

Informe final				Día	24	Mes	Noviembre	Año	2022						
Actividad	Auditoría a los Procesos “Gestión Presupuestal y Gestión Contable”														
Objetivo de la Auditoría	Evaluar la operación de los procedimientos; Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Viaje - (GPPD04) y Causación y Cierre Contable – (GCPD01), liderados por la Secretaría General – Dirección Financiera de la Supersalud.														
Alcance	Periodo comprendido entre el 01 de octubre 2021 al 30 de abril de 2022.														
Criterios	<p>Las siguientes son las normas aplicables para el seguimiento de Austeridad en el Gasto</p> <ul style="list-style-type: none"> › Decreto 1080 de 2021, artículo 39, numerales 3, 9 y 15. › Procedimiento “Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Viaje” - (GPPD04) › Procedimiento “Causación y Cierre Contable” – (GCPD01) › Ejecución proyectos de inversión vigencia 2021 (Si aplica). › Mapa de riesgos del Proceso Dirección financiera (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. › Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) › Resolución No. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 (Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS). › Resolución 533 de 2015. › Gestión Documental. <p>Las demás normas que apliquen sobre el particular.</p>														
Equipo Auditor	Francisco Javier Chacón Pineda. Johana Patricia Orjuela Gómez Elba Patricia Guío Pedraza.														
Tabla de Contenido	<p>1. INFORME..... 2</p> <p>1.1 Funciones de conformidad con el Decreto 1080 del 10 de septiembre de 2021, Artículo 39..... 2</p> <p>1.2 Procedimientos. 3</p> <p>1.3 Proyectos de Inversión..... 8</p> <p>1.4 Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles 8</p> <p>1.5 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)..... 12</p> <p>1.6 Resolución N. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”..... 15</p> <p>1.7 Gestión Documental..... 16</p> <p>2. HALLAZGOS..... 18</p> <p>2.1 Conformidades..... 18</p> <p>2.2 Recomendaciones 19</p> <p>2.3 No Conformidades 20</p> <p>3. CONCLUSIONES..... 20</p> <p>4. RESPUESTA AL INFORME PRELIMINAR POR PARTE DE LOS PROCESOS AUDITADOS. 21</p>														
Reunión de Apertura				Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre							
Día	1	Mes	9	Año	2022	Desde	1/09/2022	Hasta	28/11/2022	Día	28	Mes	11	Año	2022
							D / M / A		D / M / A						

1. INFORME

La Oficina de Control Interno, en atención a las actividades definidas en el Plan Anual de Gestión – PAG vigencia 2022, realizó auditoría a los procesos Gestión Presupuestal y Gestión Contable durante los meses de septiembre a noviembre de 2022, razón por la cual, bajo memorando con radicado No 20221400000084583 del día 01 de septiembre de 2022, el equipo auditor solicitó la información correspondiente a la dependencia responsable, quién mediante memorando con radicado No 20229200000087453 del día 8 de septiembre de 2022, Dirección Financiera brindó la respuesta correspondiente.

1.1 Funciones de conformidad con el Decreto 1080 del 10 de septiembre de 2021, Artículo 39.

El Decreto 1080 de 2021 “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”, a través del artículo 39 señala las “Funciones de la Dirección Financiera”, dirección que se encuentra adscrita a Secretaría General, de las funciones relacionadas en el presente Decreto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno evaluó tres (3) funciones que se presentan a continuación:

FUNCIONES DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1080 DEL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2021, ARTÍCULO 39		
No.	Actividad	Verificación OCI
1	<p>“(...)”</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Numeral 3: Registrar, administrar y controlar el Presupuesto de Ingresos y Gastos asignado a la Superintendencia Nacional de Salud.</i> 	De conformidad con la evidencia aportada desde la Dirección Financiera, para el período comprendido entre el mes de octubre de la vigencia 2021 y el mes de abril de la vigencia 2022, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno verificó en el aplicativo SIIF Nación, el registro y control de gastos correspondiente a la cuenta 511119 viáticos y gastos de viaje, concluyendo el cumplimiento de esta función.
2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Numeral 9: Vigilar el cumplimiento de las normas y el manejo de la información presupuestal, tributaria y contable en el desarrollo de las actividades propias del proceso financiero, conforme a las normas y principios legales vigentes.</i> 	El equipo auditor evidenció que la Superintendencia Nacional de Salud para efectos de la clasificación de entidades emitida por el Comité Interinstitucional de la Comisión de Estadísticas de Finanzas Públicas, se encuentra sujeta al ámbito de la Resolución 533 de 2015 y las que la modifican. Adicionalmente, la Dirección Financiera atendiendo lo preceptuado por el gobierno Nacional registra la totalidad de los hechos financieros en el SIIF Nación II. Por lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno concluyó que la función asignada a la Dirección Financiera se cumple.
3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Numeral 15: Adelantar los trámites frente a las solicitudes de comisiones de servicios que requiera la operación de la Superintendencia.</i> 	El equipo auditor de la Oficina de Control Interno verificó la información remitida desde la Dirección Financiera, correspondiente al periodo comprendido entre octubre de 2021 y abril de 2022, evidenciando el cumplimiento de esta función a través del registro y legalización de cada una de las comisiones solicitadas por las dependencias según la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.

Cuadro No. 1 Construcción OCI

1.2 Procedimientos.

El procedimiento para el Grupo de Presupuesto a auditar es el siguiente:

- Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Viaje - GPPD04.

El equipo auditor de la OCI reviso el cumplimiento del procedimiento GPPD04, en lo referente a la gestión de las solicitudes de comisión o autorización de gastos de viaje, mediante la recepción, verificación, solicitud de tiquetes, registro, aprobación y emisión de actos administrativos, pago y legalización en SIIF Nación, para el cumplimiento de la misión de la Superintendencia Nacional de Salud por parte de los funcionarios y contratistas.

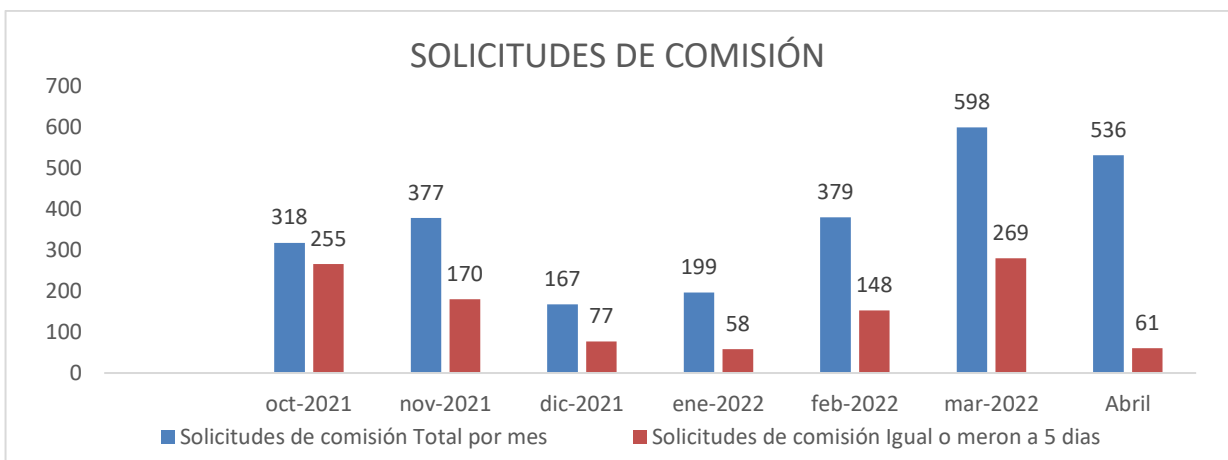
Actividades de Recepción solicitud de Comisión - GPPD04
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar comisión de servicios o autorización gastos de viaje • Revisar solicitud de comisión de servicios o autorización gastos de viaje • Firmar y remitir solicitud al grupo de presupuestos

Cuadro No. 2 Construcción OCI

Políticas de operación procedimiento GDPP04 verificadas:

a) Política de operación No. 4: “La solicitud de comisión de servicios o autorización de gastos de viaje debe ser enviada al correo gpresupuesto@supersalud.gov.co como mínimo con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha en que se iniciará, lo anterior para garantizar que el empleado público o el contratista cuente con los recursos correspondientes por concepto de viáticos y gastos de viaje”.

