando a la eficiencia administrativa y los trámites con el ciudadano” se han definido los lineamientos en la ficha técnica adjunta, de acuerdo con el anexo técnico elaborado para la ejecución del contrato en mención, en el proceso de digitalización documental, Esta ficha técnica complementa el lineamiento técnico presentado en el anterior avance del PM 1364. La aplicación de los lineamientos se reflejará con la digitalización de los documentos por parte de 4-72”, presentando un avance del 90%.

De conformidad a lo anterior y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, la Oficina de Control Interno evidenció que en efecto han sido desarrolladas actividades tendientes a controlar y mitigar el riesgo de gestión objeto de evaluación, presentando un estado de avance general del 82%, esto de conformidad con lo observado a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Sin embargo, en el “Reporte monitoreo riesgos gestión del proceso Gobierno y gestión de datos e información” del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se indica: “Desde la DID se estableció estrategia para hacer el monitoreo de riesgos. Teniendo en cuenta que hay diferentes áreas que hacen parte del proceso, por lo cual, cada una de estas áreas realizó su revisión de riesgos y lo incluyó en cada una de las reuniones de autoevaluación, para finalmente realizar la socialización consolidada en la reunión de autoevaluación del Dirección de Innovación y Desarrollo”, aportándose como evidencia el acta N. 8817 del 17.07.2023, de lo cual la Oficina de Control Interno al verificarla, identificó situaciones como:

a. La reunión fue desarrollada en virtud de la Resolución 8900 de 2018, lo cual resulta alejado de la realidad, toda vez que este tipo de reuniones tienen sustento en la Res. 2021160000013752-6 del 28.10.2021, la cual deroga la inicialmente citada.

b. No se evidencia en la extensión del acta anteriormente referida, desarrollo de la temática atinente al riesgo objeto de evaluación, en consecuencia, la evidencia dispuesta, resulta insuficiente para determinar que el monitoreo es eficaz.

Situaciones que denotan debilidad en el cumplimiento respecto de lo regulado a través del proceso “Gestión de Mejora” – actividad clave de éxito “Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación del riesgo”, aunado, al principio de autocontrol enmarcado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y regulaciones que se disponen en la Entidad en virtud del Sistema Integrado de Gestión.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.4.3** incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría, al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

Finalmente, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, precisa, que más allá de las oportunidades de mejoramiento documentadas en el presente informe, no se evidenció materialización del riesgo de gestión objeto de evaluación.

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 de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

2. “Posibilidad de afectación económica por el deterioro ocasionado a los documentos debido a los efectos naturales y/o destrucción del patrimonio documental por terceros”		
Controle(s)	Responsable(s) control	Acciones
“El profesional asignado por el Grupo de Gestión Documental, verifica trimestralmente el cumplimiento de lo establecido en la matriz de riesgos documentales y el plan de emergencias documentales, a través de inspecciones sobre la infraestructura locativa, condiciones físicas y ambientales en los lugares donde se encuentran alojado los archivos de gestión y central, con el fin de dar cumplimiento a lo definido en el Sistema Integrado de Conservación -SIC de la Supersalud. En caso de identificarse fallas se realizan procesos de intervención documental prioritarios por parte del contratista y el personal asignado”.	“Profesional asignado por el Grupo de Gestión Documental”	a. “Crear la Brigada de Rescate Documental con personal del archivo central y referentes de los archivos de gestión”. b. “Realizar capacitaciones periódicas, en cuanto a los Planes de Conservación Documental y Preservación Digital a Largo Plazo a los referentes documentales (Central y Gestión)”.

Cuadro N. 24 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue creado el plan de tratamiento N. 1363, evidenciándose que:

a. Fue generada acción referente a “Crear la Brigada de Rescate Documental con personal del archivo central y referentes de los archivos de gestión”, de la cual se informó “Se realizó la socialización de la conformación de las Brigada de Rescate Documental como parte del Programa de Riesgos Documentales, del Plan de Conservación Documental como parte de la implementación del Sistema Integrado de Conservación, capacitación efectuada entre el 22 y 23 de junio de 2023, en la cual se hizo énfasis en las

funciones de la Brigada de Rescate Documental, y los talleres que se van a realizar en cuanto a tecnología y deterioros documentales y a procesos de intervención durante el rescate documental”, presentando un avance del 100%.

b. En lo referente a la acción “Realizar capacitaciones periódicas, en cuanto a los Planes de Conservación Documental y Preservación Digital a Largo Plazo a los referentes documentales (Central y Gestión)”, fue generadas acciones, de las cual se aportaron evidencias relacionadas con la presentación, lista de asistencia a la reunión en virtud del Sistema Integrado de Conservación – SIC, entre otras, que dan cuenta del desarrollo de la actividad, presentando un avance del 92%.

De conformidad a lo anterior y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, la Oficina de Control Interno evidenció que en efecto han sido desarrolladas actividades, presentando un estado de avance general del 94%, esto de conformidad con lo observado a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

En este aparte, es necesario referir lo señalado en la evaluación al “Plan Institucional de Archivos de la Entidad” (PINAR), en donde en el “Diagnóstico de la situación” - “Aspectos Archivísticos” se indicó: “Acumulación de polvo en el archivo central e inadecuada ejecución de procesos de limpieza documental”, - “teniendo en cuenta que en los documentos contractuales no existe una obligación taxativa sobre la realización de limpieza por parte del contratista, esta actividad se realiza como una actividad conexas al saneamiento ambiental y las fumigaciones contractualmente pactadas.

Dentro de las obligaciones del nuevo contrato que se suscriba, está de manera taxativa la obligación de realizar limpieza al depósito donde reposa el acervo documental.

Adicionalmente, parte de la limpieza se realizó a través del personal de aseo asignado por parte de la entidad y la evidencia se presentó mensualmente en el formato de residuos”.

De lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, a fin de evitar que el riesgo “Posibilidad de afectación económica por el deterioro ocasionado a los documentos debido a los efectos naturales y/o destrucción del patrimonio documental por terceros” se materialice, por la utilización de elementos que resulten nocivos para preservación del patrimonio documental de la Entidad, dirija estas gestiones efectuando controles a los agentes químicos que se podrían estar utilizando para la limpieza referida por el Grupo de Gestión Documental.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N. 2.2.2**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

Sin embargo, en el “Reporte monitoreo riesgos gestión del proceso Gobierno y gestión de datos e información” del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se indica: “Desde la DID se estableció estrategia para hacer el monitoreo de riesgos. Teniendo en cuenta que hay diferentes áreas que hacen parte del proceso, por lo cual, cada una de estas áreas realizó su revisión de riesgos y lo incluyó en cada una de las reuniones de autoevaluación, para finalmente realizar la socialización consolidada en la reunión de autoevaluación del Dirección de Innovación y Desarrollo”, aportándose como evidencia el acta N. 8817 del 17.07.2023, de lo cual la Oficina de Control Interno al verificarla, identificó situaciones como:

- a. La reunión fue desarrollada en virtud de la Resolución 8900 de 2018, lo cual resulta alejado de la realidad, toda vez que este tipo de reuniones tienen sustento en la Res. 2021160000013752-6 del 28.10.2021, la cual deroga la inicialmente citada.
- b. No se evidencia en la extensión del acta anteriormente referida, desarrollo de la temática atinente al riesgo objeto de evaluación, en consecuencia, la evidencia dispuesta, resulta insuficiente para determinar que el monitoreo es eficaz.

Situaciones que denotan debilidad en el cumplimiento respecto de lo regulado a través del proceso “Gestión de Mejora” – actividad clave de éxito “Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación del riesgo”, aunado, al principio de autocontrol enmarcado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y regulaciones que se disponen en la Entidad en virtud del Sistema Integrado de Gestión.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.4.3** incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría, al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

Finalmente, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, precisa, que más allá de las oportunidades de mejoramiento documentadas en el presente informe, no se evidenció materialización del riesgo de gestión objeto de evaluación.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Conformidad N. 2.1.2**, incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

3. “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición”		
Controle(s)	Responsable(s) control	Acciones
a. “El funcionaria(o) asignada(o) del Grupo de Gestión Documental, verifica que la transferencia primaria tramitada por las dependencias haya cumplido los tiempos definidos en las TRD, al momento de realizarle el control de calidad a los documentos transferidos.”. b. “El técnico, tecnólogo o profesional de archivística, verifica la aplicación de la TRD y el diligenciamiento del formato único de inventario documental por parte de las áreas que administran la documentación, de manera trimestral, para garantizar una eficiente gestión documental”.	a. “Funcionaria(o) asignada(o) del Grupo de Gestión Documental”. b. “El técnico, tecnólogo o profesional de archivística, verifica la aplicación de la TRD y el diligenciamiento del formato único de inventario documental por parte de las áreas que administran la documentación, de manera trimestral, para garantizar una eficiente gestión documental”.	a. Realizar trimestralmente jornadas de entrenamiento al personal responsable del alistamiento de los archivos de gestión a transferir. b. Hacer seguimiento trimestral a las Transferencias documentales y actualización de los inventarios realizados por las dependencias productoras.

Cuadro N. 25 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue creado el plan de tratamiento N. 1360, evidenciándose que:

- a. Fue generada acción referente a “Hacer seguimiento trimestral a las Transferencias documentales y actualización de los inventarios realizados por las dependencias productoras”, de la cual se informó, entre otras situaciones, “Se realiza visitas para elaborar el diagnóstico de las dependencias que van a realizar

transferencias documentales y así proyectar la de la circular de transferencias primarias 2023 y el cronograma”, presentando un avance del 53%.

b. En lo referente a la acción “Realizar trimestralmente jornadas de entrenamiento al personal responsable del alistamiento de los archivos de gestión a transferir”, se informó entre otras situaciones “Acorde con los grupos de dependencias programados de acuerdo con la circular de transferencias documentales primarias 2023, se realizó capacitación y seguimiento a las dependencias descritas en el informe”, presentando un avance del 47%.

De conformidad a lo anterior y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, la Oficina de Control Interno evidenció que en efecto han sido desarrolladas actividades, presentando un estado de avance general del 50%, esto de conformidad con lo observado a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Sin embargo, respecto del control “El técnico, tecnólogo o profesional de archivística, verifica la aplicación de la TRD y el diligenciamiento del formato único de inventario documental por parte de las áreas que administran la documentación, de manera trimestral, para garantizar una eficiente gestión documental” y toda vez que se identificó en las dependencias objeto de auditoría, esto es, Direcciones Regionales Orinoquía y Andina, que las TRD V4 establecidas para cada una de ellas y aprobadas por las instancias competentes, no se realizan a plenitud (No Conformidades N. 2.4.1 y 2.4.2); se concluye, que, de acuerdo a la definición del riesgo de gestión, el cual señala “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición” y de conformidad a la evidencia aportada, se identificó materialización del riesgo objeto de evaluación.

Subrayado fuera del texto

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad (materialización riesgo de gestión) N. 2.4.4**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría, al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

➤ Riesgo de Corrupción

1. “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier ddiva o beneficio para ocultar o alterar la documentación análoga y/o electrónica en las diferentes fases de su ciclo de vida que esté bajo custodia en el Archivo de gestión de las dependencias y en el Archivo Central”		
Controle(s)	Responsable(s) control	Acciones
a. “El funcionaria(o) asignada(o) del Grupo de Gestión Documental, verifica que la transferencia primaria tramitada por las dependencias haya cumplido los tiempos definidos en las TRD, al momento de realizarle el control de calidad a los documentos transferidos.”. b. “El técnico, tecnólogo o profesional de archivística, verifica la aplicación de la TRD y el diligenciamiento del formato único de inventario documental por parte de las áreas que administran la documentación, de manera trimestral, para garantizar una eficiente gestión documental”.	“El profesional designado verifica, cada vez que se requiera, la completitud del expediente dado en préstamos a los funcionarios y es registrado en el formato de control de préstamos y en la base de datos. En caso de encontrar inconsistencia se levanta un acta y se remite al líder de proceso y al coordinador de gestión documental para tomar las acciones pertinentes. Evidencia: Formato de control de préstamos”.	a. “Al presentarse la pérdida o alteración de la información documental, y la solicitud por parte del área implicada, orientar a la parte interesada en la denuncia a tramitar y en la forma como puede realizarse la reconstrucción archivística de los expedientes”. b. “Implementar personal de seguridad dentro del inmueble del Archivo Central, que inspeccione la entrada y salida del personal, en cuanto a tenencia de documentos físicos o electrónicos”.

