

Fecha del Informe final	Día	31	Mes	Mayo	Año	2022
-------------------------	-----	----	-----	------	-----	------

Nombre de la actividad	Informe final de Auditoría a los procesos: Auditoría a los Sujetos Vigilados - AICR01 y Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud - AUCR01
Objetivo de la Auditoría	Establecer el grado de conformidad de la gestión emprendida por los procesos de Auditoría a los Sujetos Vigilados Código AICR01 y Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud Código AUCR01, de conformidad con las funciones asignadas a las Superintendencias Delegadas para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y para la Protección al Usuario, al igual que las Direcciones Territoriales Norte, Nororiental y Orinoquia. La Oficina de Control Interno dará a conocer a la Alta Dirección, la gestión realizada por los procesos objeto de auditoría de gestión, con el fin de, si a ello hay lugar, establecer oportunidades de mejora que conlleven al cumplimiento de los objetivos institucionales.
Alcance	El alcance de la Auditoría, en términos de tiempo corresponde al período octubre 2021 a enero 2022 su verificación.
Criterios	Los criterios a tener en cuenta en la ejecución de la son los siguientes: 1. Funciones de conformidad con el Decreto 1080 de 2021 y demás que aclaren, modifiquen o revoquen. 2. Ley 1949 de enero de 2019. 3. Resolución No. 010815 del 17 de diciembre de 2019 y demás que la aclare, modifique o revoque. 4. Procesos y Procedimientos aprobados en la Entidad - Evaluación efectividad de controles. 5. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2021 (Si aplica). 6. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. 7. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) - Validación MECI Líneas de Defensa. 8. Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 (Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS). 9. Gestión Documental. 10. Adopción e implementación de medidas para mitigar la propagación del virus generado ante pandemia por COVID 19. 11. Considerar los resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad, (Modificaciones a Procesos o Procedimientos con soporte de actividades de Participación y / Rendición de Cuentas). 12. Revisar la medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Equipo Auditor	Luis Alberto Triana Lozada (Auditor Líder) Peter William Vargas Pinilla (Auditor) Guillermo Alberto Corredor Martinez (Auditor)
Tabla de Contenido	1. INFORME. 2 1.1. Proceso Auditoría a los Sujetos Vigilados..... 2 1.1.1. Funciones de conformidad con el Decreto 1080 de 2021 y demás que aclaren, modifiquen o revoquen. 2 1.1.2. Procesos y Procedimientos aprobados en la Entidad - Evaluación efectividad de controles. 6 1.1.3. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2021..... 10 1.1.4. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. 12 1.1.5. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) - Validación MECI Líneas de Defensa..... 19 1.1.6 Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 (Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS). ... 22 1.1.7. Gestión Documental. 25 1.1.8. Adopción e implementación de medidas para mitigar la propagación del virus generado ante pandemia por COVID 19. 28 1.1.9. Considerar los resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad, (Modificaciones a Procesos o Procedimientos con soporte de actividades de Participación y Rendición de Cuentas). 29 1.1.10. Medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional 29 1.2. Proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud Código AUCR01..... 30 1.2.1. Funciones de conformidad con el Decreto 1080 de 2021 y demás que aclaren, modifiquen o revoquen. 30 1.2.3. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2021..... 31 1.2.4. Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. 33 1.2.5. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) - Validación MECI Líneas de Defensa..... 38 1.2.6 Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 (Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS). ... 40 1.2.7. Gestión Documental. 43 1.2.8. Adopción e implementación de medidas para mitigar la propagación del virus generado ante pandemia por COVID 19. 45 1.2.9. Considerar los resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad, (Modificaciones a Procesos o Procedimientos con soporte de actividades de Participación y / Rendición de Cuentas). 46 1.2.10. Revisar la medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional 47 2. HALLAZGOS 47

2.1 Conformidades.....	47
2.2 Recomendaciones.....	48
2.3. Observaciones.....	50
2.4 No Conformidad.....	52
3. CONCLUSIONES.....	52
4. OBSERVACIONES DEL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR.....	53

Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre					
Día	3	Mes	2	Año	2022	Desde	3/02/2022	Hasta	31/05/2022	Día	12	Mes	5	Año	2022
							D / M / A		D / M / A						

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
Julio Cesar Reyes Zuluaga	Luis Alberto Triana Lozada

1. INFORME.

1.1. Proceso Auditoría a los Sujetos Vigilados

1.1.1. Funciones de conformidad con el Decreto 1080 de 2021 y demás que aclaren, modifiquen o revoquen.

Funciones del Despacho del Superintendente Delegado para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS		
Funciones	Cumple/ NO Cumple	Observación OCI
11. Ejercer inspección y vigilancia a las entidades territoriales sobre las actividades de supervisión adelantadas por estas a los sujetos vigilados, en relación con el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI	De conformidad con la evidencia aportada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en el lapso comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se realizaron cincuenta y seis (56) acciones de inspección y vigilancia a entidades territoriales, entre otras las siguientes: ▪Secretaría de Salud y Seguridad Social del Guainía ▪Gobernación del Cesar - Secretaría Departamental de Salud ▪Gobernación de Bolívar, Secretaria Departamental de Salud ▪Gobernación del Valle del Cauca - Secretaria de Salud
13. Verificar, aprobar y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por las entidades territoriales, producto de las acciones de inspección y vigilancia.	SI	De conformidad con la evidencia aportada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en el lapso comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se realizó seguimiento a planes de mejoramiento suscritos por: ▪Secretaria Departamental de Salud del Guaviare ▪Secretaria De Salud Pública De Santiago De Cali ▪Secretaria de Salud y Seguridad Social del Guainía ▪Gobernación del Valle del Cauca - Secretaria de Salud ▪Secretaria de Salud Departamental de Bolívar ▪Secretaria Departamental De Salud Del Meta ▪Secretaria Distrital de Salud de Santa Marta ▪Secretaria Seccional De Salud Del Magdalena
15. Dirigir la operación de la estrategia de la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a los lineamientos del Despacho del Superintendente y en coordinación con las demás dependencias de la entidad.	NO	De conformidad con la evidencia aportada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en el lapso comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se informó al equipo auditor lo siguiente: "La Superintendencia no ha asumido el liderazgo natural frente a la Red de controladores y se realizan acciones reactivas, cuando los riesgos se han materializado, de tal manera que son los organismos de control, normalmente la Procuraduría y la Contraloría, quienes definen la agenda de trabajo. Existe una instancia, la Comisión Nacional de Moralización que sesiona a nivel nacional y regional que, aunque se concentra en temas de corrupción, al ser una instancia de coordinación interinstitucional puede duplicarse o confundirse con la Red de Controladores. Finalmente, no se ha desarrollado el sistema de información común para los actores de la Red que determina la Circular 7 de 2011". Lo anterior resulta ser consistente con la información aportada al equipo auditor de la OCI desde las Direcciones Territoriales motivo de auditoría, donde se confirmó la no

Funciones del Despacho del Superintendente Delegado para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS		
Funciones	Cumple/ NO Cumple	Observación OCI
		continuidad de labores de la estrategia de red de controladores en el país; aspecto que debe ser objeto de análisis y priorización en la medida que el adecuado funcionamiento de la estrategia redunde en la debida protección de los derechos en salud de usuarios del SGSSS. Con fundamento en lo anterior el equipo auditor de la OCI formula la no conformidad N. 1 , incorporada en el numeral 2.4.1 del presente informe.
18. Ejercer inspección, vigilancia y control para que las entidades territoriales y generadores, recaudadores y administradores de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adopten y apliquen un código de conducta y de buen gobierno de conformidad con lo previsto en la normativa vigente.	NO	De conformidad con la evidencia aportada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, se informó y aportó al equipo auditor acta de auditoría realizada al Departamento del Tolima en formato del SIG del día 14 de febrero de 2022; en la misma se indaga si el código de ética existe y ha sido implementado y socializado en ese ente territorial. Adicionalmente se aportó acta de visita o auditoría al Departamento de Santander - Secretaría de Salud del 21 de febrero de 2022, en la cual consta solicitud de aporte del código de conducta y buen gobierno corporativo, esto en el marco de verificación que al respecto realizara la SDET. Sobre el particular el equipo auditor de la oficina de Control Interno debe señalar que, de conformidad con lo establecido por el artículo 3, del Decreto 1765 de 2019 “Por el cual se modifican los artículos 6, 7, 21, 22 y 23 del Decreto 2462 de 2013”, se asignó la función que ahora nos ocupa a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, es decir, desde esa vigencia la SNS tiene a su cargo la verificación de la adopción e implementación del código de conducta y buen gobierno de sujetos vigilados, función esta que, con la entrada en rigor, del Decreto 1080 de 2021, ahora debe ser cumplida por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS respecto de todos los entes territoriales que conforman el Estado Colombiano y cumplen funciones en el sector administrativo de Salud. En ese orden de ideas, la expectativa era que para el periodo ahora auditado por la oficina de Control Interno (octubre 2021 – enero 2022), se contara con evidencia objetiva que diera cuenta de la continuidad en la labor de verificación de adopción e implementación del código de conducta y buen gobierno, toda vez que desde el 2019 esta función se debería estar cumpliendo y al momento de requerir evidencia sobre el particular, se aportó documentación referente a dos (2) auditorías del mes de febrero de 2022, en las cuales se verificó este aspecto en cumplimiento de la función auditada. De este modo sea pertinente indicar que, si bien es cierto se presentan esas dos (2) auditorías como evidencia del cumplimiento de la función, también lo es que, las mismas no se enmarcan en el lapso definido como alcance del presente proceso de auditoría, aunado, a concluir que del universo de vigilados que tiene a cargo la SDET, estas dos (2) auditorías no resultan ser representativas. Con Fundamento en lo anterior el equipo auditor de la OCI formula la no conformidad N. 1 , incorporada en el numeral 2.4.1 del presente informe.
20. Ordenar la realización de auditorías, visitas, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control.	SI	De conformidad con la evidencia aportada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en el lapso comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se realizaron cincuenta y seis (56) acciones de inspección y vigilancia a entidades territoriales, entre otras las siguientes: ▪Alcaldía Municipal de Manaure ▪Gobernación de Caquetá - Secretaria Departamental de Salud ▪Gobernación de Risaralda - Secretaria de Salud Departamental ▪Secretaria de Salud Distrital de Buenaventura
32. Trasladar, a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas o a las instancias competentes, las presuntas irregularidades o asuntos que puedan conllevar infracción de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el análisis técnico realizado.	SI	De conformidad con la evidencia aportada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en el lapso comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se efectuaron un total de ciento dieciocho (118) trasladados a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas para lo de su competencia.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Dirección Territorial Orinoquía

Funciones	Cumple / NO Cumple	Observación OCI
1. Desarrollar actividades de inspección y vigilancia a las entidades territoriales en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la priorización, metodologías, programación y procedimientos establecidos por la Superintendencia Delegada.	SI	La Oficina de Control Interno observó que durante el periodo comprendido entre el octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Orinoquía informó que, no se han realizado aún actividades al respecto, sin embargo, por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS se iniciaron capacitaciones sobre las auditorías de inspección y vigilancia a las entidades territoriales que abarcan los cuatro ejes que son: Aseguramiento, Prestación de servicios, Financiamiento y Salud Pública. Capacitación Modelo de Supervisión Basado en Riesgos 12/01/2022. Capacitación Generalidades Proceso de habilitación Resolución 497 de 2021 y decreto 1848 de 2017 14/01/2022. Socialización del instrumento de evaluación de competencias, Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales – Componente Salud Pública. 18/01/2022. Capacitación eje Prestación de Servicios de Salud tema: Socialización Instrumentos de IV 19/01/2022. Precisando que por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS fue programada la primera visita a la Entidad Territorial del Meta, para los días 11 al 14 de marzo.
4. Adelantar visitas, auditorías, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con las directrices y procedimientos definidos por la Superintendencia Delegada.	SI	La Oficina de Control Interno observó que durante el periodo comprendido entre el octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Orinoquía desarrolló cuatro (4) visitas PRASS - PNV a saber: Hospital San Vicente de Arauca, Hospital M.E. Patarroyo, ESE Jaime Alvarado y Castilla, Empresa Social del Estado ESE Salud Yopal. Así mismo, desarrolló cuatro (4) visitas DAU así: Oficina de atención al usuario Nueva EPS Trinidad, Oficina de Atención al usuario CAJACOPI EPS Puerto Gaitán, Oficina de Atención al Usuario Pijaos EPS Puerto Gaitán, Oficina de atención al usuario Compensar EPS Villavicencio.
7. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por los sujetos vigilados, producto de las acciones de inspección y vigilancia.	SI	La Oficina de Control Interno observó que, durante el periodo comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se realizaron gestiones tendientes al seguimiento que señala la función, sin embargo, los planes de mejoramiento se encuentran en fase de evaluación.
9. Apoyar la operación de la estrategia de la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a los lineamientos institucionales.	NO	La Oficina de Control Interno observó que durante el periodo comprendido entre el octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Orinoquía no efectuó actividades o reuniones con integrantes de Red de Controladores, informando que no se han emitido lineamientos para dar trámite a la misma.
10. Apoyar los procesos de protección al usuario, servicio al ciudadano y participación ciudadana de la Superintendencia en los asuntos que se requieran desde el territorio.	SI	La Oficina de Control Interno observó que durante el periodo comprendido entre el octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Orinoquía efectuó actividades tendientes al cumplimiento de la función, entre otras, como "Asistir en representación de la Superintendencia Nacional de Salud Regional Orinoquía a la mesa de trabajo en competencias institucionales para el apoyo integral y articulado a usuarios con problemas de salud mental".
11. Implementar las políticas, objetivos y lineamientos, impartidas por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI	La Oficina de Control Interno observó que durante el periodo comprendido entre el octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Orinoquía efectuó mesas de trabajo tendientes a "Fortalecer la autoridad sanitaria a través del ejercicio efectivo de IVC a partir de la estrategia de articulación con entes territoriales con enfoque preventivo desde una perspectiva local – departamental - nacional para la protección del derecho a la salud de los usuarios", esto realizada en el Municipio de Paz de Ariporo (Casanare) celebrada los días 21 de octubre y 16 de noviembre y , Mesas de trabajo permanentes ante Covid-19, realizadas en la Ciudad de Yopal, el 21 de octubre de 2021, "Mesa de Seguimiento a la garantía y continuidad de los servicios en salud" celebrada el 12 de noviembre de 2021 en la ciudad de Arauca, Seguimiento a EAPB en la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento para la salud y rutas de riesgos priorizados" celebrada el 12 de noviembre en la ciudad de Yopal.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Dirección Territorial Nororiental

Funciones	Cumple/ NO Cumple	Observación OCI
1. Desarrollar actividades de inspección y vigilancia a las entidades territoriales en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la priorización, metodologías, programación y procedimientos establecidos por la Superintendencia Delegada”.	SI	En el periodo octubre 2021 – enero 2022, se realizaron diez (10) mesas de seguimiento a Flujo de Recursos en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá. Cabe mencionar que, para el mes de febrero de 2022, se programaron dos (2) auditorías para el mes de febrero a las entidades territoriales Departamentos de Norte de Santander y Santander.
4. Adelantar visitas, auditorías, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con las directrices y procedimientos definidos por la Superintendencia Delegada.	SI	La Oficina de Control Interno observó que, durante el período comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Nororiental realizó cinco (5) visitas de PRASS y PNV, aunado, a ocho (8) Visitas DAU.
7. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por los sujetos vigilados, producto de las acciones de inspección y vigilancia.	SI	La Oficina de Control Interno observó que, durante el periodo comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se realizaron seguimiento a ocho (8) Planes de Mejoramiento, producto de visitas de la Dirección de Atención al Usuario en las cuales se contó con el apoyo de la Regional Nororiental.
9. Apoyar la operación de la estrategia de la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a los lineamientos institucionales.	NO	Durante el periodo comprendido entre el octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Nororiental no efectuó actividades o reuniones con integrantes de Red de Controladores.
10. Apoyar los procesos de protección al usuario, servicio al ciudadano y participación ciudadana de la Superintendencia en los asuntos que se requieran desde el territorio.	SI	Durante el periodo comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se realizaron cinco (5) Capacitaciones, tres (3) mesas con EPS, y tres (3) eventos externos.
11. Implementar las políticas, objetivos y lineamientos, impartidas por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI	Debido a que las Direcciones Territoriales en la SNS están adscritas a la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, con ocasión de lo preceptuado por el Decreto 1080 de 2021, esta dependencia ha definido y transmitido línea de trabajo a la Dirección Territorial Nororiental, entre otros, a través de las siguientes actividades: 1. Noviembre de 2021 - Revisión Procedimiento AIPD03 2. Reunión enero de 2022 - Modelo de Supervisión Basado en Riesgos – Procedimientos de Auditoria y Visita 3. Reunión enero de 2022 - Competencias de IVC Eje Prestación de Servicios 4. Reunión enero de 2022 - Mesa de capacitación a Direcciones Regionales en instrumentos de visitas/auditorias 5. Instrumento de evaluación de competencias de Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales – Salud pública.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Dirección Territorial Norte

Funciones	Cumple/ NO Cumple	Observación OCI
1. Desarrollar actividades de inspección y vigilancia a las entidades territoriales en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la priorización, metodologías, programación y procedimientos establecidos por la Superintendencia Delegada.	SI	La Regional Norte, con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en la función referida, en el periodo comprendido entre el 01/10/2021 al 30/01/2022, ha realizado veintidós (22) mesas de seguimiento de flujo de recursos, en los departamentos de Magdalena, Cesar, Sucre, Córdoba, Atlántico, Bolívar y Guajira.
4. Adelantar visitas, auditorías, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con las directrices y procedimientos definidos por la Superintendencia Delegada.	SI	En el periodo comprendido entre el 01/10/2021 al 30/01/2022, la Regional Norte realizó nueve (9) visitas. La Regional realizó acompañamiento a cinco (5) auditorias realizada a vigilados en Santa Marta, Ciénega, Barranquilla y dos al municipio de Soledad.
7. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por los sujetos vigilados, producto de las acciones de inspección y vigilancia.	SI	Para el periodo comprendido entre el 01/10/2021 al 30/01/2022, la Regional Norte, realizó seguimiento a doce (12) Planes de Mejoramiento.