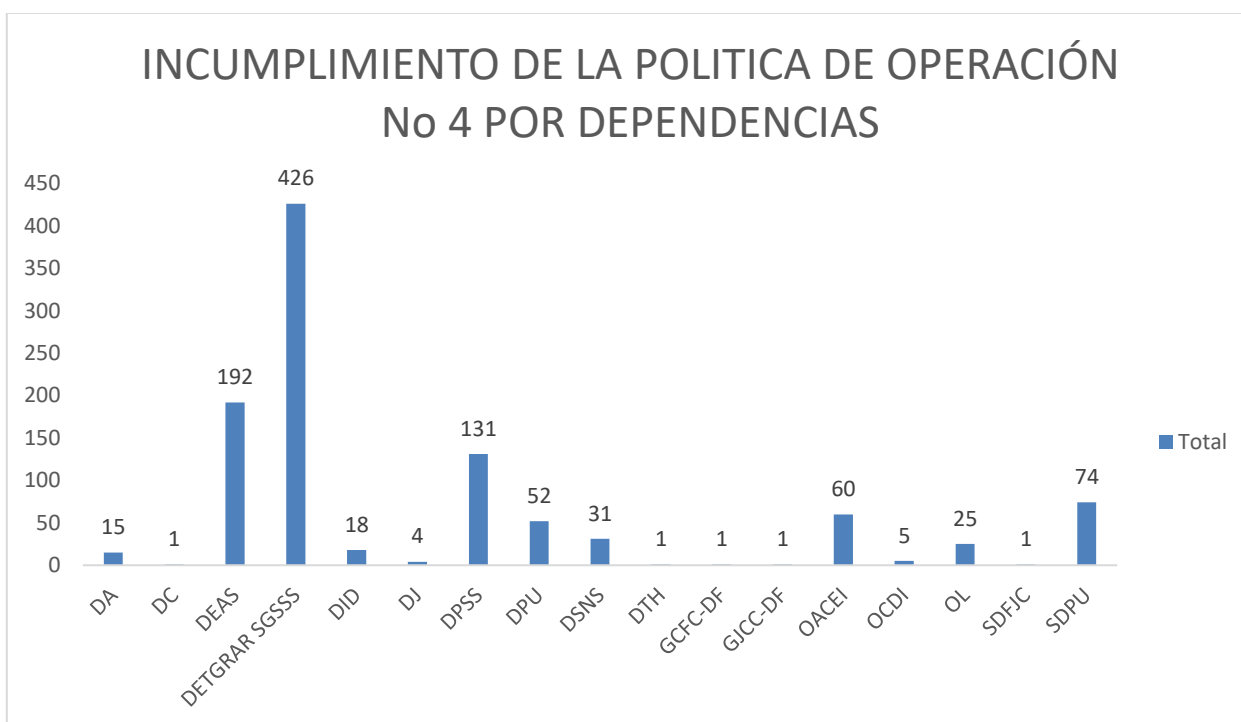
El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que, de acuerdo con el alcance de la auditoria, (entre el 01 de octubre 2021 al 30 de abril de 2022) de un total de 2.574 solicitudes de comisión, 1.038 solicitudes fueron enviadas con un tiempo menor o igual a 5 días hábiles, lo que equivale en forma porcentual a un 40,3%, incumpliendo con lo establecido en la política de operación No. 4:



Grafica No. 1 Construcción propia – OCI.

SIGLAS	
Delegatura Para Entidades De Aseguramiento En Salud	DEAS
Delegatura Para Entidades Territoriales Generadores Recaudadores Y Administradores De Recursos SGSSS	DETGRAR SGSSS
Delegatura Para La Protección Al Usuario	DPU
Delegatura Para Prestadores De Servicios De Salud	DPSS
Despacho Superintendente Nacional De Salud	DSNS
Dirección Administrativa	DA
Dirección Contratación	DC
Dirección De Innovación y Desarrollo	DID
Dirección De Talento Humano	DTH
Dirección Jurídica	DJ
Grupo Control Financiero De Cuentas- Dirección Financiera- Secretaria General	GCFC-DF
Grupo De Jurisdicción De Cobro Coactivo - Dirección Financiera- Secretaria General	GJCC-DF
Oficina Asesora De Comunicaciones Estratégicas e Imagen	OACEI
Oficina De Control Disciplinario Interno	OCDI
Oficina De Liquidaciones	OL
Superintendencia Delegada Para La Función Jurisdiccional Y De Conciliación	SDFJC
Superintendencia Delegada Para La Protección Al Usuario	SDPU

Cuadro No. 3 Construcción propia – OCI.



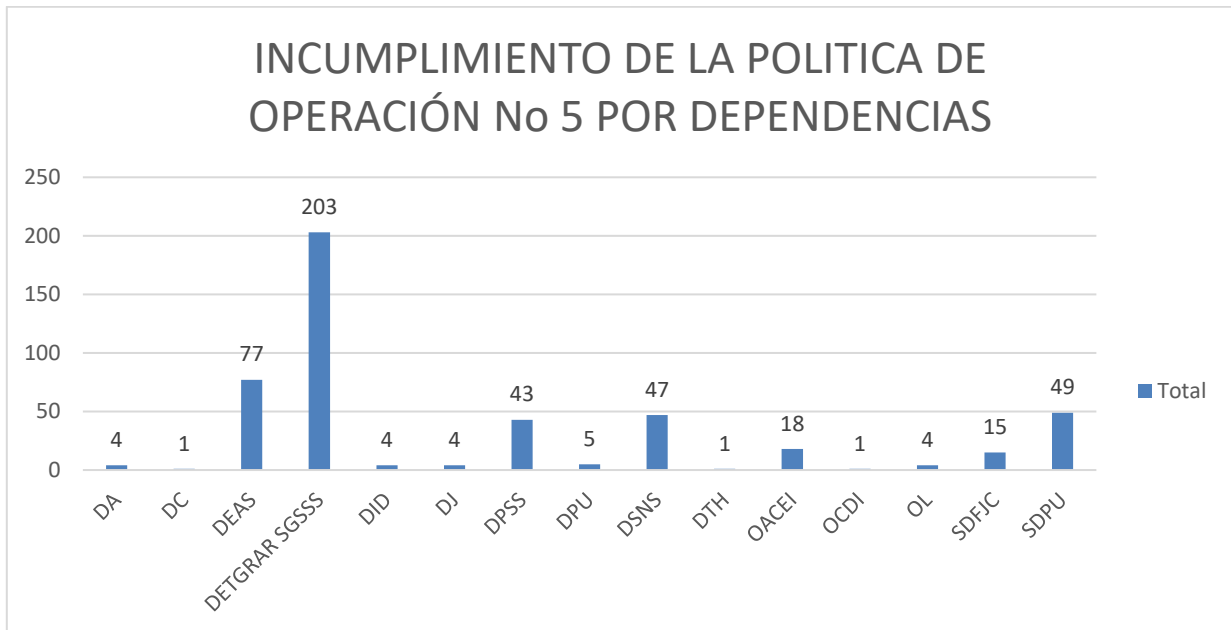
Grafica No. 2 Construcción propia OCI.

En la gráfica anterior se evidencia cada una de las Dependencias con el respectivo número de solicitudes que incumplen con lo establecido en la política de operación número 4 del procedimiento GDPP04 que establece: “La solicitud de comisión de servicios o autorización de gastos de viaje debe ser enviada al correo gpresupuesto@supersalud.gov.co como mínimo con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha en que se iniciará, lo anterior para garantizar que el empleado público o el contratista cuente con los recursos correspondientes por concepto de viáticos y gastos de viaje”.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva la **No Conformidad No. 01** la cual puede ser consultada en el numeral **2.3** del presente informe.

b) Política de operación No 5: “Toda comisión y/o autorización de gastos debe ser legalizada dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su terminación, con los documentos requeridos para el trámite al correo electrónico legalizacionviaticos@supersalud.gov.co asignado al Grupo de Tesorería”.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que, de un total de 2.574 legalizaciones de comisión realizadas entre el 01 de octubre 2021 al 30 de abril de 2022, 476 equivalente al 18,4%, incumplen con lo establecido en la política de operación número 5, como lo muestra la siguiente gráfica:



Gráfica No. 3 Construcción propia – OCI.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva la **No Conformidad No. 02** la cual puede ser consultada en el numeral **2.3** del presente informe.

c) Política de operación No 6: “Los documentos requeridos para legalizar las comisiones o autorizaciones de gastos de viaje son: Certificado de permanencia, soporte de pago del impuesto a la ciudad destino (cuando sea el caso). En relación con el certificado de permanencia, solo se exceptúa el

Superintendente Nacional de Salud, quien confirma por correo electrónico que efectivamente se llevó a cabo la comisión”

Teniendo en cuenta la muestra seleccionada y verificada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidencio el cumplimiento de esta política por cuanto la documentación requerida para cada una de las legalizaciones se encontró soportada.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva la **Conformidad No. 01** la cual puede ser consultada en el numeral **2.1** del presente informe.