Cuadro N. 26 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó:

a. Que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue creado el plan de tratamiento N. 1353, evidenciándose que para el control fue generada acción referente a *“Al presentarse la pérdida o alteración de la información documental, y la solicitud por parte del área implicada, orientar a la parte interesada en la denuncia a tramitar y en la forma como puede realizarse la reconstrucción archivística de los expedientes”*, se identificó el *“Informe de actividades definidas en el plan de tratamiento de riesgos. PM 1353”* del 31 de marzo de 2023, en donde se indica:

“El 3 de marzo del año en curso el Grupo de Gestión Documental reportó a la Área Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud, la falta de una caja de archivo (27) actividad que conllevó a que se activaran las acciones preventivas correspondientes. En ese sentido el miércoles 22 de marzo de la presente vigencia se realizó una reunión con el Área implicada la Oficina Asesora de Planeación y el Grupo de Gestión Documental con el objetivo de “conocer las causas de la ocurrencia de la materialización del riesgo (pérdida de archivos documentales) e iniciar el establecimiento de acciones para el plan de mejoramiento”, sin embargo, no se precisan las acciones emprendidas sobre el particular.

De lo cual, mediante correo electrónico del 20 de noviembre de 2023, por efectos del ejercicio de auditoría de la Oficina de Control Interno, desde el Grupo de Gestión Documental se elevó correo electrónico dirigido a la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud en el que se señala:

“En virtud de la reunión de Auditoría realizada por la Oficina de Control Interno al Grupo de Gestión Documental el miércoles 15 de noviembre de la presente vigencia, en la cual se indagó por las gestiones adelantadas en el marco del cumplimiento del Acuerdo 007 de 2014 del Archivo General de la Nación - AGN, “Por medio del cual se establecen los lineamientos para la reconstrucción de expedientes”, bajo el contexto de la supuesta pérdida de la caja No 27 de Actuaría, en la cual se adelantaron actividades entre la Dirección de Inspección, Vigilancia Entidades de Aseguramiento y el Grupo de Gestión Documental, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2023; y teniendo presente la comunicación (correo electrónico) enviada a ustedes el 17 de mayo de la actual vigencia por nuestra Coordinación, con el siguiente asunto: “Solicitud de cierre del incidente: pérdida de documentación archivo DEAS”, en la cual se precisa lo siguiente:

“(…) culminada la tarea de revisión, el Grupo de Gestión Documental se permite precisar que no se encontraron más documentos, aparte de los ubicados en la caja 3, carpeta No. 5 mencionados y de los cuales no se tiene seguridad por parte de esta dependencia si son originales o copias. Como complemento a la anterior información suministrada y como parte del ejercicio desarrollado, nos permitimos anexar los documentos:

- 1. Inventario documental de EAPB donde se resalta en color amarillo la documentación que hace relación a la EPS Salud Vida, pero que no corresponde a la caja No. 27.*
- 2. Papeles de trabajo (Hoja de control) de los funcionarios asignados por el Grupo de Gestión Documental, donde se realizaron las anotaciones correspondientes a la documentación de Salud Vida.*
- 3. Estructura (cuadro) con el listado de las cajas y carpetas, donde se ubicó información de la EPS mencionada y que aparece descrita en el campo observaciones. Lo anterior de acuerdo con las 96 cajas sobre Derechos de petición revisadas.*

Dado el resultado que se precede, se recomienda que desde la Dirección EAPB se continúe con el procedimiento que desde el Grupo de Gestión Documental se establece en el artículo 30. Pérdida documental y que se encuentra formalizado en la Resolución No. 2022930030001336 - 6 de 2022, “Por la cual se

adopta el Reglamento Interno de Gestión Documental, Administración de Archivos y Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones"(...)

En ese contexto nuestra dependencia, se permite preguntar de manera comedida, sobre las actividades que se han adelantado en desarrollo de las acciones recomendadas en función del Acuerdo 007 de 2014 del AGN y del Reglamento Interno de Gestión Documental, Administración de Archivos y Correspondencia de nuestra Entidad".

Sumado a lo anterior, mediante correo electrónico del 20 de noviembre de 2023, por parte de la Dirección Administrativa, se informa a la Oficina de Control Interno, de manera cronológica de las actuaciones que sobre el particular se han desarrollado desde esa dependencia.

Se concluye que, si bien fueron emprendidas gestiones, también lo es que han transcurrido un poco más de 7 meses, sin que se cuente con informe que unifique y precise situaciones sobre el particular, sin embargo y con fundamento en la evidencia objetiva aportada por parte del proceso "Gobierno y Gestión de Datos de la Información" como líder tanto del proceso y riesgo objeto de evaluación, por conducto del Grupo de Gestión Documental adscrito a la Dirección Administrativa de la Entidad, señala en algunos apartes:

"(...) culminada la tarea de revisión, el Grupo de Gestión Documental se permite precisar que no se encontraron más documentos" (...).

"Dado el resultado que se precede, se recomienda que desde la Dirección EAPB se continúe con el procedimiento que desde el Grupo de Gestión Documental se establece en el artículo 30. Pérdida documental y que se encuentra formalizado en la Resolución No. 2022930030001336 - 6 de 2022, "Por la cual se adopta el Reglamento Interno de Gestión Documental, Administración de Archivos y Correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones" (...), entre otro, no se cuenta con información que permita indicar que a la fecha se haya procedido a efectuar las gestiones pertinentes.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno al evidenciar debilidad en el autocontrol y prontitud que sobre el particular debió efectuarse, genera la **No Conformidad N. 2.4.5**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría, al proceso "Gobierno y Gestión de Datos e Información" - actividad clave de éxito "Gestionar documentos", para que en coordinación con la Superintendencia Delegada de Aseguramiento en Salud, se defina la situación objeto de evaluación y de concluir que en efectivamente hubo pérdida de información, se desarrollen las gestiones y trámites que se consideren necesarios y pertinentes, con la inmediatez que requiere el asunto, esto, de conformidad a las regulaciones⁴ que se disponen para el tratamiento de situaciones como las expuestas.

Sumado a lo anterior, se determine la pertinencia de efectuar revisión a los controles y acciones que se tienen previstos en el riesgo de corrupción.

⁴ Acuerdo 007 de 2014 del Archivo General de la Nación o las normas que lo sustituyan, Resolución No. 2022930030001336 - 6 de 2022- Art. N. 30, Manual de Administración del Riesgo (DEMN02) y demás que apliquen.

Es importante señalar que de conformidad a lo establecido en el “Manual de Administración del Riesgo” (DEMN02), “se considera **materializado un riesgo de corrupción** cuando un ente de control competente así lo determine”.

Así mismo, en el “Reporte monitoreo riesgos gestión del proceso Gobierno y gestión de datos e información” del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se indica:

- a. “La DID como líder del proceso estableció un plan de trabajo con las diferentes áreas que tienen actividades en el proceso para realizar el respectivo monitoreo de riesgos. Cada área realizó su trabajo y lo socializó en las reuniones de autoevaluación y finalmente la DID socializó el resultado de este trabajo en la reunión de autoevaluación de julio 2023”,
- b. “Se realiza trabajo articulado con las áreas que hacen parte del proceso. Cada área realizó su monitoreo de riesgos y lo socializó en la reunión de autoevaluación. Se socializó el resultado final del ejercicio en la Reunión de Autoevaluación de la DID”.

Aportándose como evidencia el acta N. 8817 del 17.07.2023, de lo cual la Oficina de Control Interno al verificarla, identificó situaciones como:

- a. La reunión fue desarrollada en virtud de la Resolución 8900 de 2018, lo cual resulta alejado de la realidad, toda vez que este tipo de reuniones tienen sustento en la Res. 2021160000013752-6 del 28.10.2021, la cual deroga la inicialmente citada.
- b. No se evidencia en la extensión del acta anteriormente referida, desarrollo de la temática atinente al riesgo objeto de evaluación, en consecuencia, la evidencia dispuesta, resulta insuficiente para determinar que el monitoreo es eficaz.

Situaciones que denotan debilidad en el cumplimiento respecto de lo regulado a través del proceso “Gestión de Mejora” – actividad clave de éxito “Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación del riesgo”, aunado, al principio de autocontrol enmarcado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y regulaciones que se disponen en la Entidad en virtud del Sistema Integrado de Gestión.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la No Conformidad N. 2.4.3** incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría, al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se observó debilidad en el autocontrol por parte del proceso respecto de los aspectos y regulaciones que se disponen en la Entidad en virtud del Sistema Integrado de Gestión.

Finalmente, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, precisa, que más allá de las oportunidades de mejoramiento documentadas en el presente informe, no se evidenció materialización del riesgo de corrupción objeto de evaluación, esto bajo la consideración de lo establecido en el “Manual de Administración del Riesgo” (DEMN02), “se considera **materializado un riesgo de corrupción** cuando un ente de control competente así lo determine”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Conformidad N. 2.1.2** incorporada en el numeral 2.1 del presente informe de auditoría al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”.

1.1.4 Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2023

Conforme a lo establecido, mediante Decreto N. 2590 del 23 de diciembre de 2022, “Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2023, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos”, la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2023, le fue asignado presupuesto por valor de \$277.776.769.491, de los cuales \$193.853.436.000 fueron asignados para funcionamiento y una apropiación inicial por concepto de Inversión por valor de \$76.209.422.000, esto mediante la suscripción de nueve (9) 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 “Fortalecimiento de la gestión y dirección del Sector Salud y Protección Social” con asignación presupuestal por valor de \$34.967.966.998, se encuentra el Proyecto de Inversión a cargo de la Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental denominado “Fortalecimiento de la administración de la gestión documental en la Supersalud Nacional” por valor de \$8.533.331.406, el cual tiene como objetivo “Fortalecer la administración de la gestión documental que facilite la operatividad de la Supersalud”, para el que fue dispuesto el desarrollo de nueve (9) actividades⁵ como se ilustra a continuación:

Distribución Presupuesto Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental Vigencia 2023 - Rubro C_1999_0300_14 - Código BPIN 2020011000231					
Actividades	Apropiación	Compromiso	Obligación	% Compromiso	% Obligación
Organizar, digitalizar y conservar la documentación de la Entidad	\$ 5.860.550.618	\$ 5.805.295.270	\$ 2.895.296.746	99%	49%
Continuar con la implementación de las estrategias definidas por el gobierno nacional	\$ 871.245.105	\$ 868.339.959	\$ 0	100%	0%
Aplicar la disposición final definida en los instrumentos archivísticos	\$ 203.573.919	\$ 64.319.632	\$ 38.530.028	32%	19%
Obtener un espacio físico adecuado para la custodia de los archivos de la Entidad	\$ 1.005.301.040	\$ 880.996.259	\$ 664.020.000	88%	66%

⁵ Información evaluada a corte septiembre de 2023

Distribución Presupuesto Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental Vigencia 2023 - Rubro C_1999_0300_14 - Código BPIN 2020011000231					
Actividades	Apropiación	Compromiso	Obligación	% Compromiso	% Obligación
Definir y llevar a cabo estrategias de articulación del SGD con los otros subsistemas del Sistema Integrado de Gestión	\$ 100.192.000	\$ 99.945.445	\$ 0	100%	0%
Automatizar los procedimientos y flujos documentales	\$ 94.323.338	\$ 67.750.481	\$ 61.223.235	72%	65%
Actualizar, mejorar y realizar las adaptaciones a las herramientas tecnológicas	\$ 343.399.082	\$ 331.026.521	\$ 263.589.512	96%	77%
Actualizar las bases metodológicas relacionadas con la actividad archivística	\$ 35.623.428	\$ 34.938.232	\$ 15.836.865	98%	44%
Realizar acciones encaminadas al uso y apropiación de las políticas, instrumentos, aplicación e interpretación de la teoría conceptual archivística	\$ 19.122.876	\$ 17.010.542	\$ 13.808.101	89%	72%
TOTAL	\$ 8.533.331.406	\$ 8.169.622.341	\$ 3.952.304.487	96%	46%