Funciones	Cumple/ NO Cumple	Observación OCI
9. Apoyar la operación de la estrategia de la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a los lineamientos institucionales.	NO	Durante el periodo comprendido entre el octubre de 2021 y enero de 2022, la Dirección Territorial Norte no realizó actividades o reuniones con integrantes de Red de Controladores, manifestando que aún no han recibido lineamientos por parte de la Superintendencia Delegada para entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS.
10. Apoyar los procesos de protección al usuario, servicio al ciudadano y participación ciudadana de la Superintendencia en los asuntos que se requieran desde el territorio.	SI	La Regional Norte, en el periodo comprendido entre el 01/10/2021 al 30/11/2022, con el propósito de dar cumplimiento a la función referida, ha realizado cinco (5) capacitaciones, dieciocho (18) mesas con EPS, al igual ha participado en cinco (5) ferias de atención al ciudadano y un (1) evento denominado "Diálogo con la Supersalud", el cual se realizó en la ciudad de Barranquilla.
11. Implementar las políticas, objetivos y lineamientos, impartidas por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI	En atención a las evidencias aportadas tanto por la Regional Norte al igual que por parte de la Superintendencia Delegada para entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, el equipo auditor constato que la actividad se viene cumpliendo.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

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

Procedimiento visitas Código AIPD03, Versión 8

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, para efectos de la evaluación de efectividad de los controles dispuestos en el procedimiento "visitas", para lo cual se efectuó evaluación a veinte (20) visitas, las cuales fueron ordenadas por el Despacho del Superintendente Nacional de Salud, Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, obteniendo las siguientes conclusiones:

Vigilado	1. Planear Visita	7. Elaborar y aprobar Informe de Visita	10. Trasladar Informe Visita a dependencia / entidad correspondiente	13. Analizar y aprobar el Plan de Mejoramiento	14. Definir mecanismo de Seguimiento al Plan de Mejoramiento	Observaciones OCI
Dirección de Sanidad Policía de Neiva Huila - auto N. 20212000000004 89-7 del 1/12/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Esta vista fue realizada por la SDPU, en atención que el informe fue remitido mediante Oficio No. 20212100101774041 del 30/12/2021, donde se le indica al vigilado que tiene 10 días hábiles para que remitiera el plan de mejoramiento, plazo esté que venció el 14/01/2022, sin que el vigilado hubiera remitido el PM, sin embargo, la SDPU solo remitió un nuevo requerimiento mediante oficio No. 20222100100342431 del 16/03/2022 (43 días hábiles después), recibiendo respuesta por parte del vigilado el 22/03/2022; según evidencias aportadas por el proceso el plan de mejoramiento se aprobó mediante oficio No. 20222100100488581 del 18/04/2022. Lo anterior permite evidenciar que la SDPU realizó la actividad en 93 días hábiles, cuando el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8 tiene establecido que se debe realizar en promedio en 70 días. Ahora bien, el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, indica que el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto este que no fue evidenciado, por lo cual se recomienda sea tenido en cuenta.
COOPSALUD Aracataca Magdalena - auto N. 20215500000004 777 del 26/11/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Norte, en atención a delegación ordenada por la SDPU, de acuerdo con las evidencias aportadas por el proceso cumplió con lo establecido en el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8, excepto la 10. Ahora bien, el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, indica que el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto este que no fue evidenciado, por lo cual se recomienda sea tenido en cuenta.
COOPSALUD, Ciénega de Oro - Córdoba - auto N. 20215500001463 200 del 23/10/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Norte, en atención a delegación ordenada por la SDPU, de acuerdo con las evidencias aportadas por el proceso cumplió con lo establecido en el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8, excepto la 10. Ahora bien, el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, indica que el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto este que no fue evidenciado, por lo cual se recomienda sea tenido en cuenta.

Vigilado	1. Planear Visita	7. Elaborar y aprobar Informe de Visita	10. Trasladar Informe Visita a dependencia / entidad correspondiente	13. Analizar y aprobar el Plan de Mejoramiento	14. Definir mecanismo de Seguimiento al Plan de Mejoramiento	Observaciones OCI
Nueva EPS San Bernardo del Viento Córdoba - auto N. 20215500000004 700 del 26/11/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Norte, en atención a delegación ordenada por la SDPU, de acuerdo con las evidencias aportadas por el proceso cumplió con lo establecido en el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8, excepto la 10. Ahora bien, el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, indica que el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto este que no fue evidenciado, por lo cual se recomienda sea tenido en cuenta.
Nueva EPS del municipio de Cerete del departamento de Córdoba - auto N. 20215500000003 737 del 22/10/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Norte, en atención a delegación ordenada por la SDPU, de acuerdo con las evidencias aportadas por el proceso cumplió con lo establecido en el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8, excepto la 10. Ahora bien, el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, indica que el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto este que no fue evidenciado, por lo cual se recomienda sea tenido en cuenta.
EPS COOSALUD del municipio de Ciénaga de Oro del departamento de Córdoba - auto N. 20215500001463 271 del 22/10/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Norte, en atención a delegación ordenada por la SDPU, mediante Auto de Visita No 20215500001463271 del 22/10/2021, la visita se realizó el 27/10/2021 y el informe de visita fue remitido al vigilado mediante oficio No. 20215500001743221 del 22/12/2021, 37 días hábiles después de haber realizado la visita, cuando el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8 establece que se debe realizar en promedio en 30 días hábiles. Ahora bien, el Plan de Mejoramiento fue aprobado mediante oficio No. 20225500000154051 del 14/02/2022, lo que significa que la visita se realizó en 78 días hábiles y el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8, tiene establecido que se realice en promedio en 70 días hábiles.
CAJACOPI EPS del municipio de la Paz en el departamento del Cesar - auto N. 20215500000004 407 del 16/11/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Norte, en atención a delegación ordenada por la SDPU, de acuerdo con las evidencias aportadas por el proceso cumplió con lo establecido en el procedimiento Visitas, código AIPD03, V8, excepto la 10. Ahora bien, el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, indica que el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto este que no fue evidenciado, por lo cual se recomienda sea tenido en cuenta.
ECOOPSOS Municipio de Ubaté / Cundinamarca Auto N. 20212000000003 36-7 del 6/10/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la SDPU, el informe fue remitido mediante Nunc 20212000001509081 del 08/11/2021, el día 22/11/2021 el vigilado allegó Plan de Mejoramiento, el cual fue aprobado con Radicado N. 20222100100023931 del 13/01/2022. El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario, entre ellas la referente a "La EAPB no garantiza el procedimiento para el trámite de PQRD, y no cumple los términos de respuesta establecidos por la SNS, especialmente aquellas que comprenden riesgo de vida", aspecto que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
NUEVA EPS Trinidad / Casanare Auto N. 20215700000003 70-7 del 21/10/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Orinoquía, el informe fue remitido mediante Nunc 20215700001670991 del 18/11/2021; mediante Radicado N. 20219300403776492 del 20/12/2021 el vigilado allegó Plan de Mejoramiento, el cual fue aprobado con Radicado N. 20225700000031581 de fecha 29/12/2021. El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario, entre ellas la referente a "El procedimiento para el trámite de las PQRD regulares, no cumple con los términos establecidos por la SNS, para resolver las quejas", aspecto que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto se recomienda sea tenido en cuenta.
COMPENSAR EPS Villavicencio / Meta Auto N. 20215700000005 11-7 del 15/12/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Orinoquía, el informe fue remitido mediante Nunc 20225700000041121 de fecha 19/01/2022; se hizo necesario efectuar segundo requerimiento del Plan de Mejoramiento, esto mediante Radicado N. 20225700000120721 del 09/22/2022, el vigilado allegó Plan de Mejoramiento, el cual fue aprobado parcialmente con Radicado N. 20225700000031581 de fecha 29/12/2021. Mediante Radicado N. 20225700000190291 del 28/02/2022 fue aprobado totalmente el Plan de Mejoramiento. El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario, entre ellas la referente a "El procedimiento para el trámite de las PQRD regulares, no cumple con los términos establecidos por la SNS, para resolver las quejas", aspecto que de conformidad con lo

Vigilado	1. Planear Visita	7. Elaborar y aprobar Informe de Visita	10. Trasladar Informe Visita a dependencia / entidad correspondiente	13. Analizar y aprobar el Plan de Mejoramiento	14. Definir mecanismo de Seguimiento al Plan de Mejoramiento	Observaciones OCI
						establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
PIJAOS EPS Puerto Gaitán / Meta Auto N. 2021570000005 12-7 del 16/12/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Orinoquía, el informe fue remitido mediante Nunc N. 20225700000061251 de fecha 25/01/2022; se hizo necesario efectuar segundo requerimiento del Plan de Mejoramiento mediante Nunc N. 20229300400200032 del 08/03/2022, el vigilado allegó Plan de Mejoramiento, el cual fue aprobado parcialmente con Radicado N. 20225700000102101 del 04/02/2022. no se aportó evidencia que permita indicar la aprobación de la totalidad del Plan de Mejoramiento. El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario, entre ellas la referente a "No cuenta con un sistema de asignación de turnos que permita medir los tiempos de espera en sala y priorizar a los usuarios preferenciales", aspecto que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
CAJACOPI Puerto Gaitán / Meta Auto N. 2021570000005 09-7 del 16/12/2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Vista realizada por la SDPU, el informe fue remitido mediante Nunc N. 202157000000509-7 del 16/12/2021, el día 22/11/2021 el vigilado allegó Plan de Mejoramiento mediante Nunc 20229300400278342 del 10/02/2022, el cual fue aprobado con Radicado N. 20225700000137771 del 14/02/2022. El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario, entre ellas la referente a "El procedimiento para el trámite de las PQRD regulares, no cumple con los términos establecidos por la SNS, para resolver las quejas", aspecto que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
ESE Jaime Alvarado y Castilla Arauca / Arauca 2021570000003 83-7 del 22.10.2021	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Orinoquía, el informe fue remitido mediante Nunc N. 20224100000047781 del 21.01.2022, mediante radicado N.202293004002486 del 08.02.2022 el vigilado remite el Plan de Mejoramiento. El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario, entre ellas la referente a "genera un riesgo en la operación del plan de vacunación de su jurisdicción al no garantizar la prestación del servicio de Vacunación de manera segura, toda vez que: i) No avala la revisión de apariencia del Biológico ni cuenta con la política de frascos abiertos", aspecto que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
Hospital San Vicente ESE Arauca / Arauca 2021570000003 83-7 del 22.10.2022	Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Visita realizada por la Regional Orinoquía, de conformidad a la evidencia recaudada, se observa que desde la emisión del auto de visita (22.11.2021) a la fecha de la última actuación (21.01.2022), han transcurrido aproximadamente 42 días, se cuenta con informe final, del cual no se tiene evidencia de la remisión al vigilado y demás situaciones que la gestión amerita. El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario, entre ellas la referente a "presenta fallas en la toma y/o Procesamiento de Muestras para COVID-19, toda vez que: i) No garantiza la conservación de muestras congeladas después de las 48 horas a temperaturas de -70°C, ii) No garantiza la trazabilidad del indicador "Tiempo promedio entre la solicitud de prueba y la entrega del resultado", aspecto que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
Clínica del Norte Cúcuta - Auto N. 2021500000003 76-7 DE 22 - 10 - 2021	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	En el informe de esta visita se detalla con precisión como esta IPS presenta fallas en la toma de muestras y procesamiento de muestras para COVID - 19, toda vez que no garantiza la conservación adecuada de muestras asociado a fallas en el embalaje de estas. Al respecto debe indicarse que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia

Vigilado	1. Planear Visita	7. Elaborar y aprobar Informe de Visita	10. Trasladar Informe Visita a dependencia / entidad correspondiente	13. Analizar y aprobar el Plan de Mejoramiento	14. Definir mecanismo de Seguimiento al Plan de Mejoramiento	Observaciones OCI
						Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
ESE Instituto de Salud Bucaramanga - Auto N. 20215000000003 49-7 DE 08 - 10 - 2021	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	En el informe de esta visita se detalla con precisión como esta IPS genera riesgo en el plan de vacunación al no prestar el servicio de manera segura. Sobre el particular debe indicarse que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta, máxime si se tiene en cuenta la connotación del hallazgo detectado por el equipo visitador en ESE Instituto de Salud Bucaramanga.
Unión Temporal MEDISALUD UT - Tunja - Auto N. 20215400000004 72-7 DE 25 - 11 - 2021	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	El informe de visita detalla una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas referentes a sistemas de información y atención al usuario. Sobre el particular debe indicarse que de conformidad con lo establecido por el procedimiento de visita AIPD03 - actividad 10, el incumplimiento de una norma del SGSSS motiva a realizar traslado del informe a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, aspecto que se recomienda sea tenido en cuenta.
NUEVA EPS - Barbosa - Auto N. 20215400000003 92-7 DE 26 - 10 - 2021	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	En el informe de esta visita se detallan una serie de hallazgos frente al cumplimiento de normas del sistema de información y atención al usuario lo cual conforme al informe vulneró normas constitucionales y legales en la prestación de servicios de salud, aspecto que debe ser considerado para efectos de la realización de traslados a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas con el fin emprender la realización de labores de control.
Gobernación de Valle del Cauca - Secretaría de Salud - AUTO N. 20215000000004 16-7 DE 05-11-2021	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	En el informe de esta visita se detallan una serie de hallazgos frente al fallas en las condiciones de control de fechas de expiración de los dispositivos médicos en el Centro de Reserva, el no contar con sistema de georreferenciación que permita el monitoreo y contacto con la red de transporte asistencial del Departamento y falta de inspección y vigilancia a prestadores de servicios de salud en el Departamento, debe considerarse el traslado respectivo a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas para realización de labores de control, atendiendo lo dispuesto en la actividad 10 del procedimiento de visita AIPD03.
FAMISANAR - Bogotá - Auto de visita No. 20212100100005 167DE 22-12-2021	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	En el informe de esta visita se detallan una serie de hallazgos frente a falencias en materia de gestión de Atención al Usuario y algunos asuntos de Participación Ciudadana, destacando hallazgo en relación con oportunidad de respuesta de PQRD, debiendo considerarse el traslado respectivo a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas para realización de labores de control, atendiendo lo dispuesto en la actividad 10 del procedimiento de visita AIPD03.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

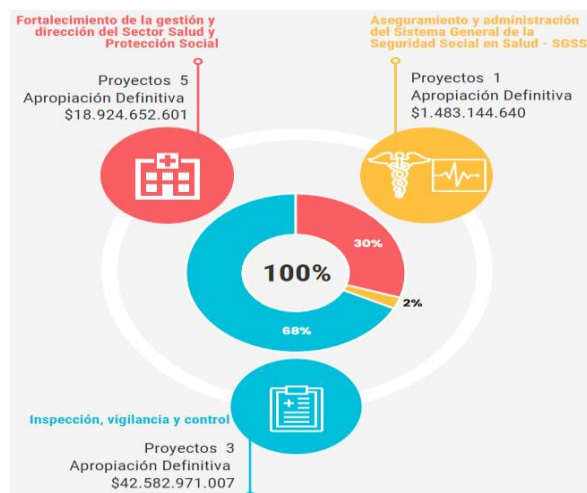
De conformidad con la muestra tomada por parte del equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con el objeto establecer el grado de conformidad en relación con la efectividad de controles establecidos en el procedimiento “visitas Código AIPD03, Versión 8”, se pudo concluir que los controles allí dispuestos en su mayoría se cumplen y resultan ser útiles para el adecuado desarrollo de las etapas o actividades previstas en dicho procedimiento, a excepción del control denominado “Trasladar el Informe de Visita a la dependencia o entidad que corresponda”, el cual de conformidad a la muestra, se identificó que hallazgos de distinta índole alusivos al incumplimiento de normas referentes a sistemas de información, atención al usuario y plan de vacunación, aún no han sido objeto de traslados a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas u otras autoridades según corresponda para efectos de realización de labores de control en el SGSSSS.

Lo anterior, motivó la formulación de la **recomendación N. 1** incorporada en el **numeral 2.2.1** del presente informe, tendiente a que la Superintendencia para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditorías a los sujetos vigilados” y demás actores que intervienen en el mismo, para que en cumplimiento de lo previsto en la actividad N. 10 del referido procedimiento, efectué los traslados a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas para efectos de realización de labores de control,

máxime si se tiene en cuenta la connotación de algunos hallazgos en ejercicio de las visitas efectuadas.

1.1.3. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2021

De acuerdo con lo establecido, mediante Decreto No. 1805 del 31 de diciembre de 2020, “Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2021, se detallan las apropiaciones, se clasifican y definen los gastos”, la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2021, le fue asignado presupuesto por valor de \$194.523.112.248, de los cuales \$131.532.344.000 fueron asignados para funcionamiento y una apropiación inicial por concepto de Inversión por valor de \$62.990.768.248, esto mediante la suscripción de nueve (9) Proyectos de Inversión, inmersos en tres (3) Categorías, como se ilustra en la gráfica.



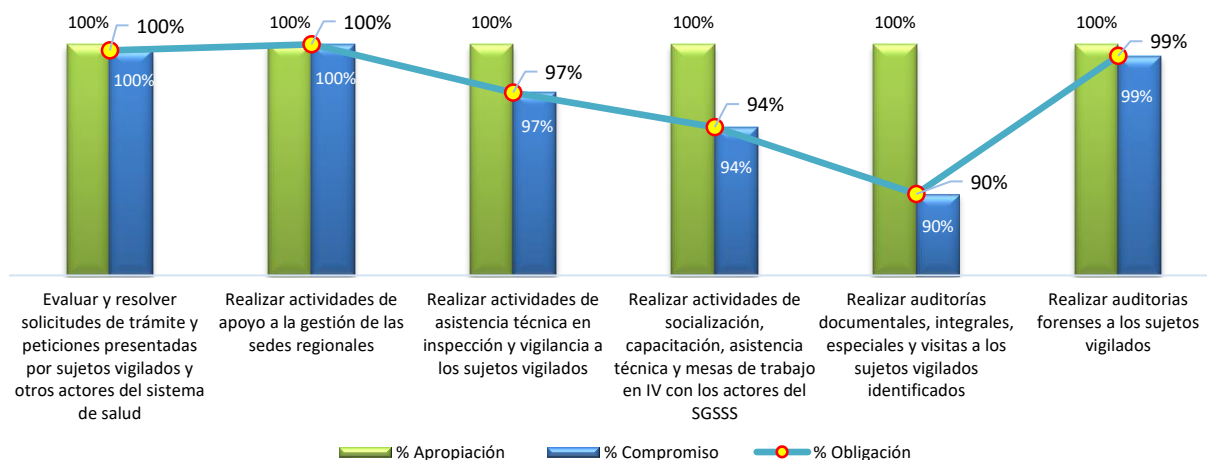
Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

De ello, en la categoría “Inspección, Vigilancia y Control” se encuentra el Proyecto de Inversión denominado “Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a nivel nacional”, que tiene como objetivo “Fortalecer la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud”, con asignación presupuestal de \$15.978.749.304, destinando a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS recursos por valor de \$3.170.406.440, así:

Distribución Presupuesto Inversión SD Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS Vigencia 2021 - Rubro C_1903_0300_4			
Actividades	Apropiación	Compromiso	Obligación
Evaluar y resolver solicitudes de trámite y peticiones presentadas por sujetos vigilados y otros actores del sistema de salud	\$932.101.185	\$ 928.169.617	\$ 928.169.617
Realizar actividades de apoyo a la gestión de las sedes regionales	\$295.753.191	\$295.753.191	\$295.753.191
Realizar actividades de asistencia técnica en inspección y vigilancia a los sujetos vigilados	\$8.528.400	\$8.244.120	\$8.244.120
Realizar actividades de socialización, capacitación, asistencia técnica y mesas de trabajo en IV con los actores del SGSSS	\$1.238.314.616	\$1.167.385.986	\$1.167.385.986
Realizar auditorías documentales, integrales, especiales y visitas a los sujetos vigilados identificados	\$695.202.253	\$ 623.182.984	\$623.182.984
Realizar auditorías forenses a los sujetos vigilados	\$506.794	\$ 502.755	\$502.755
TOTAL	\$3.170.406.440	\$3.023.238.653	\$3.023.238.653

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Distribución Presupuesto Inversión SD Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS Vigencia 2021 - Rubro C_1903_0300_4



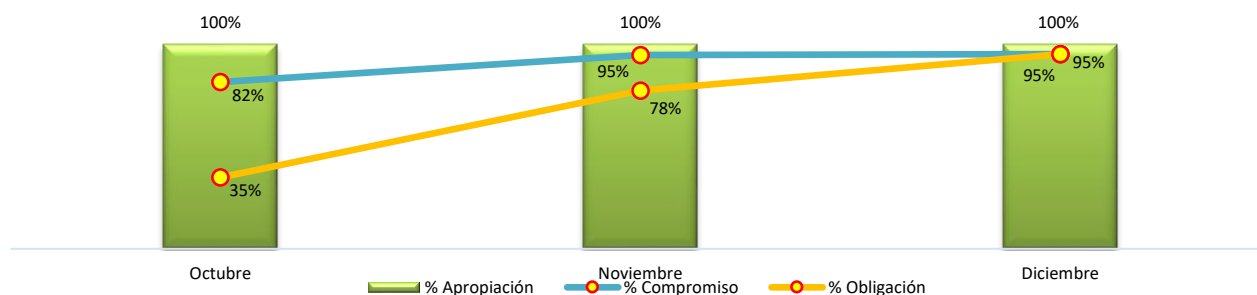
Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

De los cuales, en el período octubre – diciembre de la vigencia 2021 efectuó una ejecución presupuestal por valor de \$3.023.838.718, equivalente al 95%.