El procedimiento establecido para el Grupo de Contabilidad a auditar es el siguiente:

- Procedimiento Causación y Cierre Contable - GCPD01 V8.

El grupo auditor de la Oficina de Control Interno revisó el cumplimiento del procedimiento GCPD01 V8, en lo referente a la gestión de las solicitudes recibidas de las áreas fuente respecto de los hechos económicos a registrar sobre comisión o autorización de gastos de viaje, para el cumplimiento de la misión de la Superintendencia Nacional de Salud por parte de los funcionarios y contratistas.

Así mismo, verificó la afectación contable, aprobación y causación del pago y legalización en SIIF Nación de la SNS para respectivo tramite, en cumplimiento de las siguientes actividades del procedimiento:

Actividades de Causación y Cierre Contable - GCPD01
<ul style="list-style-type: none"> • Generar Información de hechos económicos tengan características cualitativas de conformidad, relevancia, comprensibilidad y oportunidad, sobre la comisión de servicios o autorización gastos de viaje. • Revisar el registro en el aplicativo SIIF Nación sobre la comisión de servicios o autorización gastos de viaje. • Verificar documento fuente para su registro.

Cuadro No. 4 Construcción propia – OCI

Políticas de operación procedimiento GCPD01 V8 revisadas:

a) Política de operación No 2: *“La información contable pública deberá garantizar las características cualitativas de conformidad, relevancia y comprensibilidad, así como deberá suministrarse con la debida oportunidad y calidad al Grupo de Contabilidad”*.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, evidencio que la Superintendencia Nacional de Salud para efectos de la clasificación de entidades emitida por el Comité Interinstitucional de la Comisión de Estadísticas de Finanzas Públicas, se encuentra sujeta al ámbito de la Resolución 533 de 2015 y las que la modifican, esto es, Entidades de Gobierno. Por lo tanto, le son aplicables las normas que para este grupo de Entidades expida el ente regulador en materia contable pública, Contaduría General de la Nación.

Adicionalmente, la Dirección Financiera atendiendo lo preceptuado por el Gobierno Nacional registró la totalidad hechos financieros en el aplicativo SIIF Nación II, cuyos avances y mejoras

han impactado en los tiempos de procesos asociados a la gestión contable y en el mejoramiento de la calidad y oportunidad de la información financiera de la Entidad.

Por otro lado, se evidenció que el aplicativo SIIF Nación II, actualmente no permite el registro automático de algunas operaciones y en algunas ocasiones, los asientos automáticos (reintegros) requieren ser reclasificados.

Frente a esta política de operación, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva la **Conformidad No. 02** la cual puede ser consultada en el numeral **2.1** del presente informe.

b) Política de operación No 3: *“Previo al registro contable de todo hecho económico, de la Entidad en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF Nación II, toda adquisición de costo o gasto con recursos propios o administrados debe tener disponibilidad y compromiso presupuestal”*.

Con respecto a esta política de operación, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidencio que el Grupo de Presupuesto al recibir una solicitud de recursos para una comisión, realiza la asignación del registro presupuestal, con el fin de conservar la debida ejecución de los recursos en el aplicativo SIIF. Es de resaltar que este aplicativo no permite realizar una imputación de gasto para la afectación contable si no tiene asociado de forma previa un registro presupuestal y para que se pueda realizar el registro debe contar con la disponibilidad presupuestal.

Lo anterior evidencia los respectivos controles que tiene el aplicativo administrado por el Ministerio de Hacienda, los cuales minimizan el riesgo de gastos sin respaldo presupuestal.

Frente a esta política de operación, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reafirma la **Conformidad No. 02** la cual puede ser consultada en el numeral **2.1** del presente informe.

c) Política de operación No 4: *“Todo comprobante de contabilidad debe contar con los documentos fuente o soportes de las operaciones respectivos, en cada caso, éstos deberán cumplir los requisitos que señalen las disposiciones legales que le apliquen.*

Surtido el proceso de registro y pago de la transacción, hecho u operación, deberán archivar y conservarse los documentos soporte contable en la forma y el orden en que hayan sido expedidos, bien sea por medios físicos, ópticos o electrónicos”.

Teniendo en cuenta la política de operación anteriormente mencionada, de acuerdo a lo establecido en el régimen contable, los libros auxiliares se soportan en diferentes documentos físicos o virtuales con el total de requisitos tanto comerciales, fiscales, administrativos y legales según corresponda; las comisiones tienen como soporte, una resolución que autoriza la distribución, comunicados a las áreas, formatos de autorización, boletos de avión, copia de consignación de reintegros y certificados de permanencia, estos son considerados soportes documentales idóneos, que reposan en la áreas de acuerdo con el manual de políticas contables.

Frente a esta política de operación, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reafirma la **Conformidad No. 02** la cual puede ser consultada en el numeral **2.1** del presente informe.

1.3 Proyectos de Inversión.

De acuerdo con la respuesta enviada frente a los proyectos de inversión, la Dirección financiera comunicó:

“Informo que ninguno de los tres Grupos (Presupuesto – Contabilidad – Tesorería) de la Dirección Financiera manejan proyectos de inversión, estos son manejados y controlados por la Oficina Asesora de Planeación.”

Así mismo, el Equipo auditor consultó el aplicativo Power BI, verificando que los Grupos Presupuesto y Contabilidad en cabeza de la Dirección Financiera no cuentan con proyectos de inversión a cargo, como se muestra en el siguiente pantallazo.



Imagen No. 1 Fuente: Proyectos Power Bi a cargo de la OAP.

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

La Oficina de Control Interno en el marco de esta auditoría, 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 los procesos “Gestión Presupuestal y Gestión Contable” liderados por la Dirección Financiera, para lo cual se presenta el siguiente análisis:

Proceso “Gestión Presupuestal”.

EVALUACIÓN RIESGO DE GESTIÓN PROCESO “GESTIÓN PRESUPUESTAL”		
Riesgo(s)	Controles	Monitoreo al Control Actividades realizadas
Afectación económica y reputacional por constitución de reservas presupuestales que superen los topes establecidos por la normatividad vigente y que no cumplan con los criterios de fuerza mayor y caso fortuito, debido a la aceptación de solicitudes sin el cumplimiento de los criterios requeridos.	El profesional del Grupo de Presupuesto verifica cada vez que se requiera, que las solicitudes de reserva presupuestal se encuentren debidamente diligenciadas en el formato establecido, que no superen los topes establecidos y cuenten con las firmas correspondientes desde el Supervisor del Contrato hasta la Ordenadora del Gasto, que garantice la aceptación de la justificación para la constitución de la reserva presupuestal. En caso de detectar inconsistencias en la información se devuelve al supervisor del contrato con copia a la Dirección de Contratación. Evidencia: Formato GFFT06-Solicitud Constitución Reservas Presupuestales y correos electrónicos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar que el formato GPFT06 se encuentre debidamente diligenciado y autorizado por las partes competentes 2. Revisar los topes establecidos con relación al valor del contrato. 3. Realizar la retroalimentación a las dependencias de que la justificación que indiquen en el formato de Reservas Presupuestales se refiera a un hecho de fuerza mayor o caso fortuito. 4. Devolución y retroalimentación del diligenciamiento del formato.
Afectación económica y reputacional por sanciones disciplinarias y fiscales por continuación de un proceso contractual sin respaldo presupuestal, debido a que los soportes contractuales no son consistentes para la generación del registro.	El profesional del Grupo de Presupuesto verifica, cada vez que se requiera, que las solicitudes de modificación de un Certificado de Disponibilidad Presupuestal-CDP tengan el visto bueno de la Dirección de Contratación, en caso de no cumplir con lo requerido e identificar alguna inconsistencia en el diligenciamiento del formato se devuelve al área solicitante. Evidencia: Formato de CDP y Correo electrónico institucional de la devolución de la solicitud y retroalimentación de esta.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la versión, fecha, dependencia, rubro, si hay disponibilidad presupuestal en el rubro, si cuenta con las firmas necesarias. 2. Revisar que en caso de solicitud de adición, reducción o anulación del CDP, el formato registre la firma del Grupo de Contratación, para recursos de funcionamiento e inversión 3. Realizar devolución y retroalimentación por correo electrónico del formato GPFT01 en caso de que el mismo no cumpla con los requerimientos mínimos establecidos.
Posibilidad de afectación económica por registros presupuestales inexactos en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación, debido a que los documentos soporte no cumplen con el requerimiento normativo.	El Profesional del Grupo de Presupuesto valida, cada vez que se requiera, que las solicitudes y documentos soporte enviados por las áreas ejecutoras de la entidad, se encuentren debidamente diligenciados en los formatos dispuestos, su información financiera y datos administrativos sean consistentes y la información contenida en ellos sea clara y legible, con el fin de realizar el registro presupuestal en el Sistema Integrado de Información Financiera- SIIF Nación. En caso de detectar inconsistencias en la solicitud se devuelve al área solicitante. Evidencia: Correo Electrónico Institucional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar que la solicitud de registro presupuestal incluya los soportes necesarios para la realización de este. 2. Se solicita al Grupo de Contratación que la información suministrada en la solicitud del registro presupuestal sea uniforme y coherentes entre sí. 3. En caso de que la solicitud de registro presupuestal afecte 2 rubros presupuestales diferentes, el Grupo de Presupuesto solicita al Grupo de Contratación su respectiva distribución. 4. Revisión por parte de un profesional diferente al que realiza el registro, de que el