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

Encontrándose que para la vigencia 2023 han sido suscritos los siguientes contratos:

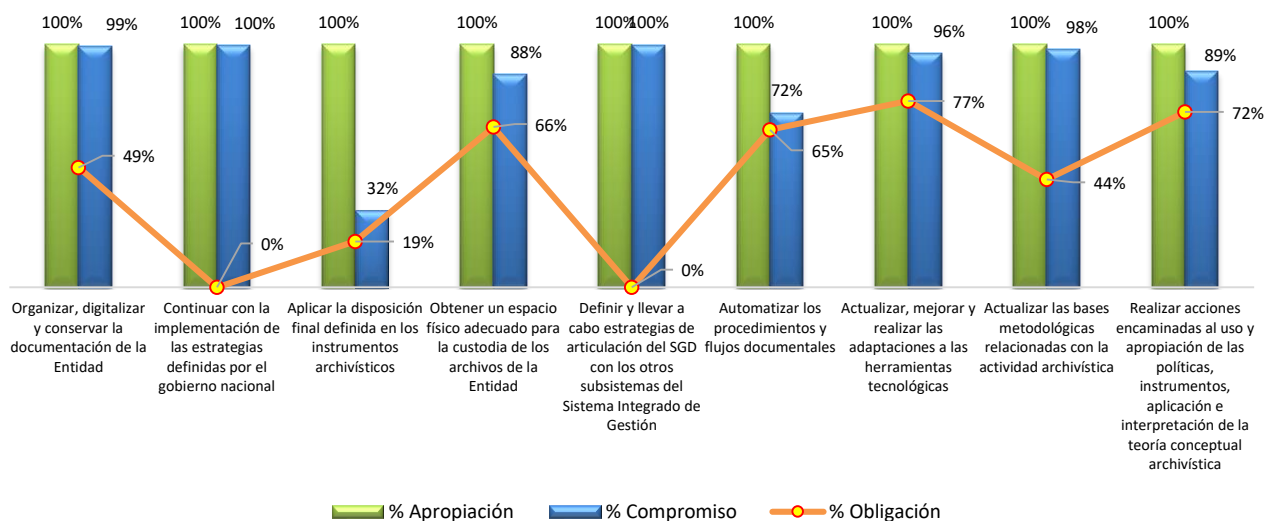
Distribución Presupuesto Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental Vigencia 2023 - Rubro C_1999_0300_14 - Código BPIN 2020011000231			
Actividades	Contratos	Compromiso	Obligación
Organizar, digitalizar y conservar la documentación de la Entidad	Contrato 35	\$ 30.284.100	\$ 30.284.100
	Contrato 38	\$ 18.970.894	\$ 6.988.017
	Contrato 54	\$ 2.227.794	\$ 2.227.794
	Contrato 56	\$ 27.086.031	\$ 11.628.557
	Contrato 58	\$ 77.835.600	\$ 77.835.600
	Contrato 59	\$ 48.934.783	\$ 18.589.750
	Contrato 60	\$ 39.601.019	\$ 15.043.963
	Contrato 61	\$ 39.601.019	\$ 8.406.920
	Contrato 63	\$ 39.601.019	\$ 15.043.963
	Contrato 73	\$ 60.113.391	\$ 22.836.372
	Contrato 74	\$ 49.480.294	\$ 18.796.983
	Contrato 89	\$ 9.112.656	\$ 1.458.025
	Contrato 97	\$ 2.566.384.801	\$ 0
	Contrato 99	\$ 2.788.957.300	\$ 2.661.649.200
	Gravamen	\$ 2.603.525	\$ 6.458
	Viáticos	\$ 4.501.044	\$ 4.501.044
SUBTOTAL		\$ 5.805.295.270	\$ 2.895.296.746
Continuar con la implementación de las estrategias definidas por el gobierno nacional	Contrato 97	\$ 867.760.124	\$ 0
	Gravamen	\$ 579.835	\$ 0

Distribución Presupuesto Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental Vigencia 2023 - Rubro C_1999_0300_14 - Código BPIN 2020011000231			
Actividades	Contratos	Compromiso	Obligación
SUBTOTAL		\$ 868.339.959	\$ 0
Aplicar la disposición final definida en los instrumentos archivísticos	Contrato 7	\$ 38.530.028	\$ 38.530.028
	Contrato 97	\$ 25.677.232	\$ 0
	Gravamen	\$ 112.372	\$ 0
SUBTOTAL		\$ 64.319.632	\$ 38.530.028
Obtener un espacio físico adecuado para la custodia de los archivos de la Entidad	Contrato 189 2022	\$ 880.441.333	\$ 664.020.000
	Gravamen	\$ 554.926	\$ 0
SUBTOTAL		\$ 880.996.259	\$ 664.020.000
Definir y llevar a cabo estrategias de articulación del SGD con los otros subsistemas del Sistema Integrado de Gestión	Contrato 97	\$ 99.791.232	\$ 0
	Gravamen	\$ 154.213	\$ 0
SUBTOTAL		\$ 99.945.445	\$ 0
Automatizar los procedimientos y flujos documentales	Contrato 20	\$ 40.648.271	\$ 40.318.427
	Contrato 24	\$ 16.315.695	\$ 16.315.695
	Contrato 56	\$ 10.687.275	\$ 4.588.255
	Gravamen	\$ 99.240	\$ 858
SUBTOTAL		\$ 67.750.481	\$ 61.223.235
Actualizar, mejorar y realizar las adaptaciones a las herramientas tecnológicas	Contrato 18	\$ 49.087.500	\$ 49.087.500
	Contrato 19	\$ 37.107.401	\$ 37.107.401
	Contrato 21	\$ 37.107.401	\$ 37.107.401
	Contrato 22	\$ 44.157.806	\$ 44.157.806
	Contrato 23	\$ 37.107.401	\$ 37.107.401
	Contrato 25	\$ 10.005.245	\$ 10.005.245
	Contrato 59	\$ 29.168.883	\$ 11.080.917
	Contrato 60	\$ 19.440.979	\$ 7.385.400
	Contrato 61	\$ 19.440.979	\$ 14.022.442
	Contrato 63	\$ 19.440.979	\$ 7.385.400
	Contrato 74	\$ 20.779.682	\$ 7.893.957
	Contrato 89	\$ 7.804.011	\$ 1.248.642
	Gravamen	\$ 378.254	\$ 0
SUBTOTAL		\$ 331.026.521	\$ 263.589.512
Actualizar las bases metodológicas relacionadas con la actividad archivística	Contrato 54	\$ 34.819.661	\$ 15.835.401
	Gravamen	\$ 118.571	\$ 1.464
SUBTOTAL		\$ 34.938.232	\$ 15.836.865

Distribución Presupuesto Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental Vigencia 2023 - Rubro C_1999_0300_14 - Código BPIN 2020011000231			
Actividades	Contratos	Compromiso	Obligación
Realizar acciones encaminadas al uso y apropiación de las políticas, instrumentos, aplicación e interpretación de la teoría conceptual archivística	Contrato 10	\$ 13.808.101	\$ 13.808.101
	Contrato 54	\$ 3.092.978	\$ 0
	Gravamen	\$ 109.463	\$ 0
SUBTOTAL		\$ 17.010.542	\$ 13.808.101
TOTAL		\$ 8.169.622.341	\$ 3.952.304.487

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

**Distribución Presupuesto Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental
Vigencia 2023 - Rubro C_1999_0300_14 - Código BPIN 2020011000231**



Gráfica N. 2 - Fuente: propia Oficina de Control Interno

Concluyendo, que en atención al proyecto de inversión liderado por la Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental, de la apropiación asignada por valor de \$8.533.331.406 han sido ejecutados recursos por bajo la modalidad de “Compromiso” por valor de \$8.169.622.341, equivalente al 96% y bajo la modalidad de “Obligación” por valor de \$3.952.304.487, equivalente al 46%; datos que fueron contrastados tanto con la información que reposa en el Departamento Nacional de Planeación (SPI) como en el sistema de información “Power BI” de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo tanto la Oficina de Control Interno en atención a los roles “enfoque hacia la prevención”, “evaluación de la gestión del riesgo” y “evaluación y seguimiento” determinados en el Decreto 648 del 2017, con ocasión de la oportunidad de mejoramiento evidenciada en relación con los proyectos de inversión asignados en la vigencia 2023.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N. 2.2.3**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría, tendiente a efectuar las gestiones que se consideren necesarias para aumentar los márgenes de ejecución de los recursos asignados, posibilitando incrementar el porcentaje de

obligación en beneficio de las labores asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, aunado, a evitar eventuales reducciones presupuestales en inversión.

1.1.4 Gestión Contractual Proceso “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”

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 Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental, verificación que se presenta en los siguientes términos:

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	
N. del proceso	SNS-CD-23-2023
N. del expediente contractual	2023940021607000018E
N. de Contrato	Contrato N. 022 de 2023
Contratante:	Superintendencia Nacional de Salud
Contratista:	XXX
Objeto contractual:	<i>“Prestar servicios profesionales a la Superintendencia Nacional de Salud en la ejecución de las actividades necesarias para el fortalecimiento de las soluciones tecnológicas en concordancia con el ciclo vital de documento en lo relacionado con el Sistema de Gestión de Documento Electrónico de Archivo, SuperArgo”.</i>
Modalidad de selección	Contratación Directa
Tiempo de ejecución:	Fecha de inicio: 23/02/2023 Fecha de terminación: 15/06/2023.
Valor dl contrato:	Cuarenta y cuatro millones ciento cincuenta y siete mil ochocientos seis pesos M/CTE (\$44.157.806).
Valor mensual	Un (1) primer pago por la suma de hasta dos millones novecientos cuarenta y tres mil ochocientos cincuenta y cuatro pesos M/CTE (\$2.943.854), Tres (3) pagos mensuales y sucesivos cada uno por la suma de hasta once millones setecientos setenta y cinco mil cuatrocientos quince pesos M/CTE (\$11.775.415) Incluido IVA
Supervisor:	Coordinador Grupo de Gestión Documental

Cuadro N. 28 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

PRECONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Inclusión proceso contractual en el PAA	Plan anual de adquisiciones 2023	Se verifico la inclusión del presente proceso en el Plan Anual de Adquisiciones de la entidad aprobado para la vigencia 2023
Escogencia de la Modalidad	El presente proceso de contratación se adelantó bajo la modalidad de contratación directa, en razón al tipo de contrato a celebrar, esto es, prestación de servicios, a la luz del artículo 32 de la Ley 80 de 1993. Así mismo, el artículo 2, numeral 4, literal h) de la Ley 1150 de 2007, consagra la prestación de servicios de apoyo a la gestión como causal para adelantar la modalidad de selección referida.	Se observa la descripción de la modalidad dentro de los estudios previos del presente contrato
Lista de chequeo Documentos Prestación De Servicios Profesionales o de Apoyo A La Gestión- formato BSFT31	-Certificación de insuficiencia o inexistencia de personal en planta. -Estudios Previos -Constancia de idoneidad y experiencia suscrita por el área técnica. -Autorización del jefe de la entidad para contratación por objeto igual - art 1 Decreto 2209 de 1998 (para servicios profesionales y de apoyo a la gestión) -Certificado de disponibilidad presupuestal-CDP	Se observó la publicación de la presente documentación referida en el formato BSFT31, en la plataforma transaccional SECOP II

Cuadro N. 29 - 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 fecha de inicio: 23/02/2023, fecha de terminación: 15/06/2023.	Aspecto conforme

CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Designación supervisión del contrato	Se designó como supervisor al Coordinador del grupo de gestión documental del contrato para efectuar vigilancia al cumplimiento de las obligaciones pactadas.	Aspecto conforme
Ejecución del contrato: a. Cumplimiento obligaciones generales b. Cumplimiento obligaciones específicas c. Presentación informes de supervisión	Se observó en la plataforma transaccional SECOP II, la publicación de 4 informes de supervisión con sus respectivos soportes de formato certificación de supervisión para pago, aportes seguridad social, factura electrónica	Aspecto conforme
Pagos realizados	- Orden de pago 1 No 72914723 \$ 2.943.854 - Orden de pago 2 No 10207982 \$11.775.415 - Orden de pago 3 No 138591223 \$11.775.415 - Orden de pago 4 No 182432223 \$11.775.415 - Orden de pago 5 No 219154723 \$ 5.887.707	Aspecto conforme
Modificaciones contractuales	No se observaron modificaciones al contrato como Prórrogas ni Adiciones	N/A

Cuadro N. 30 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

POST CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Liquidación del contrato	De conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 0019 de 2012, la liquidación a la que se refiere el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, no será obligatoria en los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión	Aspecto conforme
Paz y salvo	Se observa paz y salvo a contratista, en el formato código BSFT34	Aspecto conforme
Cierre del expediente contractual	N/A	-

Cuadro N. 31 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

Con base en lo anterior, se concluyó que la ejecución contractual se desarrolló en cumplimiento de las obligaciones generales y específicas según documentó de supervisión, sin la presencia de anomalías en la vigilancia del contrato, realizando monitoreo permanente a la gestión de riesgos asociados a la ejecución contractual.