Ejecución presupuestal Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS			
Vigencia 2021	Apropiación	Compromiso	Obligación
Octubre	\$ 462.866.413	\$ 378.139.518	\$912.579.582
Noviembre	\$ 3.170.406.440	\$ 3.010.970.253	\$1.041.280.175
Diciembre	\$ 3.170.406.440	\$ 3.023.838.718	\$1.408.023.947

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Ejecución presupuestal Superintendencia Delegada Superintendencia para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS Octubre - Diciembre vigencia 2021



Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Concluyendo, que a corte diciembre de la vigencia 2021, fueron ejecutados un total de \$3.023.238.653 por concepto de Compromisos equivalente al 95% y \$ 3.023.238.653 por concepto de Obligación equivalente al 95%, esto a través del desarrollo de aproximadamente cincuenta y siete (57) contratos bajo la modalidad de Prestación de Servicios.

Por lo tanto, la Oficina de Control Interno en atención a la gestión desarrollada por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, evidenció una adecuada gestión respecto de la ejecución de los proyectos de inversión que les fueron asignados para la vigencia 2021.

Con fundamento en lo anteriormente referido, la Oficina de Control Interno formula la **conformidad N. 1** al Proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, la cual puede ser consultada en el **numeral 2.1.1** del presente informe.

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

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

En ese orden de ideas, mediante comunicación del 9 de febrero de 2022, en lo concerniente a gestión y/o administración del riesgo, el equipo auditor solicitó:

“Mapa de Riesgos.

Respecto al Mapa de Riesgo de Gestión y Corrupción, identificados para los procesos objeto de la presente auditoría, que son ejecutados por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, favor indicar cuales son las actividades realizadas (aportar evidencias) en lo que a gestión y administración del Riesgo se refiere, a fin de contribuir con la mitigación de estos”.

De este modo mediante comunicación del 16 de febrero de 2022, la Superintendencia Delegada para la Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, líder del proceso “Auditorías a los sujetos vigilados” manifestó que con ocasión de la solicitud de información elevada se aportaba lo siguiente:

**Acta de evaluación de riesgos de Enero.*

**Carpeta con capturas de pantalla del ITS, de los planes de mejoramiento (acciones preventivas) derivadas de riesgos de gestión y corrupción, con evidencias de su cumplimiento y cierre, para los planes que vencían a 31 de diciembre de 2021.*

**Carpeta con capturas de pantalla ITS de los planes de mejora recién formulados en enero de 2022, también relativos a la Gestión de Riesgos. Estos dos últimos bullets dan cuenta de las acciones que se han venido realizando para mitigar los riesgos.*

**Excel denominado "Planes de mejoramiento control cargue de evidencias" el cual ha sido un excel que se viene trabajando desde 2019 y ha permitido mapear el desarrollo y cumplimiento de todos los planes de mejoramiento del ITS.*

En este punto, al contar con información base para adelantar el trabajo de verificación en materia de riesgos, es menester ilustrar respecto de la disposición de riesgos de gestión y corrupción asociados al proceso de “Auditoría a los sujetos vigilados”, así:

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

Identificación del riesgo

Riesgo: Posibilidad de afectación reputacional y económica (detrimento patrimonial por desgaste administrativo, apertura de procesos con entes de control, y mala percepción de la SNS por parte de la ciudadanía), por Incumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de Auditorías, Visitas o acciones de inspección por contingencia nacional (Plan Nacional de Vacunación) aprobados por esta superintendencia a los vigilados, debido a posible falta de seguimiento al proceso y verificación inadecuada de la SNS, antes de aprobar planes que pudieran no ser viables.

Causas (Internas):

- Aplicación inadecuada de procedimientos, instrumentos, técnicas de auditoría e insuficiencia de los mismos.
- Falencias en la oportunidad de Informe de auditoría, e incumplimientos de los tiempos de las etapas del proceso.

Causas (Externas):

- Problemas en la fuente de información (Vigilado): Suministro de información del vigilado la cual puede ser inoportuna, incompleta, inexacta, mal cargada, o cargada en el formato o aplicativo incorrecto, debido a la falta de apropiación de la forma como debe reportar la misma, o renuencia del mismo a entregarla. (Aplica tanto para las evidencias solicitadas en la auditoría, como para el cumplimiento al plan de mejoramiento).

Consecuencias:

- Incumplimiento de los objetivos misionales de la entidad
- Apertura de investigaciones por parte de entes de control hacia los vigilados
- Impactos directos en el SGSSS
- Desgaste administrativo al no obtener resultados esperados. Los objetivos de la auditoría no se logran ya que el vigilado no muestra evidencia de que ha mejorado sus falencias.

Análisis del riesgo inherente

Probabilidad: 80% - **Impacto:** Mayor 80% - **Zona de Riesgo:** Alta

En cuanto a la **Identificación del Riesgo**, tal y como se encuentra dispuesto, se trata lo referente a afectación reputacional y económica (detrimento patrimonial por desgaste administrativo), es decir, el enfoque que ostenta la identificación del riesgo, va dirigido a plantear que al configurarse reproceso ante posible falta de seguimiento al proceso de auditoría o de visita inspectiva, o a partir de una verificación inadecuada, el hecho que se le siga o continúe pagando salario al funcionario que incurrió en error, se constituye una afectación económica a la entidad (detrimento).

NOTA: La interpretación antes referida, fue objeto de asentimiento por parte de enlace designado por el proceso auditado.

Para lo anterior, se identifican dos (2) premisas:

- a. Verificación inadecuada de la SNS, antes de aprobar planes de mejoramiento que pudieran no ser viables.
- b. Incumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de auditorías, visitas o acciones de inspección por contingencia nacional (Plan Nacional de Vacunación) aprobados por esta superintendencia a los vigilados, debido a posible falta de seguimiento al proceso.

De este modo, dentro de las consecuencias, se identificaron como tales las siguientes:

- *“Incumplimiento de los objetivos misionales de la entidad*
- *Apertura de investigaciones por parte de entes de control hacia los vigilados*
- *Impactos directos en el SGSSS*
- *Desgaste administrativo al no obtener resultados esperados. Los objetivos de la auditoría no se logran ya que el vigilado no muestra evidencia de que ha mejorado sus falencias”*

Con base en lo anterior, al tener en cuenta que la descripción del riesgo menciona lo referente a *“Detrimento Patrimonial por desgaste administrativo”*, convendría con el objeto dar plena consonancia de lo formulado al identificar y dar tratamiento del riesgo objeto de análisis, que en materia de consecuencias estas sean objeto de complementación, al definir no solo como materia de investigación a los sujetos vigilados, sino que en caso que se configure el reproceso y afectación económica descrita en el riesgo, conllevaría a el adelantamiento de investigaciones para el (los) funcionario(s) que motivaron la mencionada afectación o eventual detrimento.

Lo anterior motivó al equipo auditor de la oficina de Control Interno a formular la **recomendación N. 2** incorporada en el **numeral 2.2.2** del presente informe.

Con el fin de realizar el monitoreo a los controles definidos, el equipo auditor además de describirlos realiza el siguiente análisis con la respectiva muestra definida:

Valoración del Riesgo		
Descripción del control	Responsable de ejecutar el control	Observación OCI
El Coordinador de Auditoría designado por su respectivo Superintendente Delegado, debe verificar, cada vez que se hagan éstas, si los planes de mejoramiento propuestos son procedentes, revisando alcance, objetivo y tiempos, con lo cual se puede comprobar su pertinencia, y se puede saber si su cumplimiento es viable o no por parte del vigilado. En caso de que se detecte que el plan de mejoramiento no es viable, debe solicitarse de manera inmediata su corrección al vigilado. Evidencia: Fichas técnicas para la suscripción y evaluación del plan de mejoramiento (AIFT01 y AIFT06). Este control también debe ser realizado por los profesionales regionales y de la sede central que sean designados para acompañar las auditorías, de acuerdo con supervisión de su director, y aplica para todas las modalidades de auditoría, incluidas la relativa al Plan Nacional de Vacunación.	Coordinador de Auditoría designado por el Superintendente Delegado y Directores Regionales	▪ Gobernación del Valle del Cauca – Secretaria de Salud - Auto No. 2021500000000416-7 Se llevó cabo visita inspectiva ordenada mediante Auto No. 2021500000000416-7 del 05 de noviembre de 2021, elaborando el correspondiente informe contentivo de hallazgos que fueron objeto de solicitud de plan de mejoramiento, plan que fue allegado a la SNS desde la entidad territorial, siendo analizado y devuelto con indicación de las razones mediante formato anexo al comunicado de devolución (AIFT01), presentándose por parte del sujeto vigilado ajustes que finalmente fueron aprobados, utilizando para ello el mismo formato, realizando indicación que debe el sujeto vigilado realizar un reporte trimestral de avances. Posteriormente fue diligenciado el formato (AIFT06) con indicación de hallazgos, y descripción de las acciones de mejora. Con base en lo anterior, se concluyó el cumplimiento del control objeto de análisis en esta visita. ▪ Clínica Norte Cúcuta (Auto 2021500000000376-7) Mediante radicado 20229300400390942 de 24 de febrero de 2022 mediante el cual la IPS Clínica Norte Cúcuta remite el Plan de Mejoramiento, el cual fue aprobado el día 05 de abril de 2022 mediante radicado No. 20224100300453231 utilizando para ello el formato AIFT01. Posteriormente, se hizo indicación que para el día 30 de mayo de 2022 debe reportarse a esa Superintendencia Delegada evidencia del cumplimiento al 100% del plan de mejora aprobado, a través del formato AIFT06. Con base en lo anterior, se concluyó el cumplimiento del control objeto de análisis en esta visita. E.S.E Jaime Alvarado y Castilla (Auto 2021500000000383-7). Mediante radicado Radicado 20229300400248602 de 07 de febrero de 2022 la IPS

Valoración del Riesgo		
Descripción del control	Responsable de ejecutar el control	Observación OCI
		E.S.E Jaime Alvarado y Castila remite el Plan de Mejoramiento, el cual mediante radicado 20224100000186791 del 26 de febrero de 2022 no fue aprobado. Posteriormente mediante radicado 20224100000321461 del 15 de marzo de 2022, una vez analizados los ajustes presentados al plan de mejoramiento inicial, el mismo fue aprobado, utilizando para ello el formato AIFT01. Con base en lo anterior, se concluyó el cumplimiento del control objeto de análisis en esta visita.
El Gestor Regional designado como enlace con todas las Direcciones Regionales, Administra un Share Point que funciona como tablero de Control de las acciones realizadas desde región, entre ellas, se controlan mensualmente los Planes de Mejoramiento que compete revisar desde región, con la dirección de la Sede Central. En caso de que se encuentre alguna situación que genere alerta, como por ejemplo una Plan de Mejoramiento que esté fuera de tiempo, se realiza la respectiva alerta al director regional competente y también a la Sede Central para que se realice la gestión que al respecto proceda. Evidencia: Registros en el Share Point en mención y Correos Electrónicos.	Gestor Regional designado como enlace con todas las Direcciones Regionales	▪ Gobernación del Valle del Cauca – Secretaria de Salud Para el caso de la visita inspectiva a este sujeto vigilado, se aportó base de datos en el cual esta fue identificada, con indicación de la trazabilidad presentada en el asunto en cuanto a recepción, devolución y aprobación del plan de mejoramiento. Con base en lo anterior, se concluyó el cumplimiento del control objeto de análisis en esta visita. ▪ Clínica Norte Cúcuta (Auto 2021500000000376-7) Para el caso de la visita inspectiva a este sujeto vigilado, se aportó base de datos en el cual esta fue identificada, con indicación de la trazabilidad presentada en el asunto en cuanto a recepción, devolución y aprobación del plan de mejoramiento. Con base en lo anterior, se concluyó el cumplimiento del control objeto de análisis en esta visita. ▪ E.S.E Jaime Alvarado y Castila (Auto 2021500000000383-7) Para el caso de la visita inspectiva a este sujeto vigilado, se aportó base de datos en el cual esta fue identificada, con indicación de la trazabilidad presentada en el asunto en cuanto a recepción, devolución y aprobación del plan de mejoramiento. Con base en lo anterior, se concluyó el cumplimiento del control objeto de análisis en esta visita.
El Coordinador de Auditoría, asignado por su respectivo Superintendente Delegado, debe hacer seguimiento mensual a los planes de mejoramiento y a las obligaciones de los vigilados que fueron auditados, comparando las fechas de las acciones de los planes de mejoramiento aprobados y las acciones propuestas, y demás información que el mencionado coordinador de auditoría considere relevante. En caso de que se detecten irregularidades en este seguimiento mensual, o algún plan esté pronto a vencerse, el coordinador en mención deberá dar la alerta al vigilado para subsanar lo necesario. Ahora bien, si se detecta que ya hay incumplimiento por parte del vigilado, pese a la gestión realizada, se procede a tomar las medidas pertinentes de control, las cuales pueden incluir nuevos traslados a investigaciones administrativas, o a entes externos de control. Evidencia: Fichas técnicas para la suscripción y evaluación del plan de mejoramiento (AIFT01 y AIFT06), Relación de los planes de mejoramiento e información completa de las auditorías de cada coordinador de auditoría, las cuales se pueden conservar en archivo físico o en repositorio digital, y si aplica, el formato para traslado a investigación administrativa (PAFT03). Este control también debe ser realizado por los profesionales regionales y de la sede central que sean designados para acompañar las auditorías, de acuerdo a instrucciones del	Coordinadores de Auditoría designados por el Superintendente Delegado y Directores Regionales.	▪ Gobernación del Valle del Cauca – Secretaria de Salud Para el caso de esta visita, el plan de mejoramiento fue aprobado el 14 de febrero de 2022, sin que se cuente con evidencia del seguimiento mensual del mes de marzo por parte de la Superintendencia Delegada Para Entes Territoriales. Al ser verificado el plan de mejoramiento aprobado se evidencia el compromiso de ejecutar un conjunto de actividades, destacando el hecho que una de estas culminaría su realización el 15 de febrero de 2022, no obstante, al ser aprobado el plan de mejora se le indicó al vigilado que debe reportar avance trimestral, lo cual no es consistente con la periodicidad mensual definida para este control. Con base en lo anterior no es dable señalar que el control se cumple en la periodicidad definida. ▪ Clínica Norte Cúcuta (Auto 2021500000000376-7) Para el caso de esta visita, gestionada desde la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, el plan de mejoramiento fue aprobado el 05 de abril de 2022, en el cual se hizo indicación que para el día 30 de mayo se solicitaba reporte de cumplimiento al 100% del plan de mejoramiento aprobado, sin que se evidencie en las actuaciones que ahora nos ocupan se efectúe el seguimiento mensual al que alude el control objeto de verificación. Con base en lo anterior no es dable señalar que el control se cumple en la periodicidad definida. ▪ E.S.E Jaime Alvarado y Castilla (Auto 2021500000000383-7) Para el caso de esta visita, gestionada desde la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud, el plan de mejoramiento fue aprobado el 15 de marzo de 2022, en el cual se hizo indicación que para el día 30 de mayo se solicitaba reporte de cumplimiento al 100% del plan de mejoramiento aprobado, sin que se evidencie en las actuaciones que ahora nos ocupan la realización del

Valoración del Riesgo		
Descripción del control	Responsable de ejecutar el control	Observación OCI
Director Regional, y aplica para los planes de mejoramiento derivados de todas las modalidades de auditoría, entre ellas, las relativas al Plan Nacional de Vacunación, en el cual, después de la segunda vuelta que se realiza, es posible que las anteriores alertas se transformen en hallazgos que ameriten tales planes.		seguimiento mensual al que alude el control objeto de verificación. Con base en lo anterior no es dable señalar que el control se cumple en la periodicidad definida.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Con base en la verificación efectuada, se puede concluir que uno (1) de los tres (3) controles monitoreados presenta dificultades en su realización, en concreto en cuanto a la periodicidad mensual para realizar seguimiento de los compromisos adquiridos por el sujeto vigilado ante vulneraciones a normas que regulan el SGSSS, tal y como quedó diseñado el control.

No obstante, lo anterior, y ante el incumplimiento detectado en materia de seguimiento mensual a los planes de mejoramiento aprobados en auditorías o visitas inspectivas, la Oficina de Control Interno por conducto de su equipo auditor genera **la observación N. 1** incorporada en **el numeral 2.3.1** del presente informe.

Plan de manejo del riesgo

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

ACCIÓN	OBSERVACIÓN OCI
Supervisar al profesional asignado de seguimiento a planes de mejoramiento para asegurar que se haga verificación periódica de estos planes mediante un tablero o matriz de control. Este seguimiento través de la matriz en mención, puede reforzar el control que implica verificar si los planes están vencidos o a punto de vencerse y dar alertas sobre estas obligaciones, para tomar medidas o notificar a tiempo. Este seguimiento aplica a los planes de mejoramiento de todas las modalidades de auditoría, incluido lo relativo al Plan Nacional de vacunación.	Como se puede observar, el plan de manejo del riesgo comporta acciones tendientes a efectuar seguimiento a los planes de mejoramiento, realizar actualizaciones documentales, inclusión de mallas de validación, capacitaciones y contratación de personal de manera directa. En especial la actualización documental, la cual incluye procesos y procedimientos, se desarrolla a través de un proceso de reingeniería, para lo cual la organización estableció un periodo de transición que culminará el 31/12/2022, de este modo al evidenciar que estas acciones tendientes a gestionar el riesgo residual se encuentran previstas para ser materializadas en un lapso de once (11) meses, esto es, del 13/01/2022 al 31/12/2022, se concluye que es pertinente establecer un periodo amplio para su realización , pero se recomienda que las acciones contenidas en los planes de mejoramiento no sean prolongadas en el tiempo y se ejecuten de manera más expedita. En todo caso, es pertinente señalar que, si bien es cierto el líder del proceso de “Auditoría a los Sujetos Vigilados” cuenta con suficiente tiempo para cumplir con las acciones definidas, también lo es que, se ha evidenciado por parte del equipo auditor el avance en alguna(s) de estas como lo es el ajuste en la documentación interna para lo cual ya se cuenta con proyecciones al respecto.
Realizar Capacitaciones y socializaciones de los procedimientos del proceso, mínimo una vez al año, para asegurar que los profesionales que los ejecutan tengan apropiación de los mismo. Dentro de estas capacitaciones es necesario hacer énfasis en la forma correcta de aprobar los planes de mejoramiento, de tal forma que éstos sean pertinentes, útiles y factibles en el tiempo propuesto.	
Ajustar Documentación (Procedimientos, Guías Instructivos, en el marco de la Reingeniería) con el fin de incluir los ajustes que se consideren pertinentes y relevantes, de acuerdo con el deber ser del proceso, y permitan una mejor orientación para el cumplimiento del flujo de las actividades que deben realizarse. En este caso, debe revisarse especialmente que la parte asociada a los planes de mejoramiento, en especial, los requisitos para que éstos sean aprobados, esté correctamente documentada, y de requerirse, deben realizarse los ajustes que se precisen.	

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Por lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno formula **la recomendación N. 3** incorporada en **el numeral 2.2.3** del presente informe.

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

Riesgo: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar el Plan de Auditorías, el cual incluye auditorías documentales, integrales, especiales, forenses, visitas y acciones de inspección derivadas de contingencias nacionales (Plan Nacional de Vacunación).

Causas (Internas):

- Concentración del ejercicio de la auditoría en un solo funcionario
- Omitir la aplicación de criterios priorización de los sujetos vigilados

Causas (Externas):

- Conflicto de interés sobre el sujeto vigilado
- Falta de confidencialidad de la información de los sujetos objeto de auditoría.