EVALUACIÓN RIESGO DE GESTIÓN PROCESO “GESTIÓN PRESUPUESTAL”		
Riesgo(s)	Controles	Monitoreo al Control Actividades realizadas
		Registro Presupuestal se encuentre bien realizado frente a los soportes adjuntos.

Cuadro No. 5 Construcción propia OCI.

EVALUACIÓN RIESGO DE CORRUPCIÓN PROCESO “GESTIÓN PRESUPUESTAL”		
Riesgo(s)	Controles	Monitoreo al Control Actividades realizadas
Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por la destinación indebida de los recursos públicos	El coordinador del Grupo de Presupuesto anualmente o cada que se requiera, define los roles y responsabilidades de los funcionarios que integran el equipo y establece la existencia de la rotación de actividades teniendo en cuenta las competencias de cada uno, con el fin de que solo las personas autorizadas tengan el permiso de registrar en el Sistema Integrado de Información Financiera- SIIF Nación. Adicionalmente que dentro del Grupo de Presupuesto se realicen actividades compartidas o rotación de las funciones entre los profesionales, con el fin de que se genere Backup de la información presupuestal y los profesionales puedan detectar fallas o mejoras en los procedimientos del proceso. En caso de detectar deficiencias en los roles establecidos, se realizará reasignación de las actividades. Evidencia. Correo electrónico que el Coordinador del Grupo de Presupuesto envía al tramitador donde se definen nuevos perfiles o se refrendan los mismos para los profesionales, lineamientos de cambios de funciones y actividades compartidas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución de actividades del funcionario que toman su periodo de vacaciones entre los otros profesionales. 2. Cuando un funcionario no desarrolla las actividades asignadas, generando el incumplimiento de las metas establecidas, se realizará reasignación de funciones. 3. Se solicita a la Directora Financiera con copia a la secretaria la asignación de perfiles y token en el SIIF Nación. 4. Se realiza a concertación de objetivos con cada uno de los funcionarios del grupo de presupuesto para determinar las responsabilidades de acuerdo con su perfil. 5. Asignación de actividades compartidas entre los funcionarios del grupo de presupuesto mediante correo electrónico.

Cuadro No. 6 Construcción propia – OCI.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció el registro del monitoreo a los riesgos tanto de gestión como de corrupción del proceso gestión presupuestal de acuerdo con el acta de reunión de autoevaluación número GE-6366 de fecha 11 de enero 2022, donde el grupo de gestión presupuestal plasmó la eficacia de los controles y la no materialización del riesgo, así como el cumplimiento de los planes de tratamiento.

Igualmente, se observó que, la Oficina Asesora de Planeación en su rol de segunda línea de defensa realizó seguimiento al monitoreo de los riesgos y de los controles asociados (*Informe de seguimiento a riesgos correspondiente al periodo comprendido entre enero a julio de 2022*).

Proceso “Gestión Contable”.

EVALUACIÓN RIESGO DE GESTIÓN PROCESO “GESTIÓN CONTABLE”		
Riesgo(s)	Controles	Monitoreo al Control Actividades realizadas
Posibilidad de afectación económica y reputacional por deficiencia en la razonabilidad de los estados financieros de la SNS debido a la falta de oportunidad de las áreas en el reporte de la información respecto de los derechos y obligaciones adquiridos por la entidad de acuerdo con la normatividad vigente.	Cada vez que se reciba la información, el profesional responsable de los registros contables verifica que el reporte de información contable entregado por las áreas fuente cumpla con la calidad y oportunidad de acuerdo con los criterios y las fechas establecidas en el Manual de Políticas Contables de la SNS y normatividad aplicable, en caso de no recibir la información oportunamente y con el lleno de requisitos, se solicitará al área fuente el cambio requerido a través de correo electrónico o memorando interno si es el caso. Evidencia: Correo o memorando	Se adjunta cronograma de trabajo realizado para la actualización del Manual de Políticas Contables. Se adjunta evidencia de los correos de respuesta recibidas por parte de las áreas de Gestión de la entidad, respecto a las observaciones y comentarios del texto final del Manual de Políticas Contables de la entidad para la vigencia 2021-2022. En esta evidencia se incluye respuesta recibida por parte de Tesorería, Control Financieros de Cuentas, Recursos Físicos y Jurídica.
Posibilidad de afectación económica y reputacional por multa y/o sanción de los entes reguladores por inoportunidad en la entrega de los estados financieros, derechos y obligaciones de la SNS, debido a la falta de oportunidad de las áreas en el reporte de la información o desconocimiento de las fechas de reporte oportuno.	El Coordinador de Contabilidad en conjunto con los profesionales del GIT, realizará el seguimiento a las fechas de reporte oportuno y con calidad de los informes internos y externos que deba presentar la Entidad, emitiendo alertas de acuerdo con la matriz elaborada para tal fin, la cual se diseña con los lineamientos emitidos por los diferentes entes de control. En caso de presentar dificultades en el reporte, se notificará a las áreas fuente a través de correo electrónico o al ente regulador mediante comunicación de salida. Evidencia: Correo o radicado de salida.	La Dirección Financiera y la Coordinación de Contabilidad elaboró Matriz en Excel, consolidando los informes que se deben elaborar, consolidar y remitir a entes eternos. Esta matriz contiene el Nombre del Informe, el asunto o temática reportada, la periodicidad con la que se debe presentar, el destinatario del informe, fundamentos básicos que obliga a la entidad a remitir el informe (Sentencias, circulares, resoluciones, decretos, leyes, ETC.) y finalmente el responsable de la presentación del informe

Cuadro No. 7 Construcción propia – OCI.

EVALUACIÓN RIESGO DE CORRUPCIÓN PROCESO “GESTIÓN CONTABLE”		
Riesgo(s)	Controles	Monitoreo al Control Actividades realizadas
Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para omitir o alterar información contable y financiera en los estados financieros.	Verificar semestralmente la distribución de actividades de la dependencia por parte del Coordinador del Grupo de Contabilidad o Profesional asignado con el fin de evitar la concentración de poder en un solo funcionario. En caso de detectar falta de segregación de funciones se rotará la actividad. Evidencia: Actas de revisión de carga laboral.	El Coordinador del Grupo de Contabilidad define las actividades de los profesionales del grupo a través de la Concertación de Objetivos para el primer y segundo semestre. El Coordinador del Grupo ha reasignado actividades de acuerdo con las competencias y cargos de los profesionales del grupo.

Cuadro No.8 Construcción propia – OCI.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció el registro del monitoreo a los riesgos tanto de gestión como de corrupción del proceso gestión contable de acuerdo con el acta de reunión de autoevaluación número GE-4189 de fecha 14 de febrero 2022, donde el grupo de gestión contable plasmó la eficacia de los controles y la no materialización del riesgo, así como el cumplimiento de los planes de tratamiento.