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	
N. del proceso	SNS-SASI-2-2023
N. del expediente contractual	2023940021603000001E
N. de Contrato	Contrato N. 058 de 2023
Contratante:	Superintendencia Nacional de Salud
Contratista:	INTEGRA DE COLOMBIA S.A.S
Objeto contractual:	"Adquisición de carpetas de archivo que permita el almacenamiento, organización y conservación de la documentación de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido por el Archivo General de la Nación y las Normas Técnicas Colombianas".
Modalidad de selección	Selección abreviada subasta inversa
Tiempo de ejecución:	El plazo para la ejecución del contrato será de tres (3) meses contados a partir de la firma del acta de inicio del contrato suscrita entre.
Valor del contrato:	Precio estimado \$83.643.000
Supervisor:	Coordinador Grupo de Gestión Documental

Cuadro N. 32 - 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	El presente proceso de contratación se encuentra incluido dentro del Plan Anual de Adquisiciones aprobado para esta vigencia.	La contratación fue planificada en la anualidad
Modalidad de la contratación	La Superintendencia Nacional De Salud, realizó un estudio desde el punto de vista jurídico, técnico y económico, con el cual fundamento que la opción más favorable para la entidad era la de realizar una convocatoria pública a través de un proceso de Selección Abreviada por Subasta Inversa, que trata la Ley 1150 de 2007, en el literal a., numeral 2 del artículo 2., reglamentada por el Decreto 1082 de 2015. Por tratarse de bienes de características técnicas uniformes por cuanto son de común utilización con especificaciones técnicas y patrones de desempeño y calidad iguales o similares, que en consecuencia pueden ser agrupados como bienes y servicios homogéneos para su adquisición y a los que se refiere el literal (a) del numeral 2 del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007. Además, se dejó constancia que se verificó en la Tienda Virtual del Estado Colombiano a través de Acuerdo Marco de Precios y en Grandes Almacenes, encontrando que a la fecha la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente, no cuenta con un acuerdo Marco vigente para la adquisición de estos bienes y los elementos que se encuentran publicados en Grandes Almacenes, no cumplen con las especificaciones técnicas exigidas por el Grupo de Gestión Documental. Por tanto, el criterio de selección para celebrar el contrato de compraventa para la adquisición de carpetas sería la oferta que cumpla con todas las condiciones establecidas en la Ficha Técnica, el Pliego de Condiciones y que oferte el menor descuento en el valor neto de los productos a adquirir.	Se observa la descripción de la modalidad dentro de los estudios previos del presente contrato
Solicitud de contratación: a. Necesidad a satisfacer b. Cumplimiento requisitos para presentar la solicitud de contratación	De conformidad con lo establecido en el Artículo 2.2.1.1.2.1.1, del Decreto 1082 de 2015, los estudios y documentos previos son el soporte del proyecto de pliego de condiciones y el contrato, por tanto, el grupo auditor, quiso verificar que el presente proceso contractual, haya cumplido con la obligación a respetar y acatar el principio de planeación en virtud del cual resulta indispensable la elaboración previa de estudios y análisis suficientemente serios y completos, antes de iniciar un procedimiento de selección: Descripción de la necesidad: Conforme a lo descrito en el documento de estudios previos, se pudo observar la dependencia describe claramente La verdadera necesidad de la celebración del respectivo contrato ya que está sustentada en la insuficiencia que la Entidad cuenta con los bienes, elementos y servicios indispensables para el desarrollo de las actividades que se traducen en una eficiente labor administrativa. Por tanto, el Grupo de Gestión Documental como responsable de los archivos de gestión y del archivo central de la Superintendencia Nacional de Salud, requirió garantizar la existencia de los elementos denominados unidades de conservación (cajas y carpetas), que son fundamentales para el almacenamiento de los documentos, siendo el soporte y respaldo de las actuaciones administrativas de las dependencias de la entidad. Es importante tener en cuenta que La presente contratación apuntó al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Proyecto de Inversión denominado "fortalecimiento de la administración de la gestión documental en la SNS", código BPIN 2020011000231.	Se evidenciaron los soportes necesarios para ser aprobada la contratación
Estudio del mercado	Según los estudios previos, se pudo observar que la Entidad tuvo en cuenta la buena práctica que recomienda la Guía rápida para hacer solicitudes de información a Proveedores a través del SECOP II, para hacer sus estudios de mercado y o estudios o análisis del sector. Por tanto, se menciona que para el presente proceso la Entidad hizo uso de la publicación de la solicitud de cotización en la página web del SECOP II mediante el módulo Solicitud de Información a Proveedores, utilizando los códigos UNSPSC y se remitió la solicitud de cotización mediante correo electrónico. Estos dos mecanismos se realizaron el pasado miércoles 31 de marzo del 2023 con fecha máxima de recepción de cotizaciones el miércoles 11 de abril de 2023. Una vez finalizada la evaluación de las cotizaciones remitidas y a partir del cálculo promedio se tuvo, en cuenta el total de las 8 cotizaciones recibidas, y en efecto se observó en los estudios previos el resumen del valor de las cotizaciones obtenidas por cada uno de los proveedores	En los estudios previos se observa la descripción del estudio de mercado, y sus soportes documentales
Requisitos Habilitantes Y Criterios Para Seleccionar La Oferta Más Favorable	Se pudo observar que los criterios habitantes descritos en los artículos 2.2.1.1.2.2.2. y 2.2.1.1.2.1.3.2 del Decreto Reglamentario 1082 de 2015 del presente Procesos de Contratación se realizó mediante la utilización de herramientas estadísticas que permitieron determinar los criterios para la capacidad financiera y la capacidad organizacional a solicitar, con el fin de garantizar la solvencia económica y patrimonial	Dentro de los Estudios previos

PRECONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
	de los interesados en participar, así como también favorecer la pluralidad de oferentes.	
Adjudicación del proceso	Según lo inscrito en los Estudios previos la adjudicación del contrato se realizaría al proponente que, siendo hábil, ofrezca el menor valor total, resultante del valor obtenido en la Subasta Inversa Electrónica. Por tanto el equipo auditor verificó que el presente proceso tuvo una buena receptación observándose la participación de 8 proponentes. Posteriormente, y luego del debido derecho a presentar subsanaciones, se pudo identificar la evaluación de las ofertas y la habilitación de 6 oferente. Conforme a lo anterior el comité evaluador, determinó, que los proponentes habilitados, presentaron propuesta económica, sin que ninguno superara los precios estimados por la Entidad a partir del estudio de mercado realizado, y que estos tampoco configuraron precios artificialmente bajos. Por tanto, el 05 de junio de se procedió al evento de Subasta Inversa Electrónica y Posteriormente el proponente INTEGRA DE COLOMBIA S.A.S., fue quien presentó el menor precio para la Adquisición de carpetas, después de un solo lance por parte de este mismo proveedor, por un valor total de setenta y siete millones ochocientos treinta y cinco mil seiscientos pesos MCTE (\$77.835.600,00) valor que está dentro del presupuesto inicialmente pactado.	Acta de adjudicación

Cuadro N. 33 - 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 21/06/2023 y una fecha de terminación de 20/09/2023.	Aspecto conforme
Designación supervisión del contrato	Se designó al Coordinador del Grupo de Gestión Documental.	Aspecto conforme
Ejecución contractual y presupuestal	El equipo auditor pudo establecer y corroborar que la entidad cumplió con lo descrito en el contrato en cuanto a la forma de pago, tres (3) pagos y a su vez estableció el cumplimiento de la publicación de la información en la plataforma SECOP II. Por tanto, el avance técnico y financiero es del 100% y los tres pagos ejecutaron así: Primer pago \$28.875.600 Formato Certificación de Supervisan Para Pago, Factura, Certificación de Pagos de Seguridad Social y Aportes Parafiscales, certificado entrada al almacén Segundo pago \$24.480.000 Formato Certificación de Supervisión para Pago, Factura, Certificación De Pagos De Seguridad Social Y Aportes Parafiscales, certificado entrada al almacén Tercer pago \$24.480.000 Formato Certificación De Supervisión para Pago, Factura, Certificación de Pagos de Seguridad Social y Aportes Parafiscales, certificado entrada al almacén. Adicionalmente y verificando las obligaciones de la supervisión, se estableció que en efecto la misma cumplió con la debida vigilancia y seguimiento del contrato, dando un reporte de tres (3) informes de la ejecución, técnica, financiera, y contable, reportados y publicados en la plataforma Secop II según lo establece el manual de contratación y la supervisión BSMN03 de la SNS Así mismo y con el fin de establecer el cumplimiento de las obligaciones establecidas para el contratista, se pudo observar que. Integra Colombia S.A.S, aporó las evidencias de sus obligaciones detallando la descripción de sus evidencias y soportes, y la fecha de ejecución de estas.	Aspecto conforme
Modificaciones contractuales	El presente contrato no presentó modificaciones contractuales	-

Cuadro N. 33 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

POST CONTRACTUAL		
Actividad	Descripción de la gestión	Análisis Oficina de Control Interno
Liquidación del contrato	De conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 son sujetos de liquidación los contratos de tracto sucesivo aquellos cuya ejecución o cumplimiento se prolonguen en el tiempo y los demás que lo requiera por tanto el presente contrato de compraventa no se requiere de la liquidación toda vez que es un contrato de ejecución instantánea.	Aspecto conforme

Cuadro N. 34 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

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

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 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) - Proceso “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno en el marco de la auditoría interna adelantada, efectuó evaluación bajo muestreo no estadístico⁶ a 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 Bienes y servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual documentos”, de lo cual a continuación se presentan los siguientes análisis.

➤ Riesgos de Gestión

1. “Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por observaciones, hallazgos o no conformidades de los entes de control debido al incumplimiento de las disposiciones legales para la celebración de contratos”		
Controle(s)	Responsable(s) control	Acciones
a. “El profesional jurídico y financiero del Grupo de Gestión Contractual de la Dirección de Contratación, verifica que el Formato BSFT30 Insumo para la contratación de bienes y servicios sea radicado con los anexos completos, en caso de encontrar o evidenciar inconsistencias se devuelve la solicitud por el sistema de gestión documental para su subsanación. Evidencia: Memorando”. b. “El profesional jurídico y financiero del Grupo de Gestión Contractual y el enlace técnico del área solicitante realizan los estudios previos los cuales son radicados por el área solicitante mediante el sistema de gestión documental firmados. Evidencia: Memorando y estudios previos firmados”. c. “La Coordinación del Grupo de Gestión Contractual y la Dirección de Contratación revisan que el proceso publicado en la plataforma dispuesta por Colombia Compra Eficiente (SECOP II) cumpla con los requisitos de ley, en caso de encontrar o evidenciar inconsistencias se rechaza en la plataforma para su ajuste y posterior aprobación. Evidencia: Aprobación en la plataforma dispuesta por Colombia Compra Eficiente (SECOP II)”	“Profesional de la Dirección de Contratación”.	a. “Anualmente realizar el Seminario de Gestión Contractual para la Superintendencia Nacional de Salud” b. “Realizar trimestralmente un Conversatorio jurídico con los funcionarios de la Dirección de Contratación” c. “Anualmente realizar la Inmersión Jurídica contractual para los funcionarios de la Dirección de Contratación”.