Consecuencias:

- Apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios
- Pérdida de credibilidad de la Delegada y en consecuencia de la SNS
- La alta dirección no cuenta con la información oportuna y veraz para la toma de decisiones
- Denuncias ante entidades de control.
- Incumplimiento de la misión y los objetivos institucionales.

Probabilidad: Posible - Impacto: Catastrófico - Zona de Riesgo: Extrema

Valoración del Riesgo

Descripción del Control	Responsable de ejecutar el Control	Observación OCI
Los Superintendentes Delegados, Los Directores a Nivel Central, y Los Directores Regionales o quienes hagan sus veces tienen el control y realizan revisiones del uso de la información privilegiada y confidencial, la cual solo se encuentra en poder de pocas personas, y los mencionados líderes, dan órdenes de estricta confidencialidad de la misma. En caso de que se presente alguna fuga de esta información, los funcionarios mencionados están en la obligación de realizar el traslado para hacer la respectiva investigación y proceder con los trámites asociados a los procesos disciplinarios que haya lugar con la persona que haya faltado al compromiso de confidencialidad. La Información asociada al Plan Anual de Auditorías, que incluye todas las modalidades de estas, entre ellas lo relativo al Plan Nacional de Vacunación, y las respectivas priorizaciones, es uno de los casos de documentos confidenciales que son manejados con este tipo de restricciones de privacidad y solo se maneja desde el nivel central.	Superintendente Delegado para Entidades Territoriales y Directores Regionales o quienes hagan sus veces.	En principio debe señalarse que en la matriz de riesgos no se identifica el establecimiento de una evidencia específica que permita documentar el control. Ahora bien, de conformidad con lo expresado desde el proceso auditado, se indicó que la evidencia correspondía al plan y/o programa de auditoría diseñado, del cual se compartió copia editada (sin información confidencial) al equipo auditor de la oficina de Control Interno. Si bien es cierto en el referido plan y/o programa de auditoría está incluida la información confidencial de cuáles son las auditorías a realizar en un periodo y cuáles son los sujetos vigilados objeto de estas, también lo es que, no se identifica que el plan de auditoría en sí mismo sea la evidencia idónea para documentar la realización del control, aspecto que se recomienda revisar en la medida que se pueda definir cuál sería la evidencia adecuada para documentar la realización de este control, el cual está dirigido a dar protección de la información contenida en dicho plan. En todo caso debe precisarse que, el equipo auditor no tiene evidencia que exista fuga de información y en ese orden de ideas, no puede hablarse de materialización del riesgo.
Los Superintendentes Delegados, Los Directores a Nivel Central, los Directores Regionales o quienes hagan sus veces, y los coordinadores, realizan reparto equitativo de las funciones mismas a los profesionales del área, y realizan el posterior seguimiento y control. También se procura rotar a los auditores para que no siempre se encuentre el mismo auditor, haciendo auditorías al mismo vigilado. Esta revisión se hace cada vez que se genera la necesidad de realizar una auditoría o acción derivada de la misma, y disminuye la probabilidad de que haya concentración de funciones o interés por favorecer a cierto vigilado por encima de los derechos de otro. Igualmente, se realizan las auditorías en grupo o equipo, de tal forma que sea mucho más difícil para el vigilado entrar en temas de solicitud de favores. En caso de que en estas revisiones se encuentren hechos sospechosos, el respectivo Coordinador, director del Nivel Central o Regional, o Delegado, deberán iniciar los trámites para el correspondiente proceso disciplinario. Evidencia: Informe verificado, y traslados a la Oficina de Control Disciplinario Interno, si aplica.	Superintendente Delegado, Director Nivel Central y Directores regionales	Como evidencia del cumplimiento o realización efectiva de este control, fue aportada base de datos en la cual están contenidas de forma editada las auditorías que se han realizado en el periodo octubre/2021 a enero/2022, aunando, al acto administrativo (Resolución) por la cual se efectuaron nombramientos de distintos profesionales adscritos a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS. Al respecto, el equipo auditor debe indicar que, de un lado se tiene previsto para este control como evidencia de su ejecución “ <i>informe verificado, y traslados a la Oficina de Control Disciplinario Interno, si aplica</i> ”, y de otro, como se ha descrito en líneas anteriores, se aportó la base de datos mencionada y el acto administrativo aludido, considerando que esta documentación podría no comportar adecuada evidencia al control que ahora nos ocupa, toda vez que el informe o traslados a la OCDI, corresponde más a una actuación motivada ante eventual materialización del riesgo, y los otros documentos (base de datos y acto administrativo), pueden evidenciar la ampliación del equipo (staff) de auditores adscrito a la Superintendencia Delegada Para Entes Territoriales y la designación de auditores; sin embargo, valdría la pena analizar la viabilidad de crear un instrumento que sea acorde con el motivo de la generación del control, es decir, el efectuar rotación de los profesionales para que no siempre se encuentre el mismo auditor, haciendo auditorías al mismo vigilado. Con base en lo anterior, esto es, lo referente a la

Descripción del Control	Responsable de ejecutar el Control	Observación OCI
		determinación adecuada para documentar el control, se presenta recomendación al proceso "Auditoría a los Sujetos Vigilados" con el fin de que este sea objeto de análisis y eventual modificación.
El profesional encargado de procesos y gestión de calidad en la dependencia líder de proceso, y bajo la supervisión del Superintendente Delegado líder, debe garantizar que se realice el seguimiento y monitoreo de la eficacia de las acciones tomadas para este riesgo de corrupción que implica que podrían haber solicitudes de favores u ofrecimiento de dádivas para entregar informes que favorezcan al vigilado, ya sea en una auditoría documental, integral, especial, visita, forense, o derivada de contingencia nacional (Plan Nacional de Vacunación). Este seguimiento y monitoreo debe realizarse dos veces al año y debe estar encaminado a robustecer el control, a verificar si éste fue efectivo, y qué cambios es necesario hacer. En caso de que el control no haya sido eficaz, éste debe modificarse, o proponerse un plan de mejoramiento que pueda ayudar a mejorar su efectividad, y que realmente puedan atacar la causa raíz de mejor manera. Las Direcciones Regionales deberán enviar semestralmente al enlace de la Delegada para Entidades Territoriales, el seguimiento y monitoreo a sus riesgos, donde debe estar incluido lo pertinente al presente control. Esto estará a cargo del Coordinador regional, o del Gestor, donde aplique. Evidencia: Acta de Reuniones.	Profesional encargado de Procesos y Gestión de la Calidad y directores regionales o gestores o quienes hagan sus veces.	De conformidad con los contenidos del Acta No. GE-6376 del 12 de enero de 2022, se evidenció la revisión y autoevaluación de los Riesgos de Gestión y de Corrupción del proceso "Auditoría a Sujetos Vigilados", con el fin de evaluar la continuidad del riesgo, evaluar el plan de tratamiento del riesgo y los controles existentes, y en general, todos los atributos del análisis de riesgos del proceso. En ese orden de ideas, se evidenció la realización del control previsto, no obstante, se sugiere en próximos espacios de análisis del riesgo, se valoren las recomendaciones y oportunidades de mejoramiento aquí propuestas.
El Gestor Regional designado como enlace con todas las Direcciones Regionales, Administra un Share Point que funciona como tablero de Control de las acciones realizadas desde región, entre ellas, se controlan mensualmente las auditorías realizadas de acuerdo con la programación de estas, y el cumplimiento de sus pasos, revisando contra lo programado y contra los procedimientos documentados. Se hace lo propio con los Planes de Mejoramiento derivados de estas auditorías. En caso de que se encuentre alguna situación sospechosa que genere alerta, como por ejemplo una auditoría programada que no se haya realizado, o incumplimiento de alguno de los pasos que deben seguirse por procedimiento, o un plan de mejoramiento incumplido, o un auditor diferente al designado realizando una auditoría, se realiza la respectiva alerta al director regional competente y a la Sede Central. Evidencia: Registros en el Share Point en mención y Correos Electrónicos. Tener monitoreadas las auditorías y Planes de Mejoramiento permite reducir el riesgo de corrupción, ya que arroja alertas tempranas frente a posibles situaciones irregulares.	Gestor Regional designado como enlace con todas las Direcciones Regionales	El tablero de control dispuesto como control para la mitigación de este riesgo de corrupción, existe y se utiliza para la ejecución de procedimientos de auditoría y visitas inspectivas, incluidos los planes de mejoramiento producto de estas.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Lo anterior, motivó a generar la **recomendación No. 4** incluida en el **numeral 2.2.4** del presente informe.

Opciones de manejo del riesgo

Acción	Observación OCI
Realizar Actividades en temas de integridad y transparencia. Se escogerá un gestor de Integridad que realizará intervenciones dando lineamientos sobre estos temas	Como se puede observar, el plan de manejo del riesgo comporta acciones tendientes a efectuar actividades en temas de integridad y transparencia, contratación de personal en forma directa, labores de supervisión de las etapas de ejecución de auditorías y visitas inspectivas, o automatización de los procedimientos, las cuales se encuentran previstas para culminarse el 31/12/2022, y en vista de que en el plan existen actividades que revisten cierta complejidad como lo es la automatización de procesos – procedimientos, se concluye como pertinente el establecimiento de un periodo tan amplio para su realización (11 meses y medio).
Realizar un Plan de Auditorías con la metodología de priorización de estas, incluyendo todas sus modalidades, entre ellas lo relativo al Plan Nacional de Vacunación. Este plan permitirá tener organizadas las auditorías y cualquier cambio deberá estar justificado, disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de intereses, imposiciones, influencias externas o acuerdos indebidos. Igualmente, en este plan se deben incluir auditorías y visitas procurando cubrir a la mayor cantidad de vigilados y teniendo en cuenta los que no pudieron ser auditados en años anteriores, para que no exista recarga en unos más que en otros. Si bien este plan maneja información confidencial, la Oficina de Control Interno tendrá la competencia para solicitar su revisión en caso de que detecte situaciones anormales.	
Realizar Contratación de personal para hacer auditorías de manera directa, tanto a nivel central, como en las Direcciones Regionales, es decir, sin involucrar firmas consultoras de por medio, con lo cual se fortalecerá el seguimiento con estos auditores In House. Al estar el control de ellos en la delegada de manera directa, se disminuye la probabilidad de actos indebidos.	

Acción	Observación OCI
Supervisar al profesional encargados de hacer seguimiento a etapas de auditorías y planes de mejoramiento, con el fin de asegurar que se realice tal seguimiento periódico a dichas etapas, mediante un tablero o matriz de control. Este seguimiento a través de la matriz en mención puede bajar la probabilidad de que se gestionen hechos de corrupción, al tener controlados los tiempos y etapas de las auditorías. El seguimiento a este tablero de control también puede arrojar alertas tempranas que muestren si se está dando mucha celeridad a un trámite en comparación a otros que se encuentran muy demorados, lo cual puede ser inicio de alguna acción indebida. Esta acción aplica para todas las modalidades de auditoría, incluido lo relativo al Plan Nacional de Vacunación.	Sin embargo, en lo sucesivo se recomienda que estas acciones contenidas en los planes de manejo, no se prolonguen tanto en el tiempo y se concreten de forma más expedita.
Realizar solicitud a la Subdirección de Tecnologías para iniciar un proceso en el cual se pueda comenzar a automatizar algunas partes de los procedimientos de auditoría a sujetos vigilados. Este posible proyecto de automatización buscaría ayudar a los auditores a controlar algunas partes del proceso, y para este caso, Propender por la automatización de procesos siempre ayudará a bajar la probabilidad de ocurrencia del riesgo de corrupción, ya que disminuirá actividades manuales donde pueda haber acciones indebidas y mejorará controles sobre esto. Inicialmente esta acción de mejora va orientada a realizar las gestiones iniciales al respecto, ya que este tipo de proyectos podrían tomar más tiempo. Dependiendo de los resultados de estas gestiones, podría evaluarse, en la siguiente vigencia, formular esta acción con un enfoque orientado hacia los primeros resultados tangibles de la automatización mencionada	

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Finalmente, ante la no materialización de riesgos de gestión y corrupción verificados en el proceso de “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, el equipo auditor de la oficina de Control Interno eleva la **conformidad N. 2** incorporada en el **numeral 2.1.2** del presente informe.

1.1.5. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) - Validación MECI Líneas de Defensa.

De conformidad con el plan de auditoría, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno abordó lo referente a la Dimensión “Información y Comunicación”, para cada proceso auditado.

En este orden de ideas, al realizar solicitud inicial de información, se requirió a las Superintendencias Delegadas para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos en el SGSSSS y Protección al Usuario, con el fin de que presentara la información y evidencia que diera cuenta del acogimiento de postulados en materia de información y comunicación alineados con MIPG para los procesos que lideran y son objeto de auditoría interna.

De este modo el proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados” manifestó:

“La Dimensión de Información y Comunicación propende por buscar lineamientos que garanticen la información de los funcionarios y sobre cómo opera la entidad y que líneas debe dar y cuales seguir. El propósito de esta dimensión es garantizar un adecuado flujo de información interna y externa. Está estrechamente vinculada con las Políticas de Transparencia, Acceso a la información pública y lucha contra la corrupción; y gestión documental o Estadística.

La Dimensión de Información y Comunicación del MIPG es practicada de manera permanente por la Delegada para Entidades Territoriales, Dirección de Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos, y Direcciones Regionales.

Evidencia de lo que se menciona en el anterior bullet puede encontrarse en las carpetas de los puntos 8 y 12. Todas las reuniones que se tienen entre el Delegado, Coordinadores, y las Direcciones Regionales, así como con las entidades territoriales, dan cuenta del cumplimiento de la dimensión de información y comunicación, en especial porque es necesario dar línea desde el Despacho del Delegado para la ejecución de actividades, y

evidencia de estas reuniones, donde se imparte línea, están en las precitadas carpetas de los puntos 8 y 12, para lo cual es necesario establecer correctos canales de comunicación y permitir el acceso a la información tanto a regionales como a Entidades Territoriales.

En las capacitaciones mencionadas también se puede evidenciar que se les muestra a las regionales (y también a las entidades territoriales) que pueden (sic) tener acceso a la información y documentación de procesos, procedimientos y demás información pública, en la página web. Así mismo, se les envían directrices, instrumentos y lineamientos".

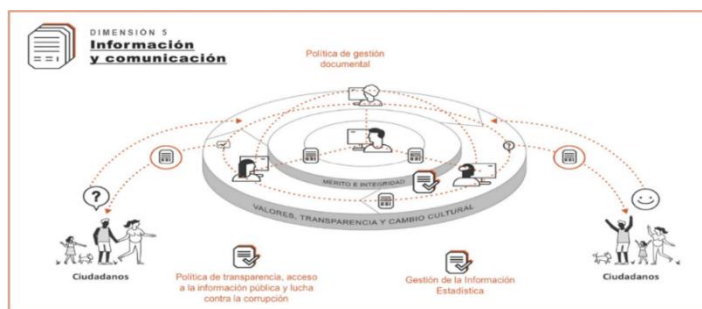
De las evidencias aportadas se identifican con claridad, espacios de comunicación de información al personal adscrito a la dependencia, en el marco de capacitaciones a las sedes regionales y presentación de diagnósticos de actividades, realizando la remisión de instrumentos para el cumplimiento de las funciones legalmente asignadas y la fijación de línea de trabajo.

De este modo, una vez descrito como el proceso indicó, ha venido acogiendo los lineamientos de MIPG en materia de información y comunicación, corresponde adentrarse en algunos aspectos inherentes a esta dimensión.

En primer lugar, MIPG define la información y comunicación como una dimensión articuladora de las demás dimensiones, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno (interno y externo) y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión, materializando en el desarrollo de sus funciones, la seguridad y protección de datos y la garantía de contar con trazabilidad de la gestión.

En consecuencia, si bien es cierto, esta dimensión funciona como eje articulador, también lo es que, conforme a MIPG los aspectos fundamentales para tener en cuenta para dicha articulación y adecuada operación tal y como lo mencionó el proceso auditado son:

- Gestión documental.
- Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
- Gestión de la información estadística.



Fuente: DAFP 2021

La Oficina de Control Interno con base en la información reportada y las políticas de gestión para tener en cuenta para la dimensión de Información y Comunicación presenta las siguientes consideraciones:

Políticas	Lineamiento de implementación	Observación OCI
Política de Gestión Documental El propósito de la política es lograr mayor eficiencia para la implementación de la gestión documental y Administración de Archivos para: propiciar la transparencia en la gestión pública y el acceso a los archivos como garante de los derechos de los ciudadanos, los servidores públicos y las entidades del Estado; recuperar, preservar y difundir el patrimonio documental de la nación en diferentes medios y soportes como fuente de memoria e identidad cultural; promover el gobierno abierto (transparencia, colaboración y participación) a través de los archivos como herramienta de control social de la gestión pública; fomentar la modernización de los archivos a través de la generación de estrategias que propicien el uso de tecnologías y proyectos de innovación.	Procesos de la Gestión Documental: Comprende el diseño e implementación de los procesos de la gestión documental a través de actividades relacionadas con la información y la documentación institucional para que sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y fuente de la historia. Dichos procesos son: planeación (técnica), producción, gestión y trámite, organización, transferencia, disposición de documentos, preservación a largo plazo, y valoración. Avance Tecnológico: Comprende las actividades relacionadas con la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, de manera que se permita la articulación de los documentos electrónicos con los procesos y procedimientos administrativos.	En torno a esta política, en verificación a la gestión documental realizada en el marco de la presente auditoría se concluyó la correcta aplicación de normas de archivística permitiendo garantizar el cumplimiento de actividades administrativas y técnicas para el manejo y organización de la documentación producida y recibida por el proceso "Auditoría a los Sujetos Vigilados". No obstante, lo anterior, tal y como lo evidenció esta auditoría, todo el ciclo de producción documental y destino final se lleva a cabo en forma física, motivo por el cual se sugiere comenzar a plantearse la viabilidad de adoptar tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, de manera que se permita la articulación de documentos electrónicos con los procesos y procedimientos administrativos a cargo de este proceso.
Política de Transparencia y acceso a la información pública, lucha contra la corrupción Para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública las entidades tienen la obligación de divulgar activamente la información pública sin que medie solicitud alguna (transparencia activa); así mismo, tienen la obligación de responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a las solicitudes de acceso a la información pública (transparencia pasiva)	1. Propicie ejercicios que determinen qué otra información pública debe generar y asocie la misma a su actividad misional, consultando con sus grupos de valor los tipos de información y la utilidad pública de la misma. 2. Actualice la información de los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites –SUIT- así como, las hojas de vida de los servidores públicos en el Sistema de Información de Gestión de Empleo Público –SIGEP-. 3. Determine con claridad cuál es la información pública reservada y pública clasificada de su entidad acorde con la ley y los tiempos en los cuales el ciudadano tiene acceso restringido. No olvide capacitar y divulgar a los servidores públicos y ciudadanos estas condiciones.	Sobre el particular, esto es, lo referente a Política de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, el equipo auditor verificó las condiciones en que el proceso de "Auditoría a los Sujetos Vigilados" tiene dispuesto su índice de información clasificada o reservada, encontrando que la misma se encuentra actualizada en cuanto a responsable de esta, definiendo con claridad que es la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, aunado, a establecer cuál es la información objeto de reserva como lo es lo referente a las auditorías forenses. En cuanto a la actualización de trámites previa racionalización de estos y su cargue en el SUIT, la oficina de Control Interno es conocedora y cuenta con evidencia de la labor que al respecto la hoy Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS ha emprendido, cumpliendo los compromisos adquiridos en la materia, más allá de las eventuales racionalizaciones que se puedan emprender en el futuro. En ese orden de ideas, con ocasión del rediseño institucional de la SNS, y la vinculación de personal nuevo a esta dependencia, correspondería realizar transferencia de conocimiento especialmente al personal nuevo, con el fin de que conozcan de primera mano al igual que la ciudadanía en general, cuáles son las condiciones en que se publica información del proceso de "Auditoría los Sujetos Vigilados", siguiendo los postulados de MIPG.