Igualmente, se observó que, la Oficina Asesora de Planeación en su rol de segunda línea de defensa realizó seguimiento al monitoreo de los riesgos y de los controles asociados (*Informe de seguimiento a riesgos correspondiente al periodo comprendido entre enero a julio de 2022*).

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva la **Conformidad No. 03** la cual puede ser consultada en el numeral **2.1** del presente informe.

1.5 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)

De conformidad con el plan de auditoría, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno verificó lo relativo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), con el propósito de identificar su implementación y con ello, generar valor agregado, encaminar la gestión hacia el mejoramiento continuo, se enfocó específicamente a los procesos de gestión presupuestal y gestión contable adscritos a la Dirección Financiera, la cual lidera la política “*Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público*” inmersa en la segunda dimensión denominada “*Direccionamiento Estratégico y Planeación*”.

La intención de esta política es garantizar que las entidades utilicen los recursos presupuestales de manera apropiada y coherente con el fin de obtener las metas y objetivos institucionales, ejecutando su presupuesto de manera eficiente, austera y transparente para lograr un control y seguimiento adecuado.

Se evidencian las siguientes actividades, realizadas por la Dirección Financiera frente a la política mencionada anteriormente:

ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO DE POLÍTICA GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO		
No.	Actividades	Observación OCI
1	Seguimiento de la ejecución presupuestal y PAA con enlaces y la alta dirección.	Se evidencia que la ejecución de esta actividad se realiza mensualmente y es analizada en las mesas de trabajo de la dependencia.
2	Publicación en la página web de la ejecución presupuestal, por transparencia.	Se evidencia la publicación de la ejecución presupuestal disponible en el siguiente enlace: https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/financiera/ejecucion-presupuestal
3	Cargue en la intranet de la ejecución presupuestal	Se evidencia el cargue de la ejecución presupuestal que se encuentra disponible en el aplicativo denominado PowerBi, el cual se puede consultar en el siguiente link: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODc1YTU4YjktMTA3OC00MGRhLTk2NmEtMDY5OWFiMjhmMGViliwidCI6IjE3YzQwYzUxLWlxZGYtNGUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCI6ImMiOiR9

ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO DE POLÍTICA GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO		
No.	Actividades	Observación OCI
4	Seguimiento y control a los indicadores de gestión presupuestal, acorde con las solicitudes de registros de cada una de las dependencias.	Se evidencia que esta actividad se realiza mensualmente y se efectúa el seguimiento y control a los indicadores de gestión presupuestal en las mesas de trabajo tanto del grupo presupuestal, así como las demás áreas transversales.
5	Requerimientos contables – A cargo del Grupo Contable	Se evidencia la publicación en la página web de la institución de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los Estados Financieros: https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/financiera/estados-financieros ✓ Manual de políticas: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/20229200300045686.pdf ✓ Resoluciones Comité de Sostenibilidad Contable: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/20229200300045676.pdf https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/20229200300050756.pdf

Cuadro No. 9 Construcción propia – OCI.

Así mismo, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno verificó la evaluación realizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP en el FURAG 2021 con respecto a la política de Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público, la cual arrojó un cumplimiento del 76.7% de la vigencia 2021.



Imagen No. 2 Fuente: Medición Furag 2021

Está evaluación trajo consigo cuatro (4) recomendaciones que se relacionan a continuación:

RECOMENDACIONES DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA – DAFP POLÍTICA DE GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO FURAG 2021		
No.	Recomendaciones	Observaciones OCI
1	Considerar insumos cuantitativos y herramientas como los análisis de costos de operación, para la elaboración del anteproyecto de presupuesto.	El equipo auditor evidenció la publicación del anteproyecto en la página web del ministerio de Hacienda la cual se puede evidenciar en el siguiente enlace: https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogrnacion/pgn2022/anteproyecto2022
2	Incluir los documentos que permitan identificar, desagregar y controlar los rubros de gasto asociados a cada producto de la cadena de valor de los proyectos de inversión como herramienta de control y seguimiento presupuestal.	El equipo auditor evidenció que, frente a esta recomendación, la Dirección Financiera de acuerdo con la documentación allegada cumple con las actividades propuestas para este lineamiento, sin embargo, la Oficina Asesora de Planeación, por error no seleccionó la tercera opción de la pregunta 25 “¿Cuáles de las siguientes herramientas para control y seguimiento presupuestal utiliza la entidad?” Opción 3: “documentos que permitan identificar, desagregar y controlar los rubros de gasto asociados a cada producto de la cadena de valor de los proyectos de inversión”. Debido a lo anterior, esto generó una calificación inferior en el cumplimiento de esta. Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva la Recomendación No. 01 la cual puede ser consultada en el numeral 3.2 del presente informe.
3	Establecer metas alcanzables en el marco de sus estrategias o planes de austeridad del gasto y ahorro estatal de acuerdo con la normatividad vigente (Decretos de austeridad anuales) para los rubros relacionados con tiquetes y viáticos.	El equipo auditor evidenció en el seguimiento trimestral de austeridad del gasto controles por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad sobre austeridad concretamente en los rubros tiquetes y viáticos, ya que los viajes realizados durante el alcance de esta auditoria fueron en clase económica conforme a lo dispuesto en el Decreto 371 de 08 de abril de 2021 y el Decreto 397 del 17 de marzo 2022.
4	Establecer metas alcanzables en el marco de sus estrategias o planes de austeridad del gasto y ahorro estatal de acuerdo con la normatividad vigente (Decretos de austeridad anuales) para los rubros relacionados con arrendamiento y mantenimiento bienes inmuebles, cambio de sede o adquisición de bienes muebles.	El equipo auditor evidenció que en la actualidad la administración realizó una solicitud a raíz de que existe la necesidad operativa de arrendar un nuevo piso dentro de la estructura de plaza claro, sin embargo, se estudia la opción del trabajo en casa y trabajo alterno para poder liberar puestos de trabajo en el marco del plan de austeridad en el gasto y cumplir los lineamientos decretados.

Cuadro No. 10 Construcción propia – OCI.

Con fundamento en lo anteriormente referido, la Oficina de Control Interno formula **Recomendación N. 1** a los Proceso “*Gestión Presupuestal y Gestión Contable*”, liderado por la Dirección financiera, la cual puede ser consultada en el numeral **2.2** del presente informe.

1.6 Resolución N. 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 efectuó evaluación respecto del cumplimiento a lo establecido en la Resolución No. 2021160000013752-6; donde se revisaron las reuniones realizadas durante el periodo comprendido entre el 1º de octubre 2021 y el 30 de abril 2022 correspondientes a Dirección Financiera y los procesos de Gestión Presupuestal y Gestión Contable.

REUNIONES DE AUTOEVALUACIÓN GESTIÓN PRESUPUESTAL Y GESTIÓN CONTABLE PERIODO OCTUBRE 2021 A ABRIL 2022																
Proceso	Tema a Tratar	Periodicidad	oct-21		nov-21		dic-21		ene-22		feb-22		mar-22		abr-22	
			Cumple		Cumple		Cumple		Cumple		Cumple		Cumple			
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Dirección Financiera	Medición del Desempeño	Mensual	X		X		X		X		X		X		X	
G. Presupuestal			X		X		X		X		X		X		X	
G. Contable			X		X		X		X		X		X		X	
Dirección Financiera	Mejora	Mensual	X		X		X		X		X		X		X	
G. Presupuestal			X		X		X		X		X		X		X	
G. Contable			X		X		X		X		X		X		X	
Dirección Financiera	Proyectos de inversión	Mensual	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
G. Presupuestal			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
G. Contable			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
Dirección Financiera	Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones -PAA	Mensual	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
G. Presupuestal			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
G. Contable			N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
Dirección Financiera	Sistema Integrado de Gestión-SIG	Trimestral	X		X		X		X		X		X		X	
G. Presupuestal			X		X		X		X		X		X		X	
G. Contable			X		X		X		X		X		X		X	
Dirección Financiera	Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción	Mínimo semestral	X		X		X		X		X		X		X	
G. Presupuestal			X		X		X		X		X		X		X	
G. Contable			X		X		X		X		X		X		X	
Dirección Financiera	Revisión por la Dirección	Una vez al año	De la “Revisión por la Dirección” efectuada el 25 de noviembre de la vigencia 2021, no se observó compromisos a cargo de la Dirección Financiera													
G. Presupuestal																
G. Contable																

Cuadro No. 11 Construcción propia – OCl.