Cuadro N. 35 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó:

a. Que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue creado el plan de tratamiento N. 1349, evidenciándose que para el control fue generada acción referente a “Anualmente realizar el Seminario de Gestión Contractual para la Superintendencia Nacional de Salud”, de la cual se identificó, que presenta un avance del 0%.

⁶ Guía de Auditoría Interna basada en Riesgos para Entidades Públicas V4 – Numeral 2.3.3 “Análisis y Evaluación” - Muestreo no estadístico (Página 63)

- b. En lo referente a la acción “Realizar trimestralmente un Conversatorio jurídico con los funcionarios de la Dirección de Contratación”, se informó de los conversatorios realizados durante a vigencia 2023, aportando como evidencia la presentación de los temas y las listas de asistencia, presentando un avance del 90%.
- c. En lo referente a la acción “Anualmente realizar la Inmersión Jurídica contractual para los funcionarios de la Dirección de Contratación”, se informó que en el mes de mayo de 2023, se efectuaron actividades tendientes a la acción referida, de lo cual fueron aportadas soportes de las presentaciones de los conferencistas y listados de asistencia, presentando un avance del 100%.

De conformidad a lo anterior y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, la Oficina de Control Interno evidenció que en efecto han sido desarrolladas actividades, presentando un estado de avance general del 63%, esto de conformidad con lo observado a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

2. “Posibilidad de afectación Económico y/o Reputacional por hallazgo de los entes reguladores debido al incumplimiento en la liquidación”		
Controle(s)	Responsable(s) control	Acciones
a. “El profesional designado del Grupo de Gestión Postcontractual de la Dirección de Contratación revisa el formato BSFT35 (Solicitud de liquidación contrato o convenio) y sus anexos que soportan el trámite de liquidación, en caso de encontrar o evidenciar inconsistencias se devuelve la solicitud por el sistema de gestión documental para su subsanación. Evidencia: Memorando y sus anexos.”.	“Profesional de la Dirección de Contratación”.	a. “Anualmente realizar el Seminario de Gestión Contractual para la Superintendencia Nacional de Salud”. b. “Publicar trimestralmente piezas comunicacionales con tips dirigidos a la supervisión de los contratos”.

Cuadro N. 36 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó:

- a. Que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue generado el plan de tratamiento N. 1347, evidenciándose que para el control fue generada acción referente a “Anualmente realizar el Seminario de Gestión Contractual para la Superintendencia Nacional de Salud”, se identificó, que presenta un avance del 0%.
- b. En lo referente a la acción “Publicar trimestralmente piezas comunicacionales con tips dirigidos a la supervisión de los contratos”, se informó de los tips dirigidos a la supervisión de los contratos, publicados durante a vigencia 2023, aportando como evidencia la presentación de los temas, presentando un avance del 90%.

De conformidad a lo anterior y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, la Oficina de Control Interno evidenció que en efecto han sido desarrolladas actividades que presentan un estado de avance general del 45%, esto de conformidad con lo observado a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

De conformidad a la evaluación efectuada a los riesgos de gestión anteriormente referidos, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno puede concluir, de conformidad a los contratos objeto de evaluación, que no se evidenció materialización de los riesgos de gestión.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N. 2.1.4** al proceso “*Gestión de Bienes y servicios*” - actividades clave de éxito “*Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual documentos*”.

Sin embargo, el equipo auditor de la Oficina de Control pone a consideración del líder del proceso “*Gestión de Bienes y servicios*” - actividades clave de éxito “*Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual*”, analizar, bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, si los riesgos objeto de evaluación, tal y como están configurados, resultan ser “*reactivos*” y no “*preventivos*” al encontrarse sujetos a que solo un ente de control pueda generar la materialización de los mismos.

Aunado a lo anterior, analizar si las acciones definidas frente a los controles de los riesgos evaluados resultan guardar relación a efectos de contribuir a un adecuado monitoreo y control de estos, de igual forma, estudiar la posibilidad de redefinir las evidencias establecidas para acreditar la ejecución de controles o acciones de mitigación, a fin de que, la evidencia sea efectivamente el reflejo de la gestión emprendida en cada control o acción de mitigación.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N. 2.2.4**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría, al proceso “*Gestión de Bienes y servicios*” - actividades clave de éxito “*Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual*”.

➤ Riesgo de Corrupción

1. “Posibilidad de afectación económico y/o reputacional de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para el direccionamiento de un contrato”		
Controle(s)	Responsable(s) control	Acciones
a. “El profesional jurídico y financiero del Grupo de Gestión Contractual de la Dirección de Contratación, verifica que el Formato BSFT30 Insumo para la contratación de bienes y servicios sea radicado con los anexos completos, en caso de encontrar o evidenciar inconsistencias se devuelve la solicitud por el sistema de gestión documental para su subsanación. Evidencia: Memorando”. b. “El profesional jurídico y financiero del Grupo de Gestión Contractual y el enlace técnico del área solicitante realizan los estudios previos los cuales son radicados por el área solicitante mediante el sistema de gestión documental firmados. Evidencia: Memorando y estudios previos firmados”. c. “La Coordinación del Grupo de Gestión Contractual y la Dirección de Contratación revisan que el proceso publicado en la plataforma dispuesta por Colombia Compra Eficiente (SECOP II) cumpla con los requisitos de ley, en caso de encontrar o evidenciar inconsistencias se rechaza en la plataforma para su ajuste y posterior aprobación. Evidencia: Aprobación en la plataforma dispuesta por Colombia Compra Eficiente (SECOP II)”	“Profesional de la Dirección de Contratación”.	a. “Anualmente realizar la Inmersión Jurídica contractual para los funcionarios de la Dirección de Contratación”. b. “Anualmente realizar el Seminario de Gestión Contractual para la Superintendencia Nacional de salud”. “Realizar trimestralmente un conversatorio jurídico con los funcionarios de la Dirección de Contratación.”

Cuadro N. 37 - Fuente Propia Oficina de Control Interno

De la evaluación efectuada y con sustento en la evidencia aportada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó:

a. Que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue generado el plan de tratamiento N. 1343, evidenciándose que para el control fue generada acción referente a “*Anualmente realizar la Inmersión Jurídica contractual para los funcionarios de la Dirección de Contratación*”, se informó que en el mes de mayo de 2023, se efectuaron actividades tendientes a la acción referida, de lo cual fueron

aportadas soportes de las presentaciones de los conferencistas y listados de asistencia, presentando un avance del 100%.

b. En lo referente a la acción “*Anualmente realizar el Seminario de Gestión Contractual para la Superintendencia Nacional de salud*”, se identificó, que presenta un avance del 0%.

c. En lo referente a la acción “*Realizar trimestralmente un Conversatorio jurídico con los funcionarios de la Dirección de Contratación*”, se informó de los conversatorios realizados durante a vigencia 2023, aportando como evidencia la presentación de los temas y las listas de asistencia, presentando un avance del 90%.

De conformidad a lo anterior y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, la Oficina de Control Interno evidenció que en efecto han sido desarrolladas actividades, presentando un estado de avance general del 63%, esto de conformidad con lo observado a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

De conformidad a la evaluación efectuada a los riesgos de gestión anteriormente referidos, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno puede concluir, de conformidad a los contratos objeto de evaluación, que no se evidenció materialización de los riesgos de corrupción.

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, al proceso “*Gestión de Bienes y servicios*” - actividades clave de éxito “*Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual*”.

Sin embargo, el equipo auditor de la Oficina de Control pone a consideración del líder del proceso “*Gestión de Bienes y servicios*” - actividades clave de éxito “*Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual*”, analizar, bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, si las acciones definidas frente a los controles de los riesgos evaluados resultan guardar relación a efectos de contribuir a un adecuado monitoreo y control de estos, aunado a lo anterior, analizar la posibilidad de redefinir las evidencias establecidas para acreditar la ejecución de controles o acciones de mitigación, a fin de que estas sean efectivamente el reflejo de la gestión emprendida en cada control o acción de mitigación.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N. 2.2.4**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría, al proceso “*Gestión de Bienes y servicios*” - actividades clave de éxito “*Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual*”.

1.1.6 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, se tomaron como muestra las reuniones de autoevaluación efectuadas durante el primer semestre de la vigencia 2023, realizadas por parte de Gestión Documental objeto de auditoría, como a continuación se ilustra:

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN N. 2021160000013752-6													
Tema reunión autoevaluación	Periodicidad	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio	
		GE-8252 09.02.2023		GE-8475 06.03.2023		GE-8479 18.04.2023		GE-8531 09.05.2023		GE-8730 13.06.2023		GE-8780 04.07.2023	
		C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
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		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		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		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		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	GE-8479 18.04.2023						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		GE-8780 04.07.2023									
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	A la fecha de la auditoría, no se había realizado revisión por la Dirección											
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		X		X	

Cuadro N. 38 - 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 cumplieron oportunamente con los temas establecidos en la resolución en mención.

Sin embargo, en las reuniones efectuadas por el Grupo de Gestión Documental no se observó la participación del Director Administrativo, por ende, se solicitaron las actas de la dirección, evidenciando la participación de los coordinadores del Grupo de Gestión Documental y del Director del área, dando cumplimiento en lo preceptuado por el artículo 2^{do}, de la misma resolución, que en su contenido 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”.

Por parte del equipo auditor se verificó el seguimiento realizado a los Planes de Mejoramiento del área, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3^{ro} de la resolución en mención, en donde se aluden los temas a tratar en las reuniones de autoevaluación y en el que se encuentra lo referente a: **“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.”**; de acuerdo con lo anterior, se observa que es citada en el acta GE-8479 del 18.04.2023 el plan de tratamiento N.1231, señalando un cumplimiento del 100%, sin embargo, al verificar en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se evidencia, que dicho plan se encuentra bajo la responsabilidad del proceso “Administración de la Gestión Documental”, con un porcentaje de avance del 75%, aunado a esto, presenta “estado” - “Cierre incumplimiento fecha”.

Número plan	Número de situación relacionada	Fecha reporte	Fecha finalización	Descripción	Fuente	Tipificación	Tipo acción	Proceso	Ubicación	Estado
1231	N.A	22-08-2022		Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido a la	Análisis de riesgos de gestión	No conformidad	Acción correctiva	Administración de la Gestión Documental	Sin ubicación	Cierre incumplimiento fecha

Imagen N. 16 - Fuente Aplicativo de Planeación y Gestión

Plan para el que se dispusieron cuatro (4) actividades, de las cuales, una (1) no presenta porcentaje alguno de “avance”, precisando que la “fecha fin” de esta actividad era el 31 de marzo de 2023.