Políticas	Lineamiento de implementación	Observación OCI
Gestión de la información Estadística Esta política busca que las entidades generen y dispongan la información estadística, así como la de sus registros administrativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el líder de Política, para mejorar la efectividad de su gestión y planeación basada en evidencias; garantizando una continua disponibilidad de información de calidad a lo largo del ciclo de la política pública; fomentando el diálogo social con la ciudadanía y los grupos de interés, en el marco de la construcción participativa de las soluciones sociales, y generando una herramienta de control político y social que permita la transparencia de las actuaciones del Estado. Permite a las entidades definir objetivos, metas y acciones para organizar y fortalecer la información estadística de una forma priorizada, teniendo en cuenta su impacto en la toma de decisiones.	1. Caracterizar la información estadística producida y los registros administrativos. 2. Elaborar un plan de acción a partir del diagnóstico, que permita fortalecer la producción estadística, la administración y la gestión de los registros administrativos, atendiendo a la dimensión Direcciónamiento Estratégico y Planeación".	La caracterización de la información estadística cobra valor en la medida que se asegura la disponibilidad, calidad, accesibilidad y adecuado uso de la información estadística que produce el proceso, para ello conforme a postulados de MIPG, se recomienda viabilizar la elaboración de un plan de acción a partir de un diagnóstico, que permita fortalecer la producción de información estadística, la administración y la gestión de sus registros, y con ello al contar con calidad en la información estadística, se genere la adecuada toma de decisiones en beneficio del sector administrativo de Salud del país.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Una vez confrontados algunos lineamientos contemplados por MIPG, respecto de la gestión reportada por el proceso de "Auditoría a los Sujetos Vigilados", se concluyó como la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, de forma permanente viene realizando transmisión de conocimiento, facilitando los instrumentos necesarios para el cumplimiento de las funciones asignadas legalmente; sin embargo, el equipo auditor de la oficina de Control Interno, con el propósito de que este proceso pueda continuar avanzando en la implementación de políticas, lineamientos y postulados de MIPG, en su dimensión de información y comunicación formuló la **recomendación No. 5** incorporada en el **numeral 2.2.5** del presente informe.

1.1.6 Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 (Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS).

La Oficina de Control Interno, en atención a la actividad auditora, efectuó evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la resolución 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 "Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud", de lo cual, tomó como muestra las reuniones efectuadas durante el mes de octubre 2021 a enero 2022:

Análisis cumplimiento Resolución No. 2021160000013752-6									
Tema a Tratar	Periodicidad	Octubre GE-6551 del 05.11.2021		Noviembre GE-6552 del 09.11.2021		Diciembre GE- 6553 del 02.12.2021		Enero GE- 6554 del 17.01.2022	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Medición del Desempeño. Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.	Mensual	X		X		X		X	

Análisis cumplimiento Resolución No. 2021160000013752-6									
Tema a Tratar	Periodicidad	Octubre GE-6551 del 05.10.2021		Noviembre GE-6552 del 09.11.2021		Diciembre GE- 6553 del 02.12.2021		Enero GE- 6554 del 17.01.2022	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Mejora. Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Proyectos de Inversión. Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA. Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).	Mensual	X		X		X		X	
Sistema Integrado de Gestión-SIG -Revisión de los procesos liderados por el área. Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.	Trimestral					X			
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	
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					X			
Art. 2. Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo.		X		X		X		X	

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Al efectuar evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la 20211600000137526 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, y de conformidad a las evidencias aportadas, se observó que en el proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, si bien se realizan las reuniones de autoevaluación, las mismas deben ser dispuestas de conformidad a lo definido en el artículo 2°, de la resolución en comento, situación que debe ser motivo de análisis para con ello dar cabal cumplimiento de lo regulado en el decreto 1499 del 2017 (MIPG) “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”, y en concreto a lo definido a través de las Dimensiones N. 2 y 7, en donde se precisa:

Dimensión N. 2: “Dirección Estratégica y Planeación” la cual, en uno de sus apartes señala: “Es importante tener presente la información generada en el análisis de capacidad institucional, informes de gestión, desempeño y cumplimiento de planes en vigencias anteriores, resultados de la evaluación de indicadores y de riesgos, autoevaluación, auditorías internas y externas, resultados de las estrategias de

rendición de cuentas y de la consulta, diagnóstico o planeación participativa realizada, ejecuciones presupuestales, entre otras evidencias vitales para la proyección estratégica de la entidad”.

Subrayado, cursiva y negrillas fuera del texto

Dimensión N. 7: “Control Interno” la cual, en uno de sus apartes señala:

[...] “se busca que **cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales.**

*Se convierte, entonces, la **autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación**, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.*

– La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participan los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación. Toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones”.

Cursiva y negrillas fuera del texto.

Con fundamento en lo anteriormente referido, la Oficina de Control Interno formula la **recomendación N. 6** al Proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, la cual puede ser consultada en el **numeral 2.2.6** del presente informe.

Así mismo, la Oficina de Control Interno identificó que las fechas de aprobación de las actas presentan tiempos que oscilan entre uno (1) y cuatro (4) meses.

Fecha límite aprobación acta			
Octubre GE-6551 del 05.10.2021	Noviembre GE-6552 del 09.11.2021	Diciembre GE- 6553 del 02.12.2021	Enero GE- 6554 del 17.01.2022
15-02-2022	15-02-2022	15-02-2022	15-02-2022

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente referido, la Oficina de Control Interno formula la **recomendación N. 7** al Proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, la cual puede ser consultada en el **numeral 2.2.7** del presente informe.

Nota. La Oficina de Control Interno se permite precisar que en atención a lo regulado en el Artículo 1. de la resolución motivo de evaluación en donde se señala “Reuniones de autoevaluación.

*Las reuniones de autoevaluación de la Superintendencia Nacional de Salud están enmarcadas en el proceso sistémico de autoevaluación institucional de conformidad con los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno y del Sistema Integrado de Gestión de la entidad, que **busca generar espacios de inclusión, participación y compromiso de todos los funcionarios de la Entidad y el análisis de factores que inciden en el cumplimiento de la misión institucional**”; genera y brinda contexto respecto de la importancia de dar cumplimiento a lo citado en el artículo N. 2, de la misma resolución, en donde se indica*

“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 lo tanto, la Oficina de Control Interno consiente de la situación que se afronta a nivel mundial derivada por la pandemia de COVID – 19, invita a que se sigan generando las medidas de autocuidado y de bioseguridad, tales como el distanciamiento físico, evitar aglomeraciones, entre otras, que resultan claves para salvaguardar nuestras vidas; por ello, y a fin de mitigar el impacto que pudiera generar el incumplimiento del artículo inmediatamente referido, invita a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditoría a los sujetos vigilados”, generar las reuniones que señala la resolución en comento, con la utilización de herramientas tecnológicas dispuestas por la Entidad como lo es “TEAMS”.

1.1.7. Gestión Documental.

Para el desarrollo de este ítem contemplado en el plan de auditoría, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno hizo verificación in situ de la gestión documental y organización del archivo de Gestión del proceso Auditoría a Sujetos Vigilados AICR01 de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, como se describe a continuación:

Revisión de los archivos de gestión.

El marco normativo de la función archivística está 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 5, lo atinente a la “Información y Comunicación”, ítem que, en su desarrollo, si bien trata lo referente a la interrelación entre todas las políticas de gestión y desempeño institucional, donde se tienen en cuenta los lineamientos de la política de Gestión Documental.

Para la evaluación de la gestión documental y organización de archivos, la metodología que se siguió fue la siguiente:

- a. Entrevista con los funcionarios responsables de la administración y manejo del archivo de gestión, momento en el cual se consultó respecto de:
 - Estado de cajas de archivo.
 - Estado de carpetas contenidas en las cajas de archivo.
 - Diligenciamiento carátulas en cajas y carpetas de archivo.
- b. Verificación física del estado de archivadores.
- c. Verificación aplicación de TRD.

d. Registro fotográfico.

Para la revisión de los archivos de gestión, se realizaron las entrevistas ya enunciadas, de lo cual se conserva como papeles de trabajo de la auditoría, el registro fotográfico y relación de lo allí observado.

En la visita al sitio donde reposan los archivos de gestión del Proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, llevada a cabo el 04/04/2022, se encontró que existen los siguientes elementos:



Una (01) estanterías de un (1) entrepaños cada una, con dos (2) caras por cada puerta corrediza, en buen estado de conservación.

El uso de este archivo de gestión está distribuido para el proceso Auditoría a los Sujetos Vigilados AICR01 de acuerdo con el volumen de documentos que cada área tenga en gestión y aplicando los tiempos de retención documental que por ley deben cumplirse.

En la revisión de cajas y carpetas, se observó que la marcación de estas cumple con el estándar definido en la Guía de Organización de Archivo de Gestión GDGU01, numeral 8.6.1 “Rotulación de cajas y carpetas de documentos físicos”.

El numeral en comento señala:

“8.6.1 Rotulación de cajas y carpetas de documentos físicos. La identificación de las unidades de almacenamiento (cajas y carpetas) se realizará según las series y subseries contempladas en la Tabla de Retención Documental, para facilitar posteriormente su recuperación y consulta.

Rótulo de Carpeta Institucional – Formato GDFT13: Se encuentra ubicado en la parte derecha horizontal de la carpeta y se debe diligenciar así:

Rótulo Caja – Formato GDFT12: Las cajas y carpetas deben conservar el orden definido y secuencial de izquierda a derecha, partiendo desde la fecha más antigua hasta la fecha más reciente.

Como se puede observar, en el siguiente material fotográfico, las cajas y las carpetas que reposan en el archivo de gestión correspondiente al proceso Auditoría a los Sujetos Vigilados AICR01, cumple con los estándares de marcación establecidos.

En el archivo de gestión del proceso Auditoría a los Sujetos Vigilados AICR01, actualmente se encuentran las vigencias 2019, con nueve (9) cajas correspondientes a PQR y siete (7) cajas de auditorías, para la vigencia 2020 está comprendido de treinta y cuatro (34) cajas de PQR y ocho (8) cajas con información de auditorías, para el 2021 con trece (13) cajas con información de PQR y seis (6) de auditorías, y en el 2022 a la fecha de realizarse la auditoria cuenta con dos (2) cajas con información de PQR, para un total de 84 cajas.



Bajo el sustento de la evidencia objetiva recaudada, el equipo auditor de la OCI evidenció que el proceso Auditoría a los Sujetos Vigilados AICR01, en un ejercicio de autocontrol (Componente del Modelo Estándar de Control Interno MECI), ha establecido estrategias al interior de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, para controlar las situaciones que se hubieran presentado en vigencias anteriores, en el manejo y administración de sus archivos (tanto el que se encuentra en gestión como el que está en el archivo central), entre las que se enuncian las siguientes:

- Tanto el archivo de gestión como el archivo central se encuentran con estrictas medidas de cadena de custodia, por la naturaleza de los expedientes e información de los procesos auditados.

- Los expedientes de las auditorías se encuentran en físico.

De acuerdo con lo anterior, la OCI observó que el proceso auditado se encuentra actualmente conforme a las disposiciones o regulaciones vigentes en la materia, en especial los siguientes:

- Guía Organización de Archivo de Gestión GDGU01.

- Decreto 1499 de 2017 (MIPG) en su dimensión 5 “Información y Comunicación” que se articula con la Ley 594 de 2000, artículos 4º, 16 y 17.

- Ley 1952 de 2019 en sus artículos 38 literal 6.

- Acuerdo 038 de 2002, artículo 1º.

- Acuerdo 042 de 2002, artículo 3º.

La correcta aplicación de las normas anteriormente citadas permite garantizar el cumplimiento de actividades administrativas y técnicas para el manejo y organización de la documentación producida y recibida por los procesos auditados, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación, de igual forma se minimiza la materialización de riesgos al interior de los procesos auditados, sobre la pérdida de expedientes o folios, lo cual se resume en:

1. La obligatoriedad de la conformación de los archivos.

2. La responsabilidad institucional en la administración de sus archivos.

3. La obligación de los funcionarios de velar por la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información de los documentos de archivo y su responsabilidad por la organización, conservación y preservación.

4. Prevenir la materialización de riesgos como pérdida de documentos, deficiente acceso a la información, duplicidad de procesos, trabajo remoto ineficaz entre otros, por no tener los archivos clasificados y archivados de acuerdo con las tablas de retención documental (TRD), establecidas por la entidad.

Lo anterior, conllevó al equipo auditor de la Oficina de Control Interno a formular la **conformidad N. 3**, que se puede consultar en el **numeral 2.1.3** del presente informe.

1.1.8. Adopción e implementación de medidas para mitigar la propagación del virus generado ante pandemia por COVID 19.

El equipo auditor evidenció, que el proceso auditado, está dando aplicabilidad a lo establecido en la Circular Interna No. 202110000000184 del 19/07/2021 *“Retorno al Desempeño de Funciones de Forma Presencial – Continuación Protocolos de Seguridad y Salud para COVID-19”*, donde se impartió instrucción referente:

- “1. Medidas Administrativa - Trabajo en casa.
2. Jornada Laboral.
3. Trabajo en Casa – Teletrabajo
4. Medidas para contratistas de prestación de servicios y supervisores de contratos.
5. Controles de bioseguridad, medidas locativas y Suplementarias.
6. Apoyo Interno Oficina de Tecnologías de la Información.
7. Responsabilidad Social Individual (RSI).
8. Líneas de Atención y Emergencia COVID-19 SNS”.

Ahora bien, el equipo auditor logró constatar que la SNS expidió la Circular Interna N. 2022910010000001-4 del 06-01-2022 *“Lineamientos para el reingreso de los funcionarios a la prestación del servicio presencial a partir del 11 de enero de 2022”*

- “1. Jornadas para la Prestación del Servicio
2. Trabajo En Casa -Teletrabajo
3. Medidas para Contratistas de Prestación de Servicios y Supervisores de Contratos
4. controles de bioseguridad, medidas locativas y suplementarias
5. responsabilidad social individual (RSI)”.

De acuerdo con la evidencia aportada por el proceso, se evidenció el cumplimiento de las medidas adoptadas por la SNS para dar cumplimiento a las medidas de autocuidado en el desarrollo de sus funciones, actividades laborales y contractuales, cumpliendo de forma permanente las medidas y protocolos de bioseguridad establecidos en procura de la disminución del riesgo de transmisión del Coronavirus COVID-19.

De igual forma se aportó como evidencia el diligenciamiento del formato ASFT33 V2 *“plantilla organizacional para trabajo en casa”*.

Se evidenció entre otros el seguimiento a los correos dirigidos a la Dirección de Talento Humano, la distribución del personal del área de tal forma que se garantice que en cada jornada no se supere una concentración mayor del 50% de los servidores que laboran de forma presencial, lo anterior para

garantizar el cumplimiento de medidas de autocuidado y de bioseguridad tales como el distanciamiento físico entre servidores públicos

Lo anterior conllevó al equipo auditor a determinar que en el proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados” AICR01, se han implementado las medidas de bioseguridad determinadas por la SNS para contrarrestar la pandemia del COVID 19.

1.1.9. Considerar los resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad, (Modificaciones a Procesos o Procedimientos con soporte de actividades de Participación y Rendición de Cuentas).

En atención a la evidencia objetiva aportada por el proceso auditado, se evidenció que la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución No. 2021160000013716-6 del 27 de octubre de 2021, “Por medio de la cual se implementa el proceso de transición de los procesos de la Superintendencia Nacional de Salud”, donde se establece un período de transición de ajuste y actualización del mapa de procesos, procedimientos, formatos, guías, manuales y demás documentación asociados a las funciones y cambio estructural establecido mediante el Decreto 1080 de 2021, el cual irá de septiembre de 2021 a diciembre de 2022.

Ahora bien, la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, ha sostenido reuniones (mesas de trabajo) con los asesores designado por la Oficina Asesora de Planeación para modificar y actualizar los nuevos procesos y procedimientos, donde estos se han tenido en cuenta para su elaboración y/o proyección los resultados de las actividades de participación ciudadana que ha realizado la Superintendencia Nacional de Salud.

1.1.10. Medición de la satisfacción de los grupos de valor en períodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional

La Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, de acuerdo con la evidencia aportada, ha manifestado que, en las capacitaciones, mesas de articulación y en las ferias de atención al ciudadano, se han realizado interacciones con los grupos de valor sobre derechos y deberes en temas de salud, manteniendo comunicación constante con los mismos.

Ahora bien, es necesario que la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS en coordinación con la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, implemente al interior del proceso los mecanismos tendientes a obtener por parte de los grupos de valor la evaluación a través de los canales establecidos para tal fin por la Superintendencia Nacional de Salud.

De igual forma, es importante incentivar a los usuarios para que califiquen el servicio prestado a través de las distintas herramientas disponibles para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud; lo anterior con el propósito de que nos permita reconocer e identificar las características,

necesidades, intereses, expectativas y preferencias de la población objetivo, lo cual contribuye a la adecuada planificación y desarrollo de una oferta institucional y de servicios coherentes con los requisitos identificados por los grupos de valor.

De igual forma para la composición del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2022, se realizó la socialización en donde se recibieron observaciones por parte de los ciudadanos interesados en la construcción del PAAC 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, que fueron atendidos como requerimientos para ser analizados e incluidos, temas estos que serán objeto de verificación por parte de la Oficina de Control Interno en el seguimiento al PAAC 2022.