Al efectuar 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”*, y en atención a las evidencias aportadas por Dirección Financiera, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno observó que los procesos de Gestión Presupuestal y Gestión Contable cumplen con el desarrollo de las reuniones de autoevaluación de conformidad a los esquemas que se encuentran dispuestos en la mencionada resolución.

Cada proceso adelantó sus reuniones de autoevaluación con participación del grupo interno de trabajo y su coordinador; a su vez, la dirección financiera realizó las reuniones de autoevaluación con los coordinadores de cada proceso como un esquema de autocontrol de la dependencia.

Con fundamento en lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva la **Conformidad No 4**, la cual puede ser consultada en el numeral **2.1** del presente informe.

1.7 Gestión Documental.

Para el desarrollo de este ítem, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno efectuó verificación in situ de la gestión documental y organización de los archivos de Gestión de los procesos *“Gestión Presupuestal y Gestión Contable”*, liderado por la Dirección Financiera, esto en el marco normativo de la función archivística dado a través de Ley 594 de 2000 *“Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”*, que define esta función como *“Actividades relacionadas con la totalidad del quehacer archivístico, que comprende desde la elaboración del documento hasta su eliminación o conservación permanente”*, concepto que es acogido por la Ley 1499 de 2017 *“Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”* (MIPG), el cual contempla en su Dimensión 2, lo atinente a el *“Direccionamiento Estratégico y Planeación”*, ítem que, en su desarrollo, trata lo referente a la interacción entre todas las políticas de gestión y desempeño institucional, el cual tiene en cuenta los lineamientos de la política de Gestión Documental.

De la evaluación, se identificó que se tienen dispuestas estanterías en donde reposan los archivos de gestión que son tramitados por cuenta de los procesos Gestión Presupuestal y Gestión Contable, observando que las carpetas si se encuentran almacenadas en cajas, bien custodiadas.

Proceso “Gestión Presupuestal”.

Proceso “Gestión Contable”.



Imagen N.3 – Fuente propia OCI

Así mismo, se identificaron carpetas completamente diligenciadas como a continuación se ilustra:

Proceso “Gestión Presupuestal”.

Proceso “Gestión Contable”.

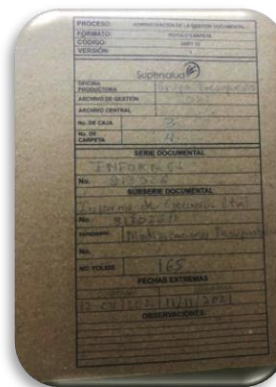


Imagen N. 4 – Fuente propia OCI

Con fundamento en lo anteriormente referido, la Oficina de Control Interno formula la **Conformidad N. 5** a los Procesos “*Gestión Presupuestal* y *Gestión Contable*”, liderado por la Dirección Financiera, la cual puede ser consultada en el numeral **2.1** del presente informe.

2. HALLAZGOS

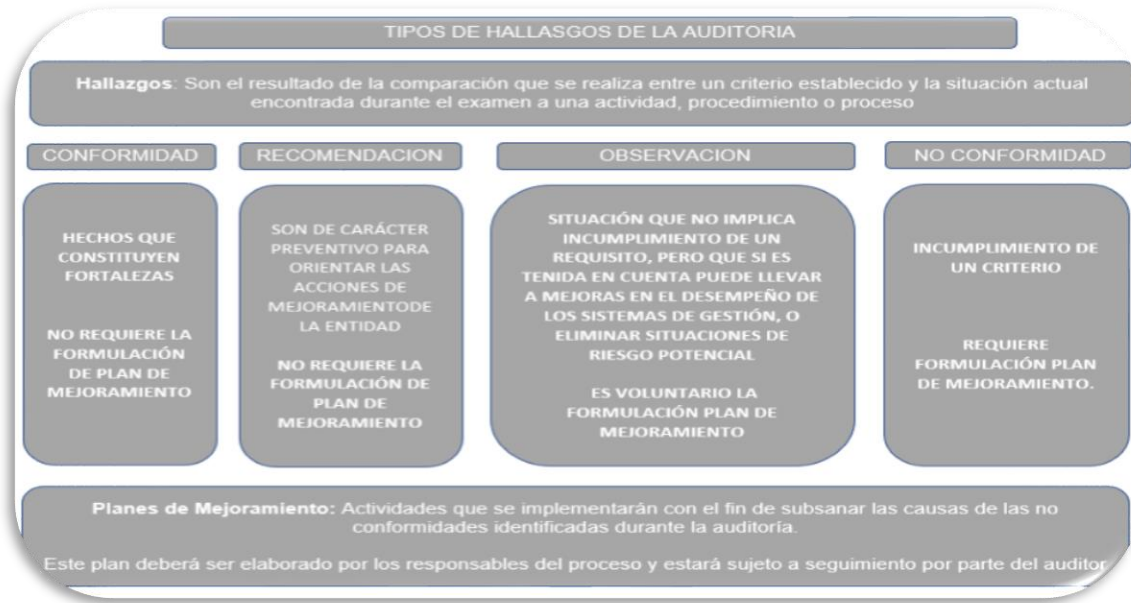


Imagen No 5 Construcción propia – OCl.

2.1 Conformidades

Conformidad No. 01: Cumplimiento a lo preceptuado en la Política de Operación No. 6 del Procedimiento “Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Viaje - GPPD04”.

En cumplimiento a lo establecido en la Política de operación No 6: “*Los documentos requeridos para legalizar las comisiones o autorizaciones de gastos de viaje son: Certificado de permanencia, soporte de pago del impuesto a la ciudad destino (cuando sea el caso). En relación con el certificado de permanencia, solo se exceptúa el Superintendente Nacional de Salud, quien confirma por correo electrónico que efectivamente se llevó a cabo la comisión*” teniendo en cuenta la muestra seleccionada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidencio el cumplimiento de esta por cuanto la documentación requerida para cada una de las legalizaciones se encontró soportada.

Conformidad No. 02: Cumplimiento a lo dispuesto en las políticas de operación No. 2, 3 y 4 del Procedimiento “Causación y Cierre Contable - GCPD01 V8”.

Con sujeción a la evidencia aportada por el Grupo de Contabilidad, se observa que se viene aplicando y dando cumplimiento a las actividades establecidas allí, lo cual está acorde con los criterios evaluados.

Conformidad No. 03: Cumplimiento Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles de los procesos “Gestión Presupuestal y Gestión Contable”.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno eleva conformidad con ocasión a la verificación de la matriz de riesgos de gestión y corrupción a los procesos “Gestión Presupuestal y Gestión Contable”, se observa una adecuada gestión de riesgos a través de la aplicación de controles tendientes a disminuir la probabilidad de materialización de estos ya que cuentan con los atributos correspondientes a periodicidad, registro y responsable idóneo e igualmente, se encuentran documentados en los procedimientos asociados.

Conformidad No. 04: 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 en atención a las evidencias aportadas, por parte de los procesos de Gestión Contable y Gestión presupuestal liderados por Dirección Financiera, identificó el cumplimiento frente a lo preceptuado en la Resolución N. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 “*Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud*” toda vez que las reuniones de autoevaluación son desarrolladas de conformidad a los esquemas que se encuentran dispuestos en los artículos de la mencionada resolución.

Conformidad No. 05: Cumplimiento de parámetros contenidos en normas archivísticas y gestión documental en los procesos “Gestión Presupuestal y Gestión Contable”.

Al verificar las actividades desarrolladas por los grupos Presupuestal y contable liderado por la Dirección Financiera, para realizar la administración y organización de los archivos de gestión, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno concluyó el cumplimiento de lo establecido en la Guía Organización de Archivo de Gestión de la SNS - GDGU01 y normativa emitida por el Archivo General de la Nación, motivo por el cual se formula la presente conformidad.

2.2 Recomendaciones

Recomendación No. 1: Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) – Evaluación en FURAG 2021 con respecto a la política de Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que, frente a las recomendaciones efectuadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP, y de acuerdo con la información allegada por parte de la Dirección Financiera cumple con las actividades propuestas para estos lineamientos, sin embargo es de aclarar que, la Oficina Asesora de Planeación, por error no seleccionó la tercera opción de la pregunta 25 “*¿Cuáles de las siguientes herramientas para control y seguimiento presupuestal utiliza la entidad?*”

Opción 3: “*Documentos que permitan identificar, desagregar y controlar los rubros de gasto asociados a cada producto de la cadena de valor de los proyectos de inversión*”.