Plan de mejoramiento

Causas	Actividad	Unidad de medida	Meta	Fecha inicio	Fecha fin	Plazo en semanas	Duración	Responsable	Avance	Seguimiento actividad
1. Falla en la aplicación de controles, mejoras, criterios y base metodológica que normaliza el tratamiento y manejo de la cadena de custodia de	normalizar la base metodológica documental, que garantice la implementación de las buenas prácticas en el manejo de documentos en cadena de custodia. (todas las partes interesadas)	Numerica (Informe a diciembre)	1	26-09-2022	31-03-2023	13	91 días	Norieica Alexandrina Redondo Ortiz / Profesional Especializado	0 %	Ver seguimiento profesional de planeación SIG Ver seguimiento auditor de control interno Ver seguimiento facilitador de proceso

Imagen N. 17 - Fuente Aplicativo de Planeación y Gestión

Situación que igualmente fue expuesta por parte de la Oficina Asesora de Planeación mediante “Informe de seguimiento al monitoreo de riesgos”, presentado mediante radicado N. 20231200200097143 del 06 de septiembre de 2023, en donde se hace referencia a la materialización del riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido a la inadecuada manipulación del expediente en calidad de préstamo”; de lo anterior es preciso señalar, que si bien esta situación se presentó en el segundo semestre de la vigencia 2022, la fecha de finalización de una de las actividades se encuentra dentro del primer semestre de la vigencia 2023, sin que en el acta referida se evidencie seguimiento a la misma, lo cual evidencia que por parte del proceso no se efectuó de manera adecuada seguimiento y monitoreo al plan de tratamiento de riesgos en todo su conjunto, lo cual evidencia desviación frente a lo establecido en la resolución que regula los temas mínimos a tratar en las reuniones de autoevaluación, situación que resulta altamente relevante máxime cuando el suceso que motivara el plan tratamiento obedece a la materialización de un riesgo de gestión.

Aunado a lo anterior, se evidencia incumplimiento respecto de lo preceptuado en la “actividad clave de éxito” – “Ejecutar Plan de Mejoramiento” cuya descripción señala: **“El líder del proceso como responsable de realizar las acciones definidas en el plan de mejoramiento, se soportará en el profesional del área designado como gestor; a través de este último se promoverá que las acciones a tomar se realicen de acuerdo con las fechas establecidas. Cuando se culminen las acciones deberá realizar seguimiento y evaluación indicando si éstas fueron eficaces, lo anterior a través del aplicativo dispuesto por la entidad”**. (Negrillas Extratextuales).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N. 2.4.6**, incorporada en el numeral 2.4 del presente informe de auditoría.

Así las cosas, es menester que en los espacios de autoevaluación se aborde de manera pormenorizada lo relativo a la “Mejora” y “Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción”⁷, 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 de permitir que el escenario de autoevaluación de manera efectiva contribuya con el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados institucionales.

2. HALLAZGOS

2.1 Conformidades

2.1.1 Cumplimiento de los lineamientos determinados en el “Plan Institucional de Archivos” (PINAR)

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada genera conformidad al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se observó la ejecución y cumplimiento para el primer semestre de la vigencia 2023 de las estrategias “metas e indicadores asociados”, “Cronogramas” y “Estrategia de Comunicación”, definidas en el “Plan Institucional de Archivos” (PINAR).

2.1.2 No materialización de riesgos de gestión y corrupción del proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” actividad clave de éxito “Gestionar documentos”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera conformidad al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que respecto de los riesgos de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido al inadecuado manejo del expediente físico o electrónico, durante el ciclo de vida del documento (Archivo Central, Archivo de Gestión, Archivo Histórico)”, “Posibilidad de afectación económica por el deterioro ocasionado a los documentos debido a los efectos naturales y/o destrucción del patrimonio documental por terceros” y de corrupción “Posibilidad de recibir o

⁷ “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: **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) - **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”.

solicitar cualquier dádiva o beneficio para ocultar o alterar la documentación análoga y/o electrónica en las diferentes fases de su ciclo de vida que esté bajo custodia en el Archivo de gestión de las dependencias y en el Archivo Central”, al concluir la no materialización de éstos, en el marco del presente ejercicio de auditoría.

2.1.3 Adecuada gestión precontractual, contractual y post contractual en los contratos N. 022 y N. 058 de 2023

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera conformidad al proceso “*Gestión de Bienes y Servicios*”, actividades claves de éxito “*Gestionar etapa Pre, Contra y Post Contractual*”, toda vez que en los contratos N. 022 de 2023 y 058 de 2023, 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.

2.1.4 No materialización de riesgos de gestión y corrupción del proceso “Gestión de Bienes y Servicios” actividades clave de éxito “Gestionar etapa Pre, Contra y Post Contractual”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera conformidad al proceso “*Gestión de Bienes y Servicios*”, actividades claves de éxito “*Gestionar etapa Pre, Contra y Post Contractual*”, toda vez que, toda vez que respecto de los riesgos de gestión “*Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por observaciones, hallazgos o no conformidades de los entes de control debido al incumplimiento de las disposiciones legales para la celebración de contratos*”, “*Posibilidad de afectación Económico y/o Reputacional por hallazgo de los entes reguladores debido al incumplimiento en la liquidación*” y de corrupción “*Posibilidad de afectación económico y/o reputacional de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para el direccionamiento de un contrato*”, al concluir la no materialización de éstos en el marco del presente ejercicio de auditoría.

2.2 Recomendaciones

2.2.1 Fortalecimiento de acciones y evidencia respecto de los controles definidos para los riesgos de gestión de los procesos “Gobierno y Gestión de Datos e Información” actividad clave de éxito “Gestionar documentos”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación al proceso “*Gobierno y Gestión de Datos e Información*” actividad clave de éxito “*Gestionar documentos*”, con el propósito se realicen los análisis que se consideren pertinentes, bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación conducentes a posibilitar robustecer las acciones definidas para el control del riesgo “*Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido al inadecuado manejo del expediente físico o electrónico, durante el ciclo de vida del documento (Archivo Central, Archivo de Gestión, Archivo Histórico)*”, objeto de evaluación, y con ello, analizar si la acción “*Actualizar los Riesgos de gestión y de Corrupción, de considerarse pertinente. (todas las partes interesadas)*”, resulta aportar de manera “*preventiva*” y no “*reactiva*” a fin de evitar la materialización del riesgo.

2.2.2 Gestiones a fin de mitigar la materialización del riesgo de gestión “Posibilidad de afectación económica por el deterioro ocasionado a los documentos debido a los efectos naturales y/o destrucción del patrimonio documental por terceros”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, a fin de evitar que el riesgo objeto de evaluación se materialice, por la utilización de elementos que resulten nocivos para preservación del patrimonio documental de la Entidad, dirija estas gestiones efectuando controles a los agentes químicos que se podrían estar utilizando para la limpieza referida por el Grupo de Gestión Documental, toda vez que se indicó: “Acumulación de polvo en el archivo central e inadecuada ejecución de procesos de limpieza documental”, - “teniendo en cuenta que en los documentos contractuales no existe una obligación taxativa sobre la realización de limpieza por parte del contratista, esta actividad se realiza como una actividad conexas al saneamiento ambiental y las fumigaciones contractualmente pactadas.

Dentro de las obligaciones del nuevo contrato que se suscriba, está de manera taxativa la obligación de realizar limpieza al depósito donde reposa el acervo documental.

Adicionalmente, parte de la limpieza se realizó a través del personal de aseo asignado por parte de la entidad y la evidencia se presentó mensualmente en el formato de residuos”.

2.2.3 Ejecución Proyectos de Inversión

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera observación al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, tendiente a efectuar las gestiones que se consideren necesarias para aumentar en lo que resta de la vigencia 2023, los márgenes de ejecución de los recursos asignados, posibilitando incrementar el porcentaje de obligación en beneficio de las labores desarrolladas por la Superintendencia Nacional de Salud, aunado, a evitar eventuales reducciones presupuestales en inversión.

2.2.4 Determinar la pertinencia de riesgos gestión y evidencia respecto de los controles y acciones definidos para el proceso “Gestión de Bienes y Servicios” actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera recomendación al proceso “Gestión de Bienes y Servicios” actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”, analizar, bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, si los riesgos de gestión objeto de evaluación, tal y como están configurados, resultan ser “reactivos” y no “preventivos” al encontrarse sujetos a que solo un ente de control pueda generar la materialización de los mismos, aunado a lo anterior, analizar la posibilidad de redefinir las evidencias establecidas tanto para los riesgos de gestión como de corrupción, para acreditar la ejecución de controles o acciones de mitigación, a fin de que estas sean efectivamente el reflejo de la gestión emprendida en cada control o acción de mitigación.

2.3 Observaciones

2.3.1 Gestiones tendientes a disminuir reprocesos

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera observación al proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información” - actividad clave

de éxito “*Gestionar documentos*”, toda vez que en la Dirección Regional Orinoquía, fueron identificadas actas que corresponden al segundo semestre de la vigencia 2023 en donde las encuestas relacionadas en las actas correspondientes no guardan relación respecto de lo que físicamente se encuentra archivado, lo cual potencialmente puede afectar la numeración de la foliación y conllevar a una transferencia de archivos defectuosa, generando reprocesos y costos adicionales para la entidad, igualmente es importante que al amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros que se establecen en la Entidad.

2.3.2 Gestiones para atender “*Diagnóstico Integral de archivos*” del “*Plan Institucional de Archivos de la Entidad*”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera observación al proceso “*Gobierno y Gestión de Datos e Información*” - actividad clave de éxito “*Gestionar documentos*”, tendiente a que se efectúen las gestiones que se consideren necesarias para aumentar en la vigencia 2024, las acciones que permitan una mayor inmediatez respecto de las mejoras que deban emprenderse en virtud del “*Diagnóstico Integral de archivos en el marco del Contrato 139 de 2022*” y con ello, evitar la materialización de riesgos de gestión contemplados sobre el particular.

2.4 No Conformidades

2.4.1 Debilidad en lo establecido en la TRD V4 y el “*Sistema de Gestión Documental*” (SuperArgo)

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “*Gobierno y gestión de datos e información*” - actividad clave de éxito “*Gestionar documentos*”, toda vez que se identificó, que la clasificación de algunos tipos documentales en el sistema anteriormente referido no corresponde a lo definido en la TRD V4, por parte de las Direcciones Regionales objeto de la muestra de auditoría; sobre el particular, es necesario precisar, que si bien la Entidad por factores de rediseño Institucional se ve avocada a efectuar gestiones que permitan de alguna manera atender situaciones como las acontecidas a partir de la expedición del Decreto 1080 de 2021, “*Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud*”, también lo es que, durante el ejercicio auditor, no fue aportado documento – acto administrativo, en el cual se regularan o determinaran situaciones de “*transición*” como las anteriormente descritas respecto de la TRD V4 y lo que se encuentra establecido en el “*Sistema de Gestión Documental*” (SuperArgo).

2.4.2 Debilidad en el cumplimiento de lo establecido en la TRD V4

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “*Gobierno y gestión de datos e información*” - actividad clave de éxito “*Gestionar documentos*”, toda vez que, durante el ejercicio de la auditoría, se identificó que respecto de la TRD V4, tipos documentales como “*listas de asistencia*” e “*informes encuestas de satisfacción*”, entre otros, no son realizados por parte de las Direcciones Regionales objeto de muestra de auditoría, aunado a esto, se evidenció que las encuestas físicas no se encuentran digitalizadas en el “*Sistema de Gestión Documental*” (SuperArgo), así como se determina en la TRD

V4, estos documentos deben encontrarse tanto análogamente como digitalmente. Situaciones que potencialmente pueden afectar la correcta gestión del archivo, generando reprocesos y costos adicionales para la entidad, igualmente es importante que al amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros que se establecen en la Entidad.

2.4.3 Debilidad en el “Reporte monitoreo riesgos gestión” del proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se evidenció que en el acta N. 8817 del 17.07.2023, con la cual se efectuaba el “Reporte monitoreo riesgos gestión del proceso Gobierno y gestión de datos e información” en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se indicaba que la reunión de autoevaluación fue desarrollada en virtud de la Resolución 8900 de 2018, aunado a que no se identificó que en la extensión del acta anteriormente referida, se desarrollará temática atinente a los riesgos de gestión: “Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido al inadecuado manejo del expediente físico o electrónico, durante el ciclo de vida del documento (Archivo Central, Archivo de Gestión, Archivo Histórico)” y “Posibilidad de afectación económica por el deterioro ocasionado a los documentos debido a los efectos naturales y/o destrucción del patrimonio documental por terceros” y riesgo de corrupción: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio para ocultar o alterar la documentación análoga y/o electrónica en las diferentes fases de su ciclo de vida que esté bajo custodia en el Archivo de gestión de las dependencias y en el Archivo Central”.