1.2. Proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud Código AUCR01.

1.2.1. Funciones de conformidad con el Decreto 1080 de 2021 y demás que aclaren, modifiquen o revoquen.

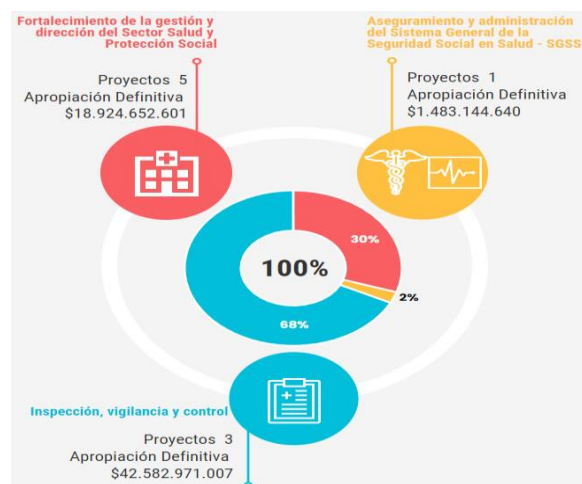
Funciones del Despacho Superintendente Delegado para la Protección al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud		
Funciones	Cumple/ NO Cumple	Observación OCI
5. Mantener un sistema de priorización y alertas permanentes para el monitoreo integral de riesgos sobre el cumplimiento de los derechos en salud y la debida atención y protección al usuario.	SI	Al respecto la SDPU señaló que cuenta con Metodología de Evaluación de Desempeño en Atención al Usuario de EPS, la cual se aplica trimestralmente, generando como resultados una calificación de EPS así: -Calificación 1 se traslada a investigaciones administrativas -Calificación 2 se solicita plan de mejora a la EPS -Calificación 3 se realiza requerimiento de información -Calificación 4 se continua en monitoreo. Con base en lo anterior el equipo auditor de la oficina de Control Interno concluyó el cumplimiento de la función objeto de verificación.
13. Desarrollar lineamientos y estrategias para la capacitación y divulgación sobre derechos y deberes en salud, la debida atención y protección al usuario, y la participación ciudadana.	SI	Sobre el particular el equipo auditor de la oficina de Control Interno evidenció el cumplimiento de la función, precisando que, para ello, se realizan jornadas de capacitación (virtuales y presenciales) en derechos y deberes en salud. Con base en lo anterior el equipo auditor de la oficina de Control Interno concluyó el cumplimiento de la función objeto de verificación.
14. Apoyar la operación de la estrategia de la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a los lineamientos institucionales.	NO	Al respecto una vez consultadas las acciones emprendidas para dar cumplimiento a esta función, la SDPU indicó que, no se ha solicitado apoyo a la DPU por parte del comité interno de la Red de Controladores. Con Fundamento en lo anterior el equipo auditor de la OCI reitera la no conformidad N. 1 , incorporada en el numeral 2.4.1 del presente informe.
15. Organizar en coordinación con la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las actividades de protección al usuario, servicio al ciudadano y participación ciudadana que requieran gestión desde el territorio, de acuerdo con las políticas y procedimientos institucionales.	SI	Sobre el particular el equipo auditor de la oficina de Control Interno evidenció el cumplimiento de la función, para lo cual se aportaron auto y acta de visitas, aunado a comisión de apoyo para efectos de realizar actividades de protección al usuario, servicio al ciudadano y participación ciudadana que requieran gestión desde el territorio. Con base en lo anterior el equipo auditor de la oficina de Control Interno concluyó el cumplimiento de la función objeto de verificación.
16. Ordenar la realización de auditorías, visitas, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control.	SI	El componente del Sistema Integrado de Atención al Usuario -SIAU, durante 01 de octubre de 2021 y 31 enero de 2022, las Direcciones regionales (Nororiental, Orinoquía y Norte), desarrollaron 22 visitas a oficinas de atención al ciudadano; de las vigiladas ubicadas en el territorio, aspecto que de acuerdo con la evidencia aportada fue comprobado por el equipo auditor de la OCI. Con base en lo anterior el equipo auditor de la oficina de Control Interno concluyó el cumplimiento de la función objeto de verificación.
17. Trasladar, a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas o a las instancias competentes, las presuntas irregularidades	NO	De conformidad con la información remitida mediante correo electrónico del 16/02/2022 por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, en la cual se indicó: <i>"durante la vigencia no se han efectuado traslados a la Delegatura de Investigaciones Administrativas"</i> . Sobre el particular el equipo auditor de la OCI señala que de la lectura

Funciones del Despacho Superintendente Delegado para la Protección al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud		
Funciones	Cumple/ NO Cumple	Observación OCI
o asuntos que puedan conllevar infracción de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el análisis técnico realizado.		realizada a los informes de visitas inspectivas efectuadas a: FAMISANAR EPS, Dirección de Sanidad Policía en la Ciudad de Neiva, Departamento del Huila y ECOOPSOS EPS SAS en el Municipio de Ubaté, Departamento de Cundinamarca, se identifica un elemento común y es el establecimiento de hallazgo ante inoportunidad en la respuesta de PQRD recibidas por estos sujetos vigilados; aspecto que motivó a los auditores designados por la SDPU a declarar el incumplimiento de normas Constitucionales y legales que regulan distintos aspectos del SGSSS. Lo anterior, al configurar incumplimiento, podría activar la función de control en la SNS, aspectos estos que motivan al equipo auditor de la OCI a elevar Observación al proceso Gestión de Atención al Usuario en el SGSSS, con el fin de que se pueda hacer un análisis del impacto y las consecuencias que podrían tener los hallazgos identificados en las visitas inspectivas objeto de muestra y en consecuencia, concluir de conformidad con lo preceptuado con el numeral 17 artículo 19 del Decreto 1080 de 2021, la necesidad de efectuar traslado a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas o a las instancias competentes, las presuntas irregularidades o asuntos que puedan conllevar infracción de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente es pertinente indicar que el procedimiento de visita AIPD03, como uno de sus puntos de control contempla lo referente a la realización de traslados para efectos de control, situación que se sugiere sea tenida en cuenta para las decisiones que en derecho corresponda. Con base en lo anterior se formula la observación N. 3 incorporada en el numeral No. 2.3.3.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

1.2.3. Ejecución Proyectos de Inversión vigencia 2021

De acuerdo con lo establecido, mediante Decreto No. 1805 del 31 de diciembre de 2020, "Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2021, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos", la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2021, le fue asignado presupuesto por valor de \$194.523.112.248, de los cuales \$131.532.344.000 fueron asignados para Funcionamiento y una apropiación inicial por concepto de Inversión por valor de \$62.990.768.248, esto mediante la suscripción de nueve (9) Proyectos de Inversión, inmersos en tres (3) Categorías, como se ilustra en la gráfica.



Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

De ello, en la categoría "Inspección, Vigilancia y Control" se encuentra el Proyecto de Inversión denominado "Fortalecimiento de la Atención, Protección y Promoción de la Participación de los Ciudadanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud", que tiene como objetivo "Fortalecer la atención, protección y promoción de la participación de los ciudadanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud", con asignación presupuestal de \$23.081.541.196.

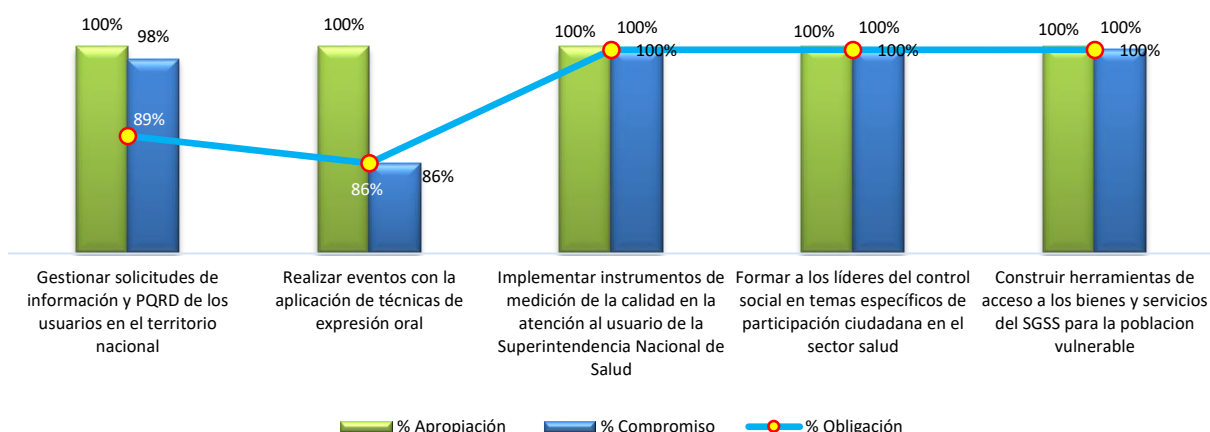
Ejecución que se encuentra contemplada en actividades así:

Distribución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario Vigencia 2021 - Rubro C_1903_0300_6			
Actividades	Apropiación	Compromiso	Obligación
Gestionar solicitudes de información y PQRD de los usuarios en el territorio nacional	\$20.908.264.769	\$20.563.473.621	\$18.489.468.710

Distribución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario Vigencia 2021 - Rubro C_1903_0300_6			
Actividades	Apropiación	Compromiso	Obligación
Realizar eventos con la aplicación de técnicas de expresión oral	\$381.107.751	\$327.384.194	\$327.384.194
Implementar instrumentos de medición de la calidad en la atención al usuario de la Superintendencia Nacional de Salud	\$124.497.992	\$124.000.000	\$124.000.000
Formar a los líderes del control social en temas específicos de participación ciudadana en el sector salud	\$102.409.639	\$102.000.000	\$102.000.000
Construir herramientas de acceso a los bienes y servicios del SGSS para la población vulnerable	\$65.261.045	\$65.000.000	\$65.000.000
TOTAL	\$23.081.541.196	\$ 22.681.857.814	\$ 20.607.823.917

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

**Distribución Presupuesto Inversión Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario
Vigencia 2021 - Rubro C_1903_0300_6**



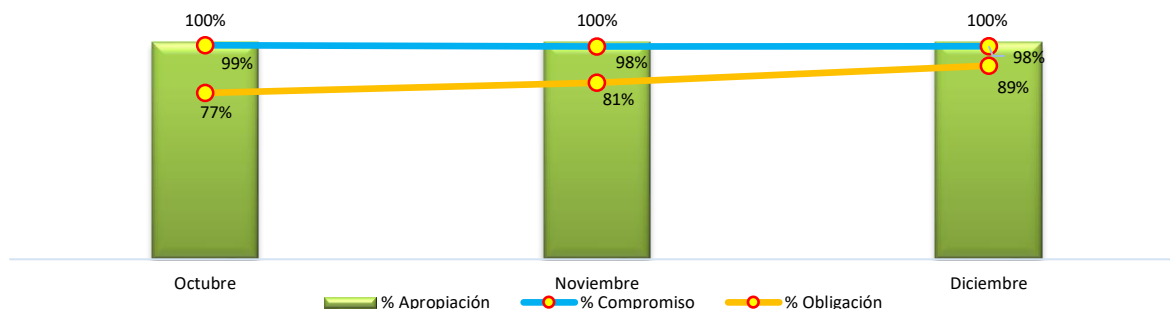
Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Concluyendo, que a corte diciembre de la vigencia 2021, fueron ejecutados un total de \$22.681.857.814 por concepto de compromisos equivalente al 98% y \$20.607.823.917 por concepto de obligación equivalente al 89%.

Ejecución presupuestal Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSS			
Vigencia 2021	Apropiación	Compromiso	Obligación
Octubre	\$ 23.081.541.196	\$ 22.783.327.507	\$ 17.702.965.790
Noviembre	\$ 23.081.541.196	\$ 22.652.036.502	\$ 18.785.674.090
Diciembre	\$ 23.081.541.196	\$ 22.681.857.814	\$ 20.607.823.917

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Presupuesto Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario
Octubre - Diciembre vigencia 2021



Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Respecto de la ejecución por concepto de obligación, se observó que está obedeció a la no utilización de los recursos para viáticos y línea 018000513700 (Centro de Contacto), de lo cual se precisa que estos recursos fueron liberados.

Por lo tanto, la Oficina de Control Interno en atención a la gestión desarrollada por parte de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, evidenció una adecuada gestión respecto de la ejecución de los Proyectos de Inversión que les fueron asignados para la vigencia 2021.

Con fundamento en lo anteriormente referido, la Oficina de Control Interno formula la **conformidad N. 1** al Proceso “*Gestión de atención al usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud*” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, la cual puede ser consultada **en el numeral 2.1.1 del presente informe**.

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

Identificación del riesgo

Riesgo. Posibilidad de afectación reputacional por reiteración de PQRD de ciudadanos o resultado deficiente de la encuesta de satisfacción debido a la inadecuada orientación por parte de funcionario o contratista de la SNS antes las solicitudes de los ciudadanos.

Causas: (Internas)

- Falta de ciclos permanentes de actualización en normatividad y competencias de la SNS teniendo en cuenta que es un sector en continuo cambio.
- Relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.
- Multicanales para atención al usuario y radicación de PQRD
- Efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos.

Consecuencias:

- Inadecuada toma de decisiones por parte del peticionario
- Alto volumen de quejas ante la entidad
- Pérdida de credibilidad e imagen institucional

Análisis del riesgo inherente

Probabilidad: 100% - **Impacto:** Mayor 20% - **Zona de Riesgo:** Alta

En cuanto a la **Identificación del Riesgo**, tal y como se encuentra dispuesto, se trata lo referente a la posibilidad de afectación reputacional por reiteración de PQRD de ciudadanos o resultado deficiente de la encuesta de satisfacción, debido a la inadecuada orientación por parte de funcionario o contratista de la Superintendencia Nacional de Salud ante solicitudes de los ciudadanos.

Hasta aquí se contempla un riesgo de gestión, en el cual se identifica una preocupación institucional en el sentido que, ante eventual deficiente percepción ciudadana por reiteración de PQRD o inadecuada orientación a la ciudadanía, se afecte la reputación de la organización.

Ahora bien, al confrontar la redacción del riesgo, respecto del objetivo planteado en el procedimiento “Trámite de PQRD” el cual prevé, *“Elaborar respuestas a derechos de petición de la entidad, gestionar las quejas, reclamos, denuncias, y solicitudes de información, mediante análisis, clasificación, interpretación y aplicación de la Metodología de Evaluación de desempeño de las EPS en la Atención al Usuario AUGU09 y demás acciones de inspección y vigilancia; y el envío de respuestas a las partes interesadas conforme a la ley, para brindar al ciudadano un servicio de calidad y satisfacer eficientemente sus necesidades y requerimientos”*, se evidencia como el procedimiento destaca o presenta como eje fundamental el brindar al ciudadano un servicio de calidad y satisfacer eficientemente sus necesidades y requerimientos, es decir, el procedimiento se desarrolla en torno al usuario del sistema o ciudadano, y no, hacia una preocupación interna como lo es la reputación organizacional.

En ese orden de ideas, no se denota una alineación plena del riesgo objeto de análisis y el objetivo del procedimiento de “Trámite de PQRD”, motivo por el cual se invita al proceso “Gestión de Atención al Usuario” a estudiar la viabilidad de identificar y dar el correspondiente tratamiento a un eventual riesgo de gestión que limite o afecte la posibilidad de satisfacer eficientemente las necesidades y requerimientos de la ciudadanía; lo anterior motivó a formular la **recomendación No. 8** incorporada en el **numeral 2.2.8** del presente informe.

Ahora bien, con el fin de realizar monitoreo a los controles definidos, a continuación, se describen estos, a la par que se presentan análisis por parte del equipo auditor de la oficina de Control Interno, a partir de muestra tomada para el efecto.

Valoración del riesgo

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE DE EJECUTAR EL CONTROL	OBSERVACIÓN OCI
El líder del proceso, los Coordinadores de Grupo y los Directores Regionales, efectúan revisión al comunicado y respuesta proyectada cada vez que se dé una contestación por escrito al peticionario, con el fin de evitar una orientación inadecuada. En el evento de no estar acorde con lo requerido, se solicita al responsable efectuar el ajuste. Se evidencia su gestión mediante la firma digital del documento	Director de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana, Director de Inspección y Vigilancia para la Protección al Usuario, Coordinadores de Grupo y Directores Regionales	Para efectos de verificar el cumplimiento a este control, el equipo auditor de la oficina de Control Interno tomó una muestra de cuatro (4) PQRD, una por cada mes del alcance definido en la auditoría, gestionadas a través de canal escrito, con el fin de establecer si en estas se efectuaron revisiones a la proyección de respuestas y de este modo evitar una orientación inadecuada. 1. Radicado 202131002890102, la revisión de la respuesta proyectada a usuaria del SGSSS, la realizó la Superintendente Delegada Para la Protección al Usuario. 2. Radicado 20219300403461382, la revisión de la respuesta proyectada a usuaria del SGSSS, la realizó la Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Atención a PQRS y Solicitudes de Información. 3. Radicado 20219300403484282, la revisión de la respuesta proyectada a usuaria del SGSSS, la realizó la Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Atención a PQRS y Solicitudes de Información. 4. Radicado 20219300403761142, Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Atención a PQRS y Solicitudes de Información. Con base en lo anterior se evidenció el cumplimiento del control.

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE DE EJECUTAR EL CONTROL	OBSERVACIÓN OCI
El líder del proceso realizará mensualmente una revisión o calibración al centro de contacto de la Supersalud, en la que verificará aleatoriamente la calidad de las respuestas que se le dan a los usuarios a través de los canales de atención no presenciales de la entidad: telefónico, redes sociales, video llamada, llamada en línea y chat web, con el fin de examinar las orientaciones inadecuadas que se puedan estar dando. En el evento de no estar acorde con lo requerido, se solicita al Centro de Contacto efectuar el ajuste. Se evidencia su gestión mediante el acta.	Delegada para la Protección al Usuario, Director de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana, Comunicadora Social de la DPU, Asesor y representantes del Grupo de Estadísticas.	Para estos efectos, es decir, verificar que las labores de calibración se estén efectuando, se acudió a los contenidos de las actas por las cuales se documentan estas gestiones, concluyendo que el control se realiza permitiendo detectar oportunidades de mejoramiento o la realización de ajustes en cuanto a la orientación que se le brinda a usuarios del SGSSS desde el centro de contacto contratado para tal fin, así: 1. Acta GE-5185, al calibrar se presentaron deficiencias con un agente, con solicitud de ajustes. 2. Acta GE-5334, al calibrar se presentaron deficiencias con un agente, con solicitud de ajustes. 3. Acta GE-5514, al calibrar se presentaron deficiencias con un agente, con solicitud de ajustes. 4. Acta GE-5768, al calibrar se presentaron deficiencias con un agente, con solicitud de ajustes. Con base en lo anterior se evidenció el cumplimiento del control.
Los Directores Regionales cuando se presente o se requiera informará a la Dirección de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana las fallas en las orientaciones inadecuadas que presenten los agentes del Centro de Contacto. Esta actividad se evidencia a través de los correos enviados por las Regionales	Directores Regionales	En ejercicio del control previsto, se identificó como la Dirección Territorial Orinoquía informó a la sede central de la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de la posible materialización del riesgo de gestión denominado "Orientación inadecuada por parte de funcionario o contratista de la SNS ante la PQRD o Solicitud de Información presentada por los ciudadanos", en razón a que usuario que acudió a esa dirección territorial radicó una Acción de Tutela, la cual fue puesta en conocimiento sin inmediatez de profesional adscrito a dicha área de trabajo para el correspondiente trámite, sin percatarse que la entidad no es autoridad competente para atender ese tipo de acciones constitucionales. El ingreso de la Acción de Tutela se efectuó a la entidad el 22/12/2021 y fue hasta el 27/01/2022, cuando esta fue remitida mediante SuperArgo a profesional adscrito a esa sede territorial. Al consultar a la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario sobre el particular, se indicó que la situación presentada, luego de ser analizada concluyó con la materialización del riesgo denominado "Posibilidad de afectación reputacional por reiteración de PQRD de ciudadanos o resultado deficiente de la encuesta de satisfacción debido a la inadecuada orientación por parte de funcionario o contratista de la SNS antes las solicitudes de los ciudadanos", para lo cual se cargó la información del caso al sistema de gestión y planeación ITS, con el fin de gestionar plan de mejoramiento, información reportada el 18/02/2022 generando el plan No. 1185, sin que, a la fecha de revisión en ITS de la formulación o avance en la gestión del plan de mejoramiento, esto es, 08/04/2022, se cuente con avance alguno al respecto. En ese orden de ideas, se concluye que el control está funcionando en la medida que el reporte a cargo de Directores Regionales se está efectuando, sin embargo, las acciones correctivas o de mejoramiento que se deben emprender a partir de la materialización del riesgo, y específicamente para el caso concreto antes expuesto no se han diseñado y menos aún ejecutado. Con base en lo anterior el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, concluyó el cumplimiento del control, y la necesidad de formular la observación N. 3 incorporada en el numeral 2.3.3 del presente informe, dirigida a la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario con el objeto de que en calidad de líder del proceso afectado " <i>Gestión de Atención al Usuario en el SGSSS</i> " y con la concurrencia de la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Recaudadores y Administradores de Recursos en el SGSSS como líder funcional de las Direcciones Territoriales en la SNS, se emprendan gestiones eficientes y efectivas que permitan adoptar una metodología robusta que posibilite formular un plan de mejoramiento que elimine la causa raíz de la situación detectada, contando para ello con el acompañamiento metodológico de la oficina Asesora de Planeación.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Plan de manejo del riesgo

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

ACCIÓN	OBSERVACIÓN OCI
Capacitar al equipo de trabajo de la Delegada para la Protección al Usuario en los procesos de trámite de PQRD y SIS para reforzar los conocimientos de los funcionarios	Como se puede observar el plan de manejo del riesgo comporta acciones tendientes a efectuar capacitaciones a los funcionarios que trabajan en este proceso, las cuales procuran reforzar sus conocimientos o sensibilizarlos para emplear lenguaje claro, sin dejar de lado lo referente a la calibración mensual que se hace al centro de contacto. Lo relativo a las capacitaciones en el trámite de PQRD y peticiones SIS tiene como fecha prevista para su culminación el 30/06/2022, no obstante, esta ya fue dada el 22/03/2022. Para efectos de sensibilizar a los funcionarios y contratistas se han desarrollado dos (2) campañas utilizando para ello el correo electrónico institucional, remitiendo tips de lenguaje claro. En cuanto a las calibraciones mensuales como se evidenció, estas también funcionan como control al riesgo inherente, concluyendo que estas se realizan, posteriormente efectuando retroalimentación al Gerente de la Orden de Compra respecto a las deficiencias en la información brindada por algunos agentes a usuarios del sistema en el marco de la operación. Este plan de manejo, a la fecha de verificación (11/04/2022) lleva un porcentaje de avance igual al 63%, contando aún con el suficiente tiempo para ejecutarlo al 100% (30/12/2022).
Sensibilizar a los funcionarios y contratistas de la Delegada para la Protección al Usuario en la importancia de realizar el curso de lenguaje claro	
Realizar calibración mensual al centro de contacto, con el objeto de revisar la información suministrada a los usuarios que utilizan los canales de atención. En el evento de no estar acorde con lo requerido, se solicita al Centro de Contacto efectuar el ajuste correspondiente	

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Riesgo de Corrupción – Proceso “Gestión de Atención al Usuario en el SGSSS”

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

Causas: (Internas)

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

Consecuencias:

- Pérdida de confianza de la entidad, por ende, afecta la imagen institucional.