Debido a lo anterior, esto generó una calificación inferior en el cumplimiento de esta política, razón por la cual se eleva esta recomendación, con el fin de que la Oficina Asesora de Planeación realice las acciones necesarias para que esta situación no se vuelva a presentar.

2.3 No Conformidades

No Conformidad No. 1: Debilidad en el cumplimiento de la Política de Operación N. 4 del Procedimiento “Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Viaje - GPPD04”. Proceso “Gestión Presupuestal”.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que de acuerdo con el alcance de la auditoría (1 de octubre 2021 a 30 de abril 2022), de un total de 2.574 solicitudes de comisión 1.038 equivalente en forma porcentual a un 40,3%, incumplen con lo establecido en la política de operación número 4 del procedimiento (GPPD04), el cual señala: “*La solicitud de comisión de servicios o autorización de gastos de viaje debe ser enviada al correo gpresupuesto@supersalud.gov.co como mínimo con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha en que se iniciará, lo anterior para garantizar que el empleado público o el contratista cuente con los recursos correspondientes por concepto de viáticos y gastos de viaje*”.

No Conformidad No. 2: Debilidad en el cumplimiento de la Política de Operación N. 5 del Procedimiento “Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Viaje - GPPD04”. Proceso “Gestión Presupuestal”.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenció que de acuerdo con el alcance de la auditoría (1 de octubre 2021 a 30 de abril 2022), evidenció que, de un total de 2574 legalizaciones de comisión, 476 equivalente en forma porcentual a un 18,4%, incumplen con lo establecido en la política de operación número 5 del procedimiento GPPD4, el cual señala: “*Toda comisión y/o autorización de gastos debe ser legalizada dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su terminación, con los documentos requeridos para el trámite al correo electrónico legalizacionviaticos@supersalud.gov.co asignado al Grupo de Tesorería*”.

3. CONCLUSIONES

- El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, de la evaluación a los procesos “*Gestión Presupuestal y Gestión Contable*”, liderado por la Dirección Financiera, concluyó que se cumplió con el objetivo planteado en el presente informe, dando a conocer a la Alta Dirección el desempeño de los procesos enfocados a los procedimientos Comisión de Servicios o Autorización de Gastos de Viaje - (GPPD04) y Causación y Cierre Contable – (GCPD01), de conformidad con la normatividad tanto interna como externa vigente, dentro del tiempo definido como alcance para la presente auditoría.
- El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, concluyó que el proceso “*Gestión Presupuestal*”, con relación a las política de operación 4 del procedimiento GPPD04, el

cual señala: “La solicitud de comisión de servicios o autorización de gastos de viaje debe ser enviada al correo gpresupuesto@supersalud.gov.co como mínimo con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha en que se iniciará, lo anterior para garantizar que el empleado público o el contratista cuente con los recursos correspondientes por concepto de viáticos y gastos de viaje”; evidencio un incumplimiento con lo preceptuado en cuanto al tiempo de solicitud de comisión, constituyéndose en una inobservancia de lo estipulado en el procedimiento GPPD04,

- El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, concluyó que el proceso “Gestión Presupuestal”, con relación a las política de operación 5 del procedimiento GPPD04, el cual señala: *Toda comisión y/o autorización de gastos debe ser legalizada dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su terminación, con los documentos requeridos para el trámite al correo electrónico legalizacionviaticos@supersalud.gov.co asignado al Grupo de Tesorería*; evidenció un incumplimiento con lo establecido en cuanto al tiempo de legalización de comisión, constituyéndose en una desobediencia de lo estipulado en el procedimiento GPPD04.
- Los Grupos de Gestión Presupuestal y Gestión Contable liderados por la Dirección Financiera dan cumplimiento a las reuniones de autoevaluación mensuales establecidas al interior de la Supersalud.
- Se detectaron oportunidades de mejoramiento, principalmente en lo que refiere al registro en el aplicativo FURAG por parte de la Oficina Asesora de Planeación.
- Durante el proceso de auditoria realizado, no se detectaron limitantes que impidieran conseguir el objetivo inicialmente marcado y que conllevaran en esta oportunidad a sugerir soluciones para mejorar o producir oportunidades de mejora.

4.RESPOSTA AL INFORME PRELIMINAR POR PARTE DE LOS PROCESOS AUDITADOS.

La Oficina de Control Interno, con radicado N. 20221400000113593 del 16 de noviembre de 2022, remitió a los líderes de los procesos “Gestión Presupuestal y Gestión Contable”, liderado por la Dirección Financiera adscrita a la Secretaria General, informe preliminar de la auditoria efectuada a los procesos en mención, concediendo un plazo de cinco (5) días hábiles para ejercer el derecho a la defensa y contradicción, el cual venció el 23 de noviembre de 2022.

De lo cual, la Dirección Financiera adscrita a Secretaria General como líder de los procesos anteriormente mencionados, emitió respuesta al Informe Preliminar mediante radicado N. 2022902001000116063 del 23 de noviembre de 2022, indicando lo siguiente:

“De conformidad con el Nurc en referencia dentro del término previsto para su respuesta procedo a ejercer el derecho de defensa a través de la presente comunicación, respecto de no conformidades

plasmadas en el informe preliminar de auditoría a los procesos Gestión Presupuestal y Gestión Contable, la Dirección Financiera, para lo cual se considera indispensable realizar las siguientes precisiones, con el fin de solicitar la reevaluación de los criterios tomados por el equipo auditor que conllevaron a establecerlas y en tal sentido modificar la incidencia de las mismas en el informe final.

No Conformidad No. 1

Respuesta Secretaria General_ Dirección Financiera:

La política de operación incluida en el proceso GDPP04, se estableció considerando los periodos de tiempo mínimos para el desarrollo de las actividades de; control, análisis, registro y reporte oportunos de la gestión presupuestal y de Tesorería, en pro de que el servidor público inicie la comisión de servicios o autorización de gastos de viaje con los recursos para el desarrollo de esta, evitando la generación de hechos cumplidos, y considerando además, el tiempo que tiene establecido el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el abono al beneficiario del pago, el cual es de dos (2) días hábiles.

Así mismo, la citada política, fue:

- *Socializada masivamente, a través de campaña de comunicación (anexo 1)*
- *Se adelantó el diseño y ejecución de estrategias de capacitación, abierta a los enlaces responsables del trámite de solicitud. (Anexo 2)*

...” Artículo 5. Proceso:

...” El formato vigente de solicitud de comisión de servicios o autorización de gastos de viaje, publicado en la intranet, proceso de Gestión Financiera, debe gestionarse, como mínimo con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha en que se iniciará la comisión o el desplazamiento y debe ser enviado al correo electrónico gpresupuesto@supersalud.gov.co – Grupo de Presupuesto, con el fin de garantizar que el servidor público cuente con los recursos correspondientes por concepto de viáticos o gastos de viaje y no genere hechos cumplidos, los cuales serán asumidos por el servidor de la solicitud”... negrilla fuera de texto original

Con el fin de propender por el cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con las comisiones de servicios o autorización de gastos de viaje al interior de la Entidad, el Grupo de Presupuesto de la Dirección Financiera ha adelantado acciones para que las dependencias gestionen la planeación orientada al plazo mínimo establecido, dentro de las cuales se encuentran:

- *Asesoría técnica en la validación, cumplimiento de requisitos, razonabilidad de los montos solicitados frente a la apropiación asignada.*
- *Puntos de control y generación de alertas oportunas, devolución de trámites, entre otras actividades de control de calidad y oportunidad.*
- *Socialización a las dependencias del proceso GDPP04, resaltando la importancia en la correcta planeación de las comisiones de servicios o autorización de gastos de viaje.*
- *Piezas de comunicación enfatizando sobre el tiempo establecido por la Superintendencia para la correcta y oportuna solicitud de comisiones de servicios o autorización de gastos de viaje.*

Como se observa, desde el Grupo de Presupuesto de la Dirección Financiera se han realizado las acciones que se encuentran dentro del alcance de este, encaminadas a una mejor planeación por parte de las dependencias de la Entidad, y que como resultado se refleje en mayor efectividad en el proceso auditado, permitiendo, además, que la Superintendencia, a través de las comisiones de servicios y

autorizaciones de gastos de viaje, cumpla con su misionalidad mitigando el impacto de posibles hechos cumplidos.