Aunado a lo anterior, se evidencio que el riesgo de gestión: “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición”, no presenta monitoreo de riesgos.

Situaciones que denotan debilidad en el cumplimiento respecto de lo regulado a través del proceso “Gestión de Mejora” – actividad clave de éxito “Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación del riesgo”, aunado, al principio de autocontrol enmarcado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y regulaciones que se disponen en la Entidad en virtud del Sistema Integrado de Gestión.

2.4.4 Materialización Riesgo de Gestión

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, al identificar en las dependencias objeto de auditoría, esto es, Direcciones Regionales Orinoquía y Andina, que las TRD V4 establecidas para cada una de ellas y aprobadas por las instancias competentes, no se realizan a plenitud y con ello, el control “El técnico, tecnólogo o profesional de archivística, verifica la aplicación de la TRD y el diligenciamiento del formato único de inventario documental por parte de las áreas que administran la documentación, de manera trimestral, para garantizar una eficiente gestión documental” no resultó generar la efectividad necesaria para evitar que estas situaciones se presentaran, por ende, se concluye que de acuerdo a la definición del riesgo de gestión, el cual señala “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos

identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición, la materialización del riesgo objeto de evaluación.

2.4.5 Debilidad en las actuaciones ante presunta pérdida de información

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que ante la presunta pérdida de información (caja N.27), se evidenció que, han transcurrido un poco más de 7 meses, sin que se cuente con informe que unifiquen, precise y defina si se presentó o no pérdida de información, para con ello, desarrollen las gestiones y trámites que se consideren necesarios y pertinentes, con la inmediatez que requiere el asunto, esto, de conformidad a las regulaciones⁸ que se disponen para el tratamiento de situaciones como las expuestas, actuaciones que deben ser desarrolladas en coordinación con la Superintendencia Delegada de Aseguramiento en Salud.

De conformidad con lo anterior, la Oficina de Control Interno manifiesta que al amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros establecidos por la Entidad.

2.4.6 Debilidad en el cumplimiento de la Resolución 2021160000013752-6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se detectó debilidad frente al seguimiento que se debió efectuar a plenitud al plan de tratamiento N.1231, por la materialización del riesgo “Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido a la inadecuada manipulación del expediente en calidad de préstamo”, lo cual evidencia desviación frente a lo establecido en la resolución que regula los temas mínimos a tratar en las reuniones de autoevaluación, situación que resulta altamente relevante máxime cuando el suceso que motivara el plan tratamiento obedece a la materialización de un riesgo de gestión.

Aunado a lo anterior, se evidencia incumplimiento respecto de lo preceptuado en la “actividad clave de éxito” – “Ejecutar Plan de Mejoramiento” cuya descripción señala: **“El líder del proceso como responsable de realizar las acciones definidas en el plan de mejoramiento, se soportará en el profesional del área designado como gestor; a través de este último se promoverá que las acciones a tomar se realicen de acuerdo con las fechas establecidas. Cuando se culminen las acciones deberá realizar seguimiento y evaluación indicando si éstas fueron eficaces, lo anterior a través del aplicativo dispuesto por la entidad”**. (Negrillas Extratextuales).

Así las cosas, es menester que en los espacios de autoevaluación se aborde de manera pormenorizada lo relativo a la “Mejora” y “Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción”, donde se revise la adecuada ejecución de los procesos liderados por el área, se efectúe seguimiento a las

⁸ Acuerdo 007 de 2014 del Archivo General de la Nación o las normas que lo sustituyan, Resolución No. 2022930030001336 - 6 de 2022- Art. N. 30, Manual de Administración del Riesgo (DEMN02) y demás que apliquen.

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 de permitir que el escenario de autoevaluación de manera efectiva contribuya con el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados institucionales.

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 “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos” y “Gestión de Bienes y Servicios” actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”, para el primer semestre de la vigencia 2023; para lo cual contó con el oportuno suministro por parte de los líderes de los procesos auditados, respecto de la información que les fuera requerida.

3.2 Si bien la Superintendencia Nacional de Salud a través de los procesos que desarrolla, por factores de rediseño Institucional se ve avocada a afrontar nuevos retos y con ello efectuar gestiones que permitan de alguna manera atender situaciones como las acontecidas a partir de la expedición del Decreto 1080 de 2021, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”, también lo es que éstas dinámicas deben ser desarrolladas evitando que situaciones adversas o no contempladas puedan llegar a afectar su normal desarrollo, efectuando los análisis del caso que posibiliten brindar mejoramiento continuo conforme se expuso en el cuerpo del presente informe.

3.3 La Oficina de Control Interno en calidad de tercera línea de defensa y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, concluye que si bien los procesos objeto de auditoría cuentan con un alto grado de conformidad respecto de los criterios de auditoría tenidos en cuenta, donde para ello, se agotan las etapas previstas en los procedimientos definidos, se gestiona y administran riesgos de gestión y corrupción, se ejecutan en forma adecuada los proyectos de inversión a su cargo, entre otros, también lo es que existen oportunidades de mejora, que de alguna manera deben ser objeto de análisis y emprendimiento de gestiones que permitan que los procesos junto con sus actividades clave de éxito se desarrolle de manera dinámica y así, poder disminuir la probabilidad de materialización de los riesgos tanto de gestión como de corrupción y con ello, la definición de controles, actividades y la adecuada gestión de monitoreo, lo anterior en acogimiento de postulados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), y con ello los definidos en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.

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. 20231400000132213 del 30 de noviembre 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 07 de diciembre de 2023.

Sobre el particular debe indicarse que por parte de la Dirección de Innovación y Desarrollo como líder del proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos” no se presentaron observaciones al informe preliminar de auditoría.

4.1 Respuesta al informe preliminar por parte de la Dirección Administrativa - Grupo Gestión Documental respecto del proceso auditado “Gobierno y gestión de datos e información” – actividad clave de éxito “Gestionar Documentos”

La Dirección Administrativa de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante radicado N. 20239300000134903 del 07 de diciembre de 2023, dio contestación al informe preliminar de auditoría al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos” en los siguientes términos:

“Desde la Dirección Administrativa y el Grupo de Gestión Documental, presentamos las siguientes consideraciones para ser tenidas en cuenta en el análisis final del informe preliminar presentado por la OCI con memorando 20231400000132213 y que están relacionadas con las no conformidades expuestas en el marco de la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno -OCI- a la actividad clave de éxito “Gestionar documentos” perteneciente al proceso de “Gobierno y Gestión de Datos e Información

Frente a las Observaciones y Recomendaciones definidas, las encontramos pertinentes y enfocadas a la mejora continua de las gestiones desarrolladas, por lo tanto, se encausarán para continuar con mejores resultados.

2. HALLAZGOS

2.4 No Conformidades

2.4.1 Debilidad en lo establecido en la TRD V4 y el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo)

“El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se identificó, que la clasificación de algunos tipos documentales en el sistema anteriormente referido no corresponde a lo definido en la TRD V4, por parte de las Direcciones Regionales objeto de la muestra de auditoría; sobre el particular, es necesario precisar, que si bien la Entidad por factores de rediseño Institucional se ve avocada a efectuar gestiones que permitan de alguna manera atender situaciones como las acontecidas a partir de la expedición del Decreto 1080 de 2021, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”, también lo es que, durante el ejercicio auditor, no fue aportado documento – acto administrativo, en el cual se regularan o determinaran situaciones de “transición” como las anteriormente descritas respecto de la TRD V4 y lo que se encuentra establecido en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo)”.

Respuesta.

Se acepta la No Conformidad, en razón a que estos efectos son consecuencia de la falta de apropiación de los lineamientos por parte de las diferentes dependencias, entre estas las Regionales, que frecuentemente incurrir en:

- Falta sentido de apropiación en la aplicación de los conocimientos transferidos a los referentes documentales, vía capacitaciones y sensibilizaciones que realiza el Grupo de Gestión Documental -GGD.*
- Imposibilidad de conseguir con éxito la aplicación de las Tablas de Retención Documental, debido a la alta rotación de personal responsable de los archivos.*

2.4.2 Debilidad en el cumplimiento de lo establecido en la TRD V4

“El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que, durante el ejercicio de la auditoría, se identificó que respecto de la TRD V4, tipos documentales como “listas de asistencia” e “informes encuestas de satisfacción”, entre otros, no son realizados por parte de las Direcciones Regionales objeto de muestra de auditoría, aunado a esto, se

evidenció que las encuestas físicas no se encuentran digitalizadas en el “Sistema de Gestión Documental” (SuperArgo), así como se determina en la TRD V4, estos documentos deben encontrarse tanto análogamente como digitalmente. Situaciones que potencialmente pueden afectar la correcta gestión del archivo, generando reprocesos y costos adicionales para la entidad, igualmente es importante que al amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros que se establecen en la Entidad”.

Respuesta.

Se acepta la No Conformidad, en razón a que estos efectos son consecuencia de la falta de apropiación de los lineamientos por parte de las diferentes dependencias, entre estas las Regionales, que frecuentemente incurrir en:

- Falta sentido de apropiación en la aplicación de los conocimientos transferidos a los referentes documentales, vía capacitaciones y sensibilizaciones que realiza el Grupo de Gestión Documental -GGD.
- Imposibilidad de conseguir con éxito la aplicación de las Tablas de Retención Documental, debido a la alta rotación de personal responsable de los archivos.

2.4.3 Debilidad en el “Reporte monitoreo riesgos gestión” del proceso “Gobierno y gestión de datos e información” – actividad clave de éxito “Gestionar documentos”

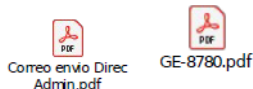
“El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se evidenció que en el acta N. 8817 del 17.07.2023, con la cual se efectuaba el “Reporte monitoreo riesgos gestión del proceso Gobierno y gestión de datos e información” en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se indicaba que la reunión de autoevaluación fue desarrollada en virtud de la Resolución 8900 de 2018, aunado a que no se identificó que en la extensión del acta anteriormente referida, se desarrollará temática atinente a los riesgos de gestión:

“Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido al inadecuado manejo del expediente físico o electrónico, durante el ciclo de vida del documento (Archivo Central, Archivo de Gestión, Archivo Histórico)” y “Posibilidad de afectación económica por el deterioro ocasionado a los documentos debido a los efectos naturales y/o destrucción del patrimonio documental por terceros” y riesgo de corrupción: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio para ocultar o alterar la documentación análoga y/o electrónica en las diferentes fases de su ciclo de vida que esté bajo custodia en el Archivo de gestión de las dependencias y en el Archivo Central”. Aunado a lo anterior, se evidencio que el riesgo de gestión: “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición”, no presenta monitoreo de riesgos. Situaciones que denotan debilidad en el cumplimiento respecto de lo regulado a través del proceso “Gestión de Mejora” – actividad clave de éxito “Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación del riesgo”, aunado, al principio de autocontrol enmarcado en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y regulaciones que se disponen en la Entidad en virtud del Sistema Integrado de Gestión”.

Respuesta.

Se acepta la No Conformidad. Sin embargo, se aclara que el acta y evidencia en la que se demuestra el monitoreo de los riesgos señalados descrito así: **Para el primer semestre de 2023, se realizó el monitoreo de riesgos por parte del Grupo de Gestión Documental de acuerdo con riesgos de gestión y corrupción actuales, como base de este ejercicio se contextualizo en esta sesión de autoevaluación los controles con fin de mitigar los riesgos y se alimentó matriz remitida desde la Dirección Administrativa, en la cual se da soporte y/o evidencia de lo efectuado en esta acta, sin embargo, por razones ajenas al Grupo de Gestión Documental no se cargó en el aplicativo ITS, pero si fue aportada a la**

Dirección de innovación y Desarrollo para lo correspondiente. Nos permitimos adjuntar evidencia de la remisión (correo), con el fin de que sea valorada y tomada en cuenta en el análisis por parte de la OCI.