Análisis del riesgo inherente

Probabilidad: Rara vez - **Impacto:** Mayor - **Zona de Riesgo:** Alta

Ahora bien, con el fin de realizar monitoreo a los controles definidos, a continuación, se describen estos, a la par que se presentan análisis por parte del equipo auditor de la oficina de Control Interno, a partir de muestra tomada para el efecto.

Valoración del riesgo

ACCIÓN	OBSERVACIÓN OCI
El líder del proceso mensualmente monitorea los tiempos de respuesta de las PQRD asignadas a su grupo de trabajo, con el fin de verificar el cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente. En el evento de observar el incumplimiento en los términos de respuesta, se solicitará al responsable efectuar el ajuste correspondiente y la estrategia para mejorar los tiempos de respuesta. Se evidencia con correo electrónico.	Desde la Superintendencia Delegada Para la Protección al Usuario, se realiza seguimiento mensual a los tiempos de respuesta de los derechos de petición asignados a los Grupos Internos de Trabajo, como también, a los puntos rojos que cada funcionario tiene y debe gestionar en el Sistema de Gestión Documental. De acuerdo con el análisis y seguimiento, se estableció que no se están cumpliendo con los tiempos de respuesta, razón por la cual, la Superintendente Delegada solicitó a la Dirección de Atención al Usuario un plan de contingencia para lograr el mejoramiento de estos, el cual se encuentra cargado en ITS y ejecutado al 100% bajo el plan identificado con el número 910. Con base en lo anterior se concluyó la realización del control

ACCIÓN	OBSERVACIÓN OCI
El líder del proceso diariamente realizará la revisión y aprobación de los oficios proyectados para gestionar la PQRD en el sistema, con el fin de validar la forma y coherencia de las respuestas emitidas. En el evento de observar falta de calidad, realizará la devolución en el sistema al responsable para que realice los ajustes correspondientes. Se evidencia en el sistema SuperArgo.	Como se ha podido evidenciar con base en muestra tomada para el efecto, se puede observar la revisión que se efectúa a los proyectos de respuesta a peticiones presentadas por usuarios o ciudadanos, siendo estas las siguientes: 1. Radicado 202131002890102, la revisión de la respuesta proyectada a usuaria del SGSSS, la realizó la Superintendente Delegada Para la Protección al Usuario. 2. Radicado 20219300403461382, la revisión de la respuesta proyectada a usuaria del SGSSS, la realizó la Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Atención a PQRS y Solicitudes de Información. 3. Radicado 20219300403484282, la revisión de la respuesta proyectada a usuaria del SGSSS, la realizó la Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Atención a PQRS y Solicitudes de Información. 4. Radicado 20219300403761142, Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Atención a PQRS y Solicitudes de Información. Con base en lo anterior se concluyó la realización del control
Los Directores Regionales aleatoriamente monitorearán que toda gestión de una PQRD quede registrada en el Sistema. En el evento de observar que no se registran, solicitará al responsable tomar los correctivos. Informe aleatorio de seguimiento a la gestión de PQRD.	Para la verificación de este control el equipo auditor de la oficina de Control Interno consultó a las Direcciones Territoriales Nororiental, Orinoquía y Norte respecto del monitoreo que deben hacer para que toda la gestión de PQRD quede registrada en el sistema. Al respecto estas direcciones indicaron: Dirección Territorial Nororiental: La Dirección Regional Nororiental para el monitoreo y seguimiento gestión PQRD ha implementado tres tipos de controles, preventivo, ex post e in situ, este último, en construcción y en desarrollo, conforme las funciones otorgadas según el Decreto 1080 de 2021, así las cosas, se procede a realizar una precisión sobre cada uno con el respectivo soporte. Control Preventivo: Designación de un funcionario profesional especializado de la Superintendencia Nacional de Salud, como líder y enlace con los agentes de la línea de frente (Américas BPS S.A.). El objetivo de este control se enmarca en el apoyo, retroalimentación y seguimiento al trámite de PQRD, así mismo, reunión con los agentes de línea de frente para establecer directrices para el monitoreo y seguimiento a la traza de las PQRD. Control Ex post: Se realiza la gestión directa a las PQRD, conforme la priorización y tipificación de PQRD, de acuerdo con dos criterios: la reiteración y la patología. A través, de la estrategia de gestión directa donde se verifica de una muestra la gestión del vigilado y el cierre efectivo para el cierre de las PQRD en el aplicativo SuperArgo PQRD. Control In situ: En este punto esta Dirección Regional se encuentra en análisis y revisión de los controles conforme el Decreto 1080 de 2021. Como soporte se adjunta lista de asistencia ASFT04 e informe gestión directa del mes enero de 2022, en el cual se presentan datos como el tipo de requerimiento, departamento, tipo de vigilado y el estado del trámite; sin embargo, no se identifica un monitoreo dirigido a establecer si toda la gestión PQRD está registrada en el sistema. Dirección Territorial Orinoquía: Conforme a la respuesta emitida, se manifestó que en la Dirección Regional de la Orinoquía dentro de las acciones desarrolladas para el monitoreo de la gestión de PQRD, se tienen como tales las siguientes: a. Mesa de Seguimiento a PQRD, donde se citan a las EPS que han presentado mayor número de PQRD y se revisan in Situ. b. Seguimiento a la gestión diaria, donde Los funcionarios de la regional realizan gestión diaria de acuerdo con lo que solicita el personal de línea de frente de Américas donde los profesionales de la SNS hacen gestión inmediata por medio de llamadas, correos o vía WhatsApp con los referentes que se tienen de cada regional de la EPS para comunicación de gestión de PQRD. c. Seguimiento a los requerimientos, para lo cual los requerimientos enviados por los funcionarios de la SNS y las respuestas enviadas por los vigilados se les envía a las funcionarias de línea de frente para que verifiquen con el usuario si la respuesta dada por la EPS es verídica. Dirección Territorial Norte: Esta dirección indicó que las PQRD que allí se reciben se hacen a través de los canales personalizado, correspondencia o correo electrónico, precisando que, es importante tener presente que posterior al rediseño institucional, los funcionarios de esta Regional no cuentan con perfiles de acceso, gestión y/o consulta en el aplicativo de Gestión PQRD, por lo que es claro que no les es posible hacer el registro de sus gestiones en sistema, sin embargo, ante la necesidad de gestión a los casos puntuales reportados a la Dirección Regional, se creó la figura de “padrinos” por cada EPS, quienes tienen a cargo la gestión virtual (correos electrónicos) y/o telefónica ante la EPS asignada, hasta lograr la prestación efectiva del servicio requerido.

ACCIÓN	OBSERVACIÓN OCI
	Finalmente se señaló que, con la finalidad de que todas las PQRD recibidas a través del correo institucional de la Dirección Regional queden registradas en sistema, estas se informan vía correo electrónico por la Directora a un embajador del servicio y al funcionario “padrino”, para su respectiva radicación y gestión, según corresponda, aclarando que toda consulta, gestión y/o verificación en el respectivo aplicativo la pueden hacer exclusivamente los embajadores del servicio. De esta forma, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno concluye específicamente para las Direcciones Territoriales Nororiental y Orinoquía la no realización del control, si bien es cierto se presentan una serie de actuaciones tendientes a gestionar las PQRD buscando resolución de fondo a estas, también lo es que, no se identificó en estas áreas de trabajo la realización de un monitoreo aleatorio para determinar razonablemente que las PQRD queden en su totalidad cargadas al sistema. En relación con la Dirección Territorial Norte, se identificó de un lado como los funcionarios de esta sede según se afirmó no tienen perfiles de acceso, gestión y consulta al aplicativo gestión PQRD, sin embargo a través de figura creada denominada “padrino” todas las PQRD recibidas a través del correo institucional de la Dirección Regional se informan vía correo electrónico por la Directora a un embajador del servicio y al funcionario “padrino”, para su respectiva radicación y gestión según corresponda. En este orden de ideas, el equipo auditor de la oficina de Control Interno eleva observación al proceso “<i>Gestión de Atención al Usuario</i>”, tendiente a analizar las condiciones en que se está realizando este control por parte de las Direcciones Territoriales, para que con la concurrencia de su líder funcional, esto es, la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSSS, se proceda a unificar criterios para su ejecución y lograr su adecuada implementación, consiguiendo los efectos esperados con el control y de esta forma al encontrarse todas las PQRD cargadas en el sistema se pueda mitigar o evitar la posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o derecho de petición.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Lo anterior motivó al equipo auditor de la Oficina de Control Interno a formular la **observación No. 4** incorporada en el **numeral 2.3.4** del presente informe.

Finalmente, ante la no materialización de riesgos de gestión y corrupción verificados en el proceso de “*Auditoría a los Sujetos Vigilados*”, y no materialización de riesgo de corrupción verificado para el proceso “*Gestión de Atención al Usuario*”, el equipo auditor de la oficina de Control Interno **reitera la conformidad N. 2** incorporada en el **numeral 2.1.2** del presente informe.

1.2.5. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) - Validación MECI Líneas de Defensa.

De conformidad con el plan de auditoría, el equipo auditor de la oficina de Control Interno se propuso abordar lo referente a la Dimensión “Información y Comunicación”, para cada proceso auditado.

En este orden de ideas, al realizar solicitud inicial de información, se requirió a las Superintendencias Delegadas para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos en el SGSSSS y Protección al Usuario, con el fin de que presentara la información y evidencia que diera cuenta del acogimiento de postulados en materia de información y comunicación alineados con MIPG para los procesos que lideran y son objeto de auditoría interna.

De este modo el proceso “Gestión de Atención al Usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” brindó información la cual fue tomada en cuenta para la verificación que a continuación se presenta.

Políticas	Lineamiento de implementación	Observación OCI
Política de Gestión Documental El propósito de la política es lograr mayor eficiencia para la implementación de la gestión documental y Administración de Archivos para: propiciar la transparencia en la gestión pública y el acceso a los archivos como garante de los derechos de los ciudadanos, los servidores públicos y las entidades del Estado; recuperar, preservar y difundir el patrimonio documental de la nación en diferentes medios y soportes como fuente de memoria e identidad cultural; promover el gobierno abierto (transparencia, colaboración y participación) a través de los archivos como herramienta de control social de la gestión pública; fomentar la modernización de los archivos a través de la generación de estrategias que propicien el uso de tecnologías y proyectos de innovación	Procesos de la Gestión Documental Comprende el diseño e implementación de los procesos de la gestión documental a través de actividades relacionadas con la información y la documentación institucional para que sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y fuente de la historia. Dichos procesos son: planeación (técnica), producción, gestión y trámite, organización, transferencia, disposición de documentos, preservación a largo plazo, y valoración. Avance Tecnológico: Comprende las actividades relacionadas con la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, de manera que se permita la articulación de los documentos electrónicos con los procesos y procedimientos administrativos.	Con el fin de presentar gestiones tendientes a acoger postulados en cuanto a la política de Gestión Documental lucha contra la corrupción, el equipo auditor de la oficina de Control Interno, conforme a la verificación efectuada a la gestión documental del área, concluyó que, de acuerdo con la evidencia objetiva recaudada, el proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en un ejercicio de autocontrol, ha establecido estrategias al interior de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario para controlar y gestionar el adecuado manejo y administración de sus archivos (tanto el que se encuentra en gestión como el que está en el archivo central), para ello emprendiendo gestiones específicas como lo son: 1. Tanto el archivo de gestión como el archivo central se encuentran con estrictas medidas de cadena de custodia, por la naturaleza de los expedientes e información de los procesos auditados. 2. Los expedientes de las auditorías se encuentran en físico. Con base en lo anterior, se concluyó el acogimiento de postulados de MIPG en la materia; no obstante lo anterior, se eleva recomendación al proceso de Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objeto de que con el apoyo de la Secretaría General puedan analizarse y de considerarlo viable se puedan emprender actividades relacionadas con la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos. Con base en lo anterior se reitera la recomendación No. 5 incorporada en el numeral 2.2.5 del presente informe.
Política de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción Para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública las entidades tienen la obligación de divulgar activamente la información pública sin que medie solicitud alguna (transparencia activa); así mismo, tienen la obligación de responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a las solicitudes de acceso a la información pública (transparencia pasiva)	1. Propicie ejercicios que determinen qué otra información pública debe generar y asocie la misma a su actividad misional, consultando con sus grupos de valor los tipos de información y la utilidad pública de la misma. 2. Actualice la información de los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites –SUIT- así como, las hojas de vida de los servidores públicos en el Sistema de Información de Gestión de Empleo Público –SIGEP-. 3. Determine con claridad cuál es la información pública reservada y pública clasificada de su entidad acorde con la ley y los tiempos en los cuales el ciudadano tiene acceso restringido. No olvide capacitar y divulgar a los servidores públicos y ciudadanos estas condiciones.	Con el fin de presentar gestiones tendientes a acoger postulados en cuanto a la política de Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, el proceso indicó y soportó la realización de las siguientes actividades: 1. Publicidad y disponibilidad de manera íntegra y confiable a la ciudadanía en la página web, de la información generada en diálogos participativos con la comunidad. 2. Generación de múltiples canales de comunicación con los que cuenta la Superintendencia Nacional de Salud para la transmisión de información de interés, promoviendo la transparencia activa en la gestión. 3. Dando cumplimiento al atributo de lenguaje claro y sencillo de la información, disponible a la ciudadanía, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario publica las condiciones de tiempo, modo y lugar en donde se podrán solucionar sus inquietudes y gestionar sus trámites. 4. La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario consolida el informe de ley de transparencia según lo establecido en la Resolución 321 de 2016, la cual se encuentra publicada en la página Web de la entidad. 5. Adicionalmente sea pertinente indicar que, el equipo auditor de la oficina de Control Interno tiene conocimiento con base en ejercicios realizados en el marco del rol de “Evaluación y Seguimiento”, información referente a cuáles y cuantos son los

Políticas	Lineamiento de implementación	Observación OCI
		trámites institucionales y sus acciones de racionalización, encontrándose actualizada en el aplicativo SUIE dispuesto por el DAFP. 6. Cargue de información de los servidores públicos adscritos a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, en el aplicativo SIGEP. Con base en lo anterior, se concluyó el acogimiento de postulados de MIPG en cuanto a dimensión de información y Comunicación – política Transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
Gestión de la información Estadística Esta política busca que las entidades generen y dispongan la información estadística, así como la de sus registros administrativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el líder de Política, para mejorar la efectividad de su gestión y planeación basada en evidencias; garantizando una continua disponibilidad de información de calidad a lo largo del ciclo de la política pública; fomentando el diálogo social con la ciudadanía y los grupos de interés, en el marco de la construcción participativa de las soluciones sociales, y generando una herramienta de control político y social que permita la transparencia de las actuaciones del Estado. Permite a las entidades definir objetivos, metas y acciones para organizar y fortalecer la información estadística de una forma priorizada, teniendo en cuenta su impacto en la toma de decisiones	1. Caracterizar la información estadística producida y los registros administrativos. 2. Elaborar un plan de acción a partir del diagnóstico, que permita fortalecer la producción estadística, la administración y la gestión de los registros administrativos, atendiendo a la dimensión “Direccionamiento Estratégico y Planeación”.	Con el fin de presentar gestiones tendientes a acoger postulados en cuanto a Gestión de la información Estadística, el proceso indicó y soportó la realización de las siguientes actividades: 1. La Delegatura para la Protección al Usuario, mensualmente realiza publicación de las estadísticas generales de PQRD y solicitudes de información recibidas, esto como un insumo de conocimiento de la información disponible a la ciudadanía para el diálogo participativo con la entidad y demás partes interesadas. 2. La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario ha generado Información de interés para la ciudadanía, esto en cumplimiento a la misión de salvaguarda de los derechos y deberes en salud, con el convencimiento de que el conocimiento empodera a la población en defensa de sus intereses. Con base en lo anterior, se concluyó el acogimiento de postulados de MIPG en cuanto a dimensión de información y Comunicación – política Gestión de la información Estadística.

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

1.2.6 Resolución No. 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 20211600000137526 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, de lo cual, tomó como muestra las reuniones efectuadas durante el mes de octubre 2021 a enero 2022:

Análisis cumplimiento Resolución N. 2021160000013752–6									
Tema a Tratar	Periodicidad	Octubre GE-5975 del 08.10.2021 GE-6068 del 29.10.2021		Noviembre GE-6086 del 16.11.2021 GE-6147 del 24.11.2021		Diciembre GE- 6329 del 17.12.2021 GE- 6360 del 30.12.2021		Enero GE- 6401 del 13.01.2022	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Medición del Desempeño. Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.	Mensual	X		X		X			

Análisis cumplimiento Resolución N. 2021160000013752-6									
Tema a Tratar	Periodicidad	Octubre GE-5975 del 08.10.2021 GE-6068 del 29.10.2021		Noviembre GE-6086 del 16.11.2021 GE-6147 del 24.11.2021		Diciembre GE- 6329 del 17.12.2021 GE- 6360 del 30.12.2021		Enero GE- 6401 del 13.01.2022	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Mejora. Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Proyectos de Inversión. Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA. Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).	Mensual	X		X		X		X	
Sistema Integrado de Gestión-SIG -Revisión de los procesos liderados por el área. Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.	Trimestral			X		X		X	
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	
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	En el período motivo de evaluación no se identificó seguimiento al “cumplimiento de los compromisos relacionados con la dependencia identificados en el informe anual de 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	

Fuente: Construcción Oficina de Control Interno

Al efectuar evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la Resolución No. 20211600000137526 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, y de conformidad a las evidencias aportadas, se observó que en el proceso “Gestión de atención al usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, las reuniones de autoevaluación si bien se realizan, las mismas no son desarrolladas de conformidad a lo dispuesto en los artículos 2°, de la resolución en comento, situación que evidencia debilidad en el cumplimiento de lo regulado en el decreto 1499 del 2017 (MIPG) “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”, y en concreto a lo definido a través de las Dimensiones N. 2 y 7, en donde se precisa:

Dimensión N. 2: “Direcccionamiento Estratégico y Planeación” la cual, en uno de sus apartes señala:

*“Es importante tener presente la información generada en el análisis de capacidad institucional, informes de gestión, desempeño y cumplimiento de planes en vigencias anteriores, resultados de la evaluación de indicadores y de riesgos, **autoevaluación**, auditorías internas y externas, resultados de las estrategias de rendición de cuentas y de la consulta, diagnóstico o planeación participativa realizada, ejecuciones presupuestales, entre otras evidencias vitales para la proyección estratégica de la entidad”.*

Subrayado, cursiva y negrillas fuera del texto

Dimensión N. 7: “Control Interno” la cual, en uno de sus apartes señala:

*[...] “se busca que **cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales.***

*Se convierte, entonces, la **autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación**, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.*

– La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participan los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación. Toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones”. Cursiva y negrillas fuera del texto.