De lo expuesto, se observa que si bien, dentro de esta política se tiene contemplado el mínimo, 5 días hábiles, dicho término en varias ocasiones debe flexibilizarse en atención a la necesidad de las áreas ante las diferentes circunstancias imprevistas que surgen para la ejecución de nuestras funciones sin que el citado término corresponda de forma rígida al criterio de tiempo único aplicable para el trámite de envío de solicitud de comisión de servicio, esta flexibilidad está dada por la operación misional de la SNS, generada por eventos de contingencia en el sector salud, en los que se hace imperiosa la presencia de los servidores públicos, razón por la cual y como corresponde al apoyo que brinda la Dirección Financiera y sus equipos de trabajo, se gestiona la totalidad de comisiones.

En caso contrario, no sería posible que la Superintendencia Nacional de Salud hiciera presencia en eventos de contingencia¹ en los que es requerida, lo que explica que los tiempos de solicitud de comisiones, no dependen en todos los casos de la voluntad y/o planeación de las Dependencias, menos aún del equipo de apoyo técnico de presupuesto de la Dirección Financiera.

A pesar de lo anterior, y atendiendo las políticas de operación reguladas por el Ministerio Hacienda y Crédito Público a través del SIIF Nación, el grupo de Presupuesto y Tesorería, gestionan el control y seguimiento al tiempo mínimo de solicitud y legalización de los tramites, y como corresponde a las áreas de apoyo, presenta informes cualitativos y cuantitativos específicos, en los que se documenta la medición de los tramites y su oportunidad.

Estos informes, se escalan a la alta dirección a través del comité institucional de gestión y desempeño siendo enviados a los líderes de proceso desde la Secretaría General (Anexo 3), con el propósito de dar a conocer la gestión fuera de tiempos mínimos deseados, y de ello que se fortalezca en la medida de lo controlable, el ejercicio de planeación.

¹ Como es de su conocimiento, hay eventos en que en razón a las medidas de inspección y vigilancia que deben adoptarse en desarrollo las funciones asignadas en la Ley y por lo tanto deben adelantarse con la más estricta reserva, mitigando la fuga de información hacia los vigilados, razón por la cual se presentan entre otros, solicitudes de desplazamiento en víspera de la materialización de las decisiones adoptadas desde el despacho del Señor Superintendente Nacional de Salud.

Por lo expuesto, se solicita de manera comedida al equipo auditor de la Oficina de Control Interno, eliminar la No Conformidad y modificar su incidencia ² teniendo en cuenta que en un sentido amplio y funcional no se incumple el criterio de tiempo definido en la política, al ser este un término flexible como corresponde para la atención de las funciones de IVC frente a la realidad del sector salud en el país y que mirado en un contexto diferente se evidencia lo contrario en su una suma de valor en la medición permanente y los ejercicios de socialización masivos al respecto que mejoran el ejercicio de planeación de la Entidad, permitiendo que las áreas responsables cumplan con la misionalidad.

² Se tiene previsto que en el próximo comité institucional de control interno se escale esta clase de observaciones presentadas por el despacho a su cargo para que desde el alta gerencia se siga trabajando en la planeación de las comisiones de servicios, reiterando que no todas las comisiones de servicio por se pueden sujetarse al término adoptado en la citada política.

Análisis Oficina de Control Interno.

De acuerdo con la respuesta y las evidencias aportadas por la Dirección Financiera adscrita a la Secretaría General, es de aclarar que el equipo auditor de la Oficina de Control Interno no desconoce las diferentes acciones realizadas por dicha dirección, sin embargo estas no han

sido efectivas para mitigar el incumplimiento por parte de las dependencias solicitantes, luego que el 40,3% del total de las solicitudes de comisión incumplen con lo establecido en la política de operación número 4 del procedimiento (GPPD04), teniendo en cuenta que la Dirección Financiera es líder de la política y responsable de su cumplimiento, razón por la cual se mantiene la **No conformidad N. 1**.

No Conformidad No. 2

Respuesta Dirección Financiera:

“La Dirección Financiera, a través de la política de operación y de la Resolución 2 0 2 2 9 2 0 0 2 0 0 2 4 6 0 – 6 por medio de la cual establece las disposiciones para las comisiones de los empleados públicos y el reconocimiento de los gastos de desplazamiento de los contratistas de prestación de servicios de la Superintendencia Nacional de Salud, y la Resolución 2 0 2 2 9 2 0 0 2 0 0 0 5 7 2 2 - 6 D E 0 6 – 0 9 - 2 0 2 2 que la modifica, estableció los lineamientos que deben cumplir los servidores públicos de la Superintendencia Nacional de Salud que en cumplimiento de sus funciones deban desplazarse a un lugar diferente de su sitio de trabajo para cumplir con la función asignada por la Entidad.

Así mismo, la citada política, fue:

- *Socializada masivamente, a través de campaña de comunicación (anexo 1)*
- *Se adelanto el diseño y ejecución de estrategias de capacitación, abierta a los enlaces responsables del trámite de legalización comisiones (Anexo 2)*

Con el fin de promover el cumplimiento por parte de los servidores públicos, el Grupo de Tesorería de la Dirección Financiera:

- *Ha facilitado canales electrónicos, que eliminaron la gestión documental física, y con ello minimizó tramites y tiempos requeridos para la legalización, que hoy puede generarse desde cualquier lugar, en disponibilidad de tiempo 7/24 y a través de cualquier dispositivo electrónico.*
- *Realiza seguimientos semanales a las legalizaciones de las comisiones o autorización de los gastos de viaje conferidos, solicitando vía correo electrónico la legalización de aquellas que se encuentran próximas a vencer o vencidas.*
- *Mensualmente, a los directivos de la Entidad, se envía el reporte de las comisiones conferidas, indicando en el mismo, aquellas que fueron legalizadas de forma extemporánea o que se encuentran pendientes de legalizar.*
- *Reconocimiento de felicitación, a los Directivos cuyos equipos de trabajo cumplieron con los términos establecidos en la política.*
- *Amable recordación, a los Directivos cuyos equipos incumplían con los criterios*

La aplicación de las disposiciones vigentes en materia de comisiones y gastos de viaje al interior de la Superintendencia son de conocimiento general, no solo porque han sido divulgadas por parte de esta Dirección, sino porque es deber de los servidores públicos acatar el cumplimiento de estas. El Grupo de Tesorería es un facilitador de esta gestión, y propende para que la misma sea oportuna.

Por lo expuesto, se solicita a la Oficina de Control Interno, eliminar la No Conformidad N2 y en su defecto modificar la incidencia de la misma, teniendo en cuenta que esta NO se origina por la falta de gestión del Grupo de Tesorería, sino por el no cumplimiento por parte de los servidores públicos de la Entidad de las disposiciones vigentes y sobre las cuales, el citado Grupo NO puede ejercer control más allá de la

gestión que adelanta actualmente. A contrario sensu, se invita a que desde su despacho se exhorte a todos los funcionarios de la entidad a adoptar como buena práctica la legalización de las comisiones en los términos que el mismo Superintendente Nacional de Salud adoptó implanto acto administrativo.

En los anteriores términos damos respuesta. Cualquier inquietud adicional con gusto será suministrada.

Anexos. Carpeta en 7 zip, denominada Evidencia OCI - Observaciones Preliminar informe Auditoria

Análisis Oficina de Control Interno.

De acuerdo con la respuesta y las evidencias aportadas por la Dirección Financiera adscrita a la Secretaria General, es de aclarar que el equipo auditor de la Oficina de Control Interno no desconoce las diferentes acciones realizadas por dicha dirección, sin embargo estas no han sido efectivas para mitigar el incumplimiento por parte de las dependencias solicitantes, luego que el 18,4% del total de las legalizaciones de comisión incumplen con lo establecido en la política de operación número 5 del procedimiento (GPPD04), teniendo en cuenta que la Dirección Financiera es líder de la política y responsable de su cumplimiento, razón por la cual se mantiene la **No conformidad N. 2.**

Por lo anterior, el presente informe final 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 el equipo auditor de la Oficina de Control Interno solicita al líder 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 acuerdo con los lineamientos institucionales, los cuales estarán encaminados a subsanar las situaciones evidenciadas.

Cordialmente,

JULIO CESAR REYES ZULUAGA

Jefe Oficina de Control Interno (E)

Equipo auditor: Francisco Javier Chacón Pineda

Johana Patricia Orjuela Gómez

Elba Patricia Guío Pedraza

Revisó: Danny Adolfo Herrera Zambrano