2.4.4 Materialización Riesgo de Gestión

“El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, al identificar en las dependencias objeto de auditoría, esto es, Direcciones Regionales Orinoquía y Andina, que las TRD V4 establecidas para cada una de ellas y aprobadas por las instancias competentes, no se realizan a plenitud y con ello, el control “El técnico, tecnólogo o profesional de archivística, verifica la aplicación de la TRD y el diligenciamiento del formato único de inventario documental por parte de las áreas que administran la documentación, de manera trimestral, para garantizar una eficiente gestión documental” no resultó generar la efectividad necesaria para evitar que estas situaciones se presentaran, por ende, se concluye que de acuerdo a la definición del riesgo de gestión, el cual señala “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición”, la materialización del riesgo objeto de evaluación”.

Respuesta.

Se acepta la No Conformidad, en razón a que estos efectos son consecuencia de la falta de apropiación de los lineamientos por parte de las diferentes dependencias, entre estas las Regionales, que frecuentemente incurrir en:

- Falta sentido de apropiación en la aplicación de los conocimientos transferidos a los referentes documentales, vía capacitaciones y sensibilizaciones que realiza el Grupo de Gestión Documental -GGD.
- Imposibilidad de conseguir con éxito la aplicación de las Tablas de Retención Documental, debido a la alta rotación de personal responsable de los archivos.

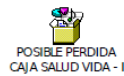
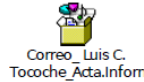
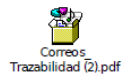
2.4.5 Debilidad en las actuaciones ante presunta pérdida de información

“El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que ante la presunta pérdida de información (caja N.27), se evidenció que, han transcurrido un poco más de 7 meses, sin que se cuente con informe que unifique, precise y defina si se presentó o no pérdida de información, para con ello, desarrollen las gestiones y trámites que se consideren necesarios y pertinentes, con la inmediatez que requiere el asunto, esto, de conformidad a las regulaciones que se disponen para el tratamiento de situaciones como las expuestas, actuaciones que deben ser desarrolladas en coordinación con la Superintendencia Delegada de Aseguramiento en Salud.

De conformidad con lo anterior, la Oficina de Control Interno manifiesta que al amparo de los principios enmarcados en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se efectúen las acciones de autocontrol que se consideren necesarias a fin de garantizar que la operación se encuentre dentro de los parámetros establecidos por la Entidad”.

Respuesta.

Se acepta la No Conformidad, sin embargo, es de anotar que al momento de presentarse la presunta pérdida de información de la caja 27, mencionada en el informe por la OCI, el Grupo de Gestión Documental desplazó acciones de intervención mediatas y a corto plazo, dando acompañamiento a la Delegada de aseguramiento en salud, como consta en los correos e informe adjunto.



A la fecha es de nuestro conocimiento (de manera informal) que la mencionada caja apareció, situación que no fue reportada en su momento al Grupo de Gestión Documental y menos aún a la fecha de manera formalizada, por lo tanto, no se reportó a la Oficina de Control Interno su hallazgo.

Es por lo anterior, y atendiendo a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno que solicitamos programar una reunión para el próximo miércoles 13 de diciembre de manera presencial, a las 8.30 de la mañana, con el objetivo de formalizar mediante acta el hallazgo de la caja aludida, que quede la evidencia respectiva y así dar por concluido parte de este tema, pues se entiende que habrá actividades que realizar posteriormente de conformidad con el Plan de Mejoramiento a formular.

2.4.6 Debilidad en el cumplimiento de la Resolución 2021160000013752-6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”

“El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera No Conformidad al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, toda vez que se detectó debilidad frente al seguimiento que se debió efectuar a plenitud al plan de tratamiento N.1231, por la materialización del riesgo “Posibilidad de afectación reputacional por el daño o pérdida de los documentos debido a la inadecuada manipulación del expediente en calidad de préstamo”, lo cual evidencia desviación frente a lo establecido en la resolución que regula los temas mínimos a tratar en las reuniones de autoevaluación, situación que resulta altamente relevante máxime cuando el suceso que motivara el plan tratamiento obedece a la materialización de un riesgo de gestión”.

(...)

Respuesta.

El PM 1231 es compartido con otras dependencias, y entre las actividades definidas y no cumplidas se encuentra la siguiente:

Actividad	Fecha inicio	Fecha fin	Responsable	Avance
Formular, actualizar y normalizar la base metodológica documental que garantice la implementación de las buenas prácticas en el manejo de los documentos en cadena de custodia (todas las partes interesadas)	26/09/2022	31/03/2023	XXX /Profesional Especializado	60%
Sensibilizar y capacitar en la apropiación de los documentos normalizados para el manejo de los documentos en cadena de custodia (todas las partes interesadas)	26/09/2022	31/03/2023	XXX /Profesional Especializado	100%
Analizar y gestionar en la sede central la implementación de espacios adecuados y seguros para la salvaguarda de los documentos categorizados como cadena de custodia	26/09/2022	26/12/2022	XXX /Profesional Especializado	100%
Actualizar los Riesgos de gestión, seguridad de la información y de corrupción, de considerarse pertinente (todas las partes interesadas)	26/09/2022	26/12/2022	XXX /Profesional Especializado	100%

➤ Análisis Oficina de Control Interno

Ante la respuesta emitida desde la Dirección Administrativa respecto de la auditoría efectuada al proceso “Gobierno y gestión de datos e información” - actividad clave de éxito “Gestionar documentos”, la Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la verificación realizada, restando que las acciones de mejoramiento se materialicen, aspectos estos serán objeto de seguimiento posterior.

4.2 Respuesta al informe preliminar por parte de la Dirección de Contratación respecto del proceso auditado “Gestión de Bienes y Servicios” – actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”

La Dirección de Contratación de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante radicado N. 20239400200135073 del 07 de diciembre de 2023, dio contestación al informe preliminar de auditoría al proceso “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades claves de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual” en los siguientes términos:

“Una vez revisado el informe preliminar de auditoría interna a los procesos “Gobierno y Gestión de Datos e Información” – actividad clave de éxito “Gestionar documentos” y “Gestión de Bienes y Servicios” – actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”, la Dirección de Contratación presenta de manera general las siguientes consideraciones respecto a la recomendación indicada en el citado informe:

A folios 47 al 49 del informe preliminar de Auditoría, la Oficina de Control Interno indicó:

a. Que a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fue creado el plan de tratamiento N. 1349, evidenciándose que para el control fue generada acción referente a “Anualmente realizar el Seminario de Gestión Contractual para la Superintendencia Nacional de Salud”, de la cual se identificó, que presenta un avance del 0%.

b. En lo referente a la acción “Realizar trimestralmente un Conversatorio jurídico con los funcionarios de la Dirección de Contratación”, se informó de los conversatorios realizados durante a vigencia 2023, aportando como evidencia la presentación de los temas y las listas de asistencia, presentando un avance del 90%.

c. En lo referente a la acción “Anualmente realizar la Inmersión Jurídica contractual para los funcionarios de la Dirección de Contratación”, se informó que en el mes de mayo de 2023, se efectuaron actividades tendientes a la acción referida, de lo cual fueron aportadas soportes de las presentaciones de los conferencistas y listados de asistencia, presentando un avance del 100%.

De conformidad a lo anterior y con fundamento en la evidencia objetiva aportada, la Oficina de Control Interno evidenció que en efecto han sido desarrolladas actividades, presentando un estado de avance general del 63%, esto de conformidad con lo observado a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

De acuerdo con lo señalado por el equipo auditor, la Dirección de Contratación informa que realizó el III Seminario de Supervisión Contractual los días 4 y 5 de diciembre de 2023, evento que estuvo enfocado en las buenas prácticas en la supervisión, para fortalecer y brindar más y mejores herramientas al interior de la Entidad. La actividad contó con las ponencias de expertos en materia jurídica y contractual. Así mismo, se realizaron pruebas de conocimiento en las que participaron los asistentes, para afianzar los conocimientos adquiridos.

*Adicionalmente la oficina de Control Interno indica la **Recomendación N. 2.2.4**, en los siguientes términos:*

“2.2.4 Determinar la pertinencia de riesgos gestión y evidencia respecto de los controles y acciones definidos para el proceso “Gestión de Bienes y Servicios” actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno con fundamento en la evidencia objetiva aportada genera recomendación al proceso “Gestión de Bienes y Servicios” actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”, analizar, bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, si los riesgos de gestión objeto de evaluación, tal y como están configurados, resultan ser “reactivos” y no “preventivos” al encontrarse sujetos a que solo un ente de control pueda generar la materialización de los mismos, aunado a lo anterior, analizar la posibilidad de redefinir las evidencias establecidas tanto para los riesgos de gestión como de corrupción, para acreditar la ejecución de controles o

acciones de mitigación, a fin de que estas sean efectivamente el reflejo de la gestión emprendida en cada control o acción de mitigación. Sin embargo, el equipo auditor de la Oficina de Control pone a consideración del líder del proceso “Gestión de Bienes y servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”, analizar, bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, si las acciones definidas frente a los controles de los riesgos evaluados resultan guardar relación a efectos de contribuir a un adecuado monitoreo y control de estos, aunado a lo anterior, analizar la posibilidad de redefinir las evidencias establecidas para acreditar la ejecución de controles o acciones de mitigación, a fin de que estas sean efectivamente el reflejo de la gestión emprendida en cada control o acción de mitigación. Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N. 2.2.4**, incorporada en el numeral 2.2 del presente informe de auditoría, al proceso “Gestión de Bienes y servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”. (resaltado fuera de texto).

Frente a la recomendación 2.2.4, la Dirección de Contratación informa a la Oficina de Control Interno las siguientes consideraciones:

- Se adelantará reuniones en el mes de enero de 2024 con la Oficina Asesora de Planeación para actualizar el término: “ente de control” y vincular componentes intermedios que permitan el entendimiento de una mitigación de riesgos de manera preventiva. Sin embargo, se aclara que todos nuestros controles y acciones establecidos en los riesgos tanto de gestión como de corrupción apuntan a la actividad preventiva que tiene la Dirección de Contratación respecto de sus funciones enmarcadas en el Decreto 1081 de 2021, fomentado el conocimiento contractual enfocado a todos los actores que intervienen en la actividad contractual, a través de diferentes eventos de capacitación que permiten adquirir conocimientos teóricos y prácticos, actualizar conocimientos para fortalecer la capacidad de respuesta ante los cambios normativos y retos diarios, incrementando su desempeño al interior de la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual les da mayor confianza para desarrollar las actividades que se originan en las etapas precontractual, contractual y postcontractual.

Así las cosas, la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Dirección de Contratación, ha previsto la necesidad de la realización de eventos denominados: “Inmersión Jurídica Contractual” dirigida a los funcionarios de la Dirección de Contratación, “Seminario de Actualización Contractual”, “Mesas de trabajo con Supervisores” dirigido a los supervisores y funcionarios de la entidad que tiene relación con la actividad contractual, seguimiento mensual de ejecución de programación de Plan Anual de Adquisiciones, socialización estadísticas de radicación en comités directivos y autoevaluación de Secretaría General y demás reuniones de asesoría en gestión contractual solicitadas por las diferentes dependencias.

- Adicionalmente se pone de presente, que resultado del monitoreo de riesgos de gestión y corrupción realizado en julio de 2023 la Oficina Asesora de Planeación no presentó observaciones ni recomendaciones en el informe presentado.
- Para el mes de enero de 2024 se presentará el monitoreo y seguimiento de los controles de los riesgos de gestión y corrupción y cargue de actividades del segundo semestre de 2023.”

➤ **Análisis Oficina de Control Interno**

Ante la respuesta emitida desde la Dirección de Contratación respecto de la auditoría efectuada al proceso “Gestión de Bienes y Servicios” - actividades clave de éxito “Gestionar Etapa Pre, Contra y Post Contractual”, la Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la verificación realizada, restando que las acciones de mejoramiento se materialicen, aspectos estos serán objeto de seguimiento 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)
Johana Patricia Orjuela Gómez, Profesional Universitario (Auditor acompañante)
Revisó y Aprobó: Consuelo Eugenia Vélez Tobón, Jefe Oficina de Control Interno (e)