Con fundamento en lo anteriormente referido, la Oficina de Control Interno **reitera la recomendación N. 6** al Proceso “Gestión de atención al usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, la cual puede ser consultada en el **numeral 2.2.6** del presente informe.

Nota. La Oficina de Control Interno se permite precisar que en atención a lo regulado en el Artículo 1. de la resolución motivo de evaluación en donde se señala “Reuniones de autoevaluación.

*Las reuniones de autoevaluación de la Superintendencia Nacional de Salud están enmarcadas en el proceso sistémico de autoevaluación institucional de conformidad con los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno y del Sistema Integrado de Gestión de la entidad, que **busca generar espacios de inclusión, participación y compromiso de todos los funcionarios de la Entidad y el análisis de factores que inciden en el cumplimiento de la misión institucional**”; genera y brinda contexto respecto de la importancia de dar cumplimiento a lo citado en el artículo N. 2, de la misma resolución, en donde se indica “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 lo tanto, la Oficina de Control Interno consiente de la situación que se afronta a nivel mundial derivada por la pandemia de COVID – 19, invita a que se sigan generando las medidas de autocuidado y de bioseguridad tales como el distanciamiento físico, evitar aglomeraciones, entre otras, que resultan claves para salvaguardar nuestras vidas; por ello y a fin de mitigar el impacto que

podría generar el incumplimiento de los artículos inmediatamente referidos, invita a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditoría a los sujetos vigilados”, generar las reuniones que señala la resolución en comento, con la utilización de herramientas tecnológicas dispuestas por la Entidad como lo es “TEAMS”.

1.2.7. Gestión Documental.

Para el desarrollo de este ítem contemplado en el plan de auditoría, el equipo auditor de la OCI hizo verificación in situ de la gestión documental y organización de los archivos de Gestión del proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud AUCR01 de la Superintendencia Delegada de Protección al Usuario, como se describe a continuación:

Revisión de los archivos de gestión.

El marco normativo de la función archivística está 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 5, lo atinente a la “Información y Comunicación”, ítem que, en su desarrollo, si bien trata lo referente a la interacción entre todas las políticas de gestión y desempeño institucional, tiene en cuenta los lineamientos de la política de Gestión Documental.

Para la evaluación de la gestión documental y organización de los archivos, la metodología que se siguió fue la siguiente:

- a. Entrevista con los funcionarios responsables de la administración y manejo del archivo de gestión, momento en el cual se consultó respecto de:
 - Estado de cajas de archivo.
 - Estado de carpetas contenidas en las cajas de archivo.
 - Diligenciamiento carátulas en cajas y carpetas de archivo.
- b. Verificación física del estado de archivadores.
- c. Verificación aplicación de TRD.
- d. Registro fotográfico.

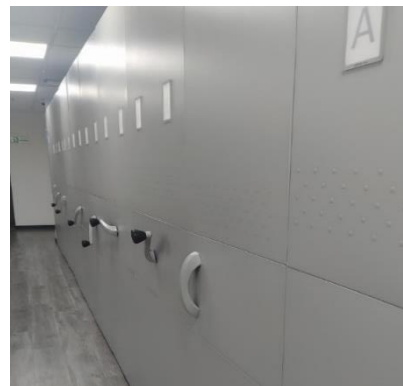
Para la revisión de los archivos de gestión, se surtieron las entrevistas ya enunciadas, de lo cual se conserva como papeles de trabajo de la auditoría, el registro fotográfico y relación de lo allí observado.

En la visita al sitio donde reposan los archivos de gestión de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, llevada a cabo el 30/03/2022 al proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud AUCR01, se encontró que existen los siguientes elementos:

Una (01) estanterías de tres (3) entrepaños cada una, con dos (2) caras por cada puerta corrediza, en buen estado de conservación.

El uso de este archivo de gestión está distribuido para el proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud AUCR01, de acuerdo con el volumen de documentos que cada área tenga en gestión y aplicando los tiempos de retención documental que por ley deben cumplirse.

En la revisión de cajas y carpetas, se observó que la marcación de estas cumple con el estándar definido en la Guía de Organización de Archivo de Gestión GDGU01, numeral 8.6.1 “Rotulación de cajas y carpetas de documentos físicos”. El numeral en comento señala:



“8.6.1 Rotulación de cajas y carpetas de documentos físicos. La identificación de las unidades de almacenamiento (cajas y carpetas) se realizará según las series y subseries contempladas en la Tabla de Retención Documental, para facilitar posteriormente su recuperación y consulta.

Rótulo de Carpeta Institucional – Formato GDFT13: Se encuentra ubicado en la parte derecha horizontal de la carpeta y se debe diligenciar así:

Rótulo Caja – Formato GDFT12: Las cajas y carpetas deben conservar el orden definido y secuencial de izquierda a derecha, partiendo desde la fecha más antigua hasta la fecha más reciente.

Como se puede observar en el siguiente material fotográfico, las cajas y las carpetas que reposan en el archivo de gestión correspondiente al proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud AUCR01, el cual cumple con los estándares de marcación establecidos.

En el archivo de gestión del proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud AUCR01, actualmente se encuentran las vigencias 2021 y 2022, para un total de 92 cajas.

Bajo el sustento de la evidencia objetiva recaudada, el equipo auditor de la OCI evidenció que el proceso Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud AUCR01, en un ejercicio de autocontrol (Componente del Modelo Estándar de Control Interno MECI), ha establecido estrategias al interior de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario para controlar las situaciones que se hubieran presentado en vigencias



anteriores, para el manejo y administración de sus archivos (*tanto el que se encuentra en gestión como el que está en el archivo central*), entre las que se enuncian las siguientes:

- Tanto el archivo de gestión como el archivo central se encuentran con estrictas medidas de cadena de custodia, por la naturaleza de los expedientes e información de los procesos auditados.
- Los expedientes de las auditorias se encuentran en físico.

De acuerdo con lo anterior, la OCI observó que el proceso auditado se encuentra actualmente conforme a las disposiciones o regulaciones vigentes en la materia, en especial los siguientes:

- Guía de Organización de Archivo de Gestión GDGU01.
- Decreto 1499 de 2017 (MIPG) en su dimensión 5 “Información y Comunicación” que se articula con la Ley 594 de 2000, artículos 4º, 16 y 17.
- Ley 1952 de 2019 en sus artículos 38 literal 6.
- Acuerdo 038 de 2002, artículo 1º.
- Acuerdo 042 de 2002, artículo 3º.

La correcta aplicación de las normas anteriormente citadas permite garantizar el cumplimiento de actividades administrativas y técnicas para el manejo y organización de la documentación producida y recibida por los procesos auditados, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación, de igual forma se minimiza la materialización de riesgos al interior de los procesos auditados sobre la pérdida de expedientes o folios, lo cual se resume en:

1. La obligatoriedad de la conformación de los archivos.
2. La responsabilidad de la administración pública en la administración de sus archivos.
3. La obligación de los funcionarios de velar por la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información de los documentos de archivo y su responsabilidad por la organización, conservación y preservación.
4. Prevenir la materialización de riesgos como pérdida de documentos, deficiente acceso a la información, duplicidad de procesos, trabajo remoto ineficaz entre otros, por no tener los archivos clasificados y archivados de acuerdo con las tablas de retención documental (TRD), establecidas por la entidad.

Lo anterior, conllevó al equipo auditor de la Oficina de Control Interno a **reiterar la conformidad N. 3**, la cual puede ser consultada en el **numeral 2.1.3** del presente informe.

1.2.8. Adopción e implementación de medidas para mitigar la propagación del virus generado ante pandemia por COVID 19.

El Equipo auditor evidenció que el proceso auditado, ha dado aplicabilidad a lo establecido en la Circular Interna No. 202110000000184 del 19-07-2021 “*Retorno al Desempeño de Funciones de Forma Presencial – Continuación Protocolos de Seguridad y Salud Para COVID-19*”, donde se impartió instrucción referente:

1. Medidas Administrativa - Trabajo en casa.
2. Jornada Laboral.
3. Trabajo en Casa – Teletrabajo
4. Medidas para contratistas de prestación de servicios y supervisores de contratos.
5. Controles de bioseguridad, medidas locativas y Suplementarias.
6. Apoyo Interno Oficina de Tecnologías de la Información OTI.

7. Responsabilidad Social Individual (RSI).
8. Líneas de Atención y Emergencia COVID-19 SNS.

Ahora bien, el equipo auditor pudo constatar que la SNS expidió la Circular Interna No. 2022910010000001-4 del 06-01-2022 *“Lineamientos para el reingreso de los funcionarios a la prestación del servicio presencial a partir del 11 de enero de 2022”*

1. Jornadas para la Prestación del Servicio
2. Trabajo En Casa -Teletrabajo
3. Medidas para Contratistas de Prestación de Servicios y Supervisores de Contratos
4. controles de bioseguridad, medidas locativas y suplementarias
5. responsabilidad social individual (RSI).

De acuerdo con la evidencia aportada por el proceso, se evidenció el cumplimiento de las medidas adoptadas por la SNS para dar cumplimiento a las medidas de autocuidado en el desarrollo de sus funciones, actividades laborales y contractuales, cumpliendo de forma permanente las medidas y protocolos de bioseguridad establecidos en procura de la disminución del riesgo de transmisión del Coronavirus COVID-19.

De igual forma se aportó como evidencia el diligenciamiento del formato ASFT33 V.2 *“plantilla organizacional para trabajo en casa”*.

Se evidenció en el seguimiento los correos dirigidos a la Dirección de Talento Humano, la distribución del personal del área de tal forma que se garantice que en cada jornada no se supere una concentración del 50% de los servidores que laboran de forma presencial, lo anterior para garantizar el distanciamiento de un (1) metro de distancia entre servidores públicos.

Lo anterior conllevó al equipo auditor a determinar que en el proceso Auditoría a los Sujetos Vigilados AICR01, se han implementado y cumplido las medidas de bioseguridad determinadas por la SNS para contrarrestar la pandemia del COVID 19.

1.2.9. Considerar los resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad, (Modificaciones a Procesos o Procedimientos con soporte de actividades de Participación y / Rendición de Cuentas).

En atención a la evidencia objetiva aportada por el proceso auditado, se evidenció que la Superintendencia Delegada para Protección al Usuario, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución No. 2021160000013716-6 del 27 de octubre de 2021, *“Por medio de la cual se implementa el proceso de transición de los procesos de la Superintendencia Nacional de Salud”,* donde se establece un período de transición de ajuste y actualización del mapa de procesos, procedimientos, formatos, guías, manuales y demás documentación asociados a las funciones y cambio estructural establecido mediante el Decreto 1080 de 2021, el cual irá de septiembre de 2021 a diciembre de 2022, donde se estableció que los procesos tiene como fecha límite para actualizar los procedimientos el 31 de diciembre de 2022.

Ahora bien, la Superintendencia Delegada para Protección al Usuario, ha sostenido reuniones (mesas de trabajo) con los asesores designado por la Oficina Asesora de Planeación para modificar y actualizar los nuevos procesos y procedimientos, donde estos han tenido en cuenta para su elaboración y/o proyección los resultados de las actividades de participación ciudadana que ha realizado la SNS.

1.2.10. Revisar la medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional

La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, de acuerdo con la evidencia aportada, ha manifestado que, durante la vigencia 2021 se continuó midiendo la satisfacción de los usuarios y adicionalmente se desarrollaron una serie de encuestas a los usuarios en donde se preguntaba sobre las actividades desarrolladas para conocer realmente su impacto y así planear la estrategia del 2022.

Ahora bien, es necesario que la Delegada implemente los mecanismos tendientes a obtener por parte de los grupos de valor la evaluación a través de los canales establecidos para tal fin por la SNS. De igual forma es importante incentivar a los usuarios para que califiquen el servicio prestado a través de las distintas herramientas disponibles para el efecto por la SNS; lo anterior con el propósito de que permita reconocer e identificar las características, necesidades, intereses, expectativas y preferencias de la población objetivo, lo cual nos permite planificar y desarrollar una oferta institucional y de servicios coherentes con los requisitos identificados por los grupos de valor.

Es importante obtener la medición de la percepción y satisfacción ciudadana, como un ejercicio constante que permite identificar puntos críticos de trabajo, oportunidades de mejora, y necesidades de los grupos de valor, realizando un análisis de la información y evaluación de los datos que surgen por el seguimiento y la valoración para mejorar los servicios y la satisfacción de los grupos de valor.

De igual forma para la composición del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2022, se realizó la socialización en donde se recibieron observaciones por parte de los ciudadanos interesados en la construcción del PAAC 2022 de la SNS, para lo cual se atendieron los requerimientos a ser analizados e incluidos, temas estos que serán objeto de verificación por parte de la OCI en el primer seguimiento al PAAC 2022.

2. HALLAZGOS

2.1 Conformidades.

2.1.1 Ejecución Proyectos de Inversión asignados durante la vigencia 2021

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno en atención a la evidencia aportada, concluyó que, existe una adecuada gestión respecto de la ejecución de los proyectos de inversión que les fueron asignados para la vigencia 2021 a los procesos “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y “Gestión de atención al usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario.

2.1.2 No materialización de riesgos de gestión y corrupción verificados en el proceso de “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, y no materialización de riesgo de corrupción verificado para el proceso “Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

Se eleva Conformidad al proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, en razón a que, al ser constatados bajo muestra tomada para el efecto, no se evidenció materialización, indistintamente de las oportunidades de mejoramiento planteadas en el presente ejercicio de auditoría, aspecto que se hace extensivo al proceso de “Gestión de Atención al Usuario” en lo que atañe al riesgo de corrupción identificado.

2.1.3 Cumplimiento de parámetros contenidos en normas archivísticas y gestión documental en el proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS”.

Al verificar las actividades desarrolladas por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario como líder del proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS”, para realizar la administración y organización de los archivos de gestión, 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.

2.2.1 Realización de traslados de conformidad a lo regulado en el procedimiento “Visitas”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, recomienda a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditorías a los sujetos vigilados” y demás actores que intervienen en el mismo, para que en cumplimiento de lo previsto en la actividad N. 10 del referido procedimiento, efectúe los traslados a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas para efectos de realización de labores de control, máxime si se tiene en cuenta la connotación de algunos hallazgos detectados en ejercicio de las visitas efectuadas.

2.2.2 Complementar consecuencias definidas para riesgo de gestión asociado al proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”.

Se recomienda a la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, como líder del proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” complementar las consecuencias identificadas para el riesgo denominado “Posibilidad de afectación reputacional y económica (detrimento patrimonial por desgaste administrativo, apertura de procesos con entes de control, y mala percepción de la SNS por parte de la ciudadanía), por Incumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de Auditorías, Visitas o acciones de inspección por contingencia nacional (Plan Nacional de Vacunación) aprobados por esta superintendencia a los vigilados, debido a posible falta de seguimiento al proceso y verificación inadecuada de la SNS, antes de aprobar planes que pudieran no ser viables”, en el sentido que en caso de configurarse el reproceso y/o afectación económica descrita en el riesgo, conlleve de igual forma al adelantamiento de investigaciones para el (los) funcionario(s) que motivaron o dieron origen a la mencionada afectación o eventual detrimento.

2.2.3 Implementación de planes de manejo del riesgo en periodos más cortos de tiempo al planteado para la vigencia 2022.

Se recomienda a la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, como líder del proceso “Auditoría a los sujetos vigilados”, que los planes de manejo para dar tratamiento al riesgo residual a partir del 2023 se efectúen en periodos más cortos al planteado para el 2022. Si bien es cierto debe entenderse que el plan de manejo actual contempla un término de ejecución igual a once (11) meses, motivado en las distintas acciones que se deben realizar y que tiene origen en el rediseño institucional, aspecto que conllevó entre otros a un proceso de reingeniería, también lo es que, a partir del 2023, una vez concluidas estas relevantes actividades, se podría implementar planes de manejo a realizar en tiempos más cortos al actual, coadyuvando en la mitigación del riesgo residual, y consecuentemente en evitar materialización; recomendación que se hace extensiva a las acciones previstas en el plan de manejo del riesgo de corrupción denominado “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar el Plan de Auditorías, el cual incluye auditorías Documentales, integrales, especiales, Forenses, visitas y acciones de inspección derivadas de contingencias nacionales (Plan Nacional de Vacunación)”.

2.2.4 Análisis para el establecimiento de adecuada evidencia que permita documentar controles para el riesgo de corrupción identificado

Se recomienda a la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, como líder del proceso “Auditoría a los sujetos vigilados”, realizar análisis que permita concluir si la evidencia dispuesta para documentar la realización de los controles definidos para mitigar el riesgo denominado “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio, a nombre propio o de un tercero para alterar el Plan de Auditorías, el cual incluye auditorías Documentales, integrales, especiales, Forenses, visitas y acciones de inspección derivadas de contingencias nacionales (Plan Nacional de Vacunación)”, es la adecuada, o por el contrario se podría documentar de otra manera atendiendo la descripción del control establecido.

2.2.5 Utilización de tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, así como caracterización de la información estadística conforme a postulados de MIPG

Se recomienda a la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, como líder del proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” y a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, como líder del proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS”, analizar la posibilidad de adoptar tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, articulando los documentos electrónicos que se produzcan con los procesos y procedimientos administrativos a su cargo, brindando mayor seguridad de la información que produce el(los) proceso(s) que lideran, facilitando su integración, la reducción de tareas manuales y consulta rápida, aunado, a viabilizar la elaboración de un diagnóstico de información estadística que fomente la adecuada administración y gestión de registros de información y en consecuencia la mejor toma de decisiones.

2.2.6 Análisis de mecanismos para la “Conformación” de las reuniones de autoevaluación en atención a la Resolución N. 2021160000013752–6

Al efectuar evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la Resolución 2021160000013752–6 del 28/10/2021 *“Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”* y de conformidad a las evidencias aportadas, se concluyó que para los procesos “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, si bien las reuniones de autoevaluación son desarrolladas de conformidad a los esquemas que se encuentran dispuestos en la citada resolución, se recomienda que en atención a lo señalado en el artículo 2°, se analice la pertinencia de establecer mecanismos que se consideren necesarios para contar con la participación en los espacios de autoevaluación por parte de todos *“los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo”*.

2.2.7 Tiempo de aprobación de Actas de Reuniones de Autoevaluación

Se recomienda al proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, respecto a las fechas de aprobación de las actas de las Reuniones de Autoevaluación, se reduzcan los tiempos de aprobación de estas; toda vez, que se identificó que, en algunos casos, los tiempos oscilan entre uno (1) y cuatro (4) meses.

2.2.8 Análisis para la eventual identificación de riesgo de gestión

Se recomienda al proceso “Gestión de Atención al Usuario” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, analizar la viabilidad de identificar riesgo de gestión que se encuentre alineado con el objetivo del procedimiento “Trámite de PQRD”, el cual plantea el *“Elaborar respuestas a derechos de petición de la entidad, gestionar las quejas, reclamos, denuncias, y solicitudes de información, mediante análisis, clasificación, interpretación y aplicación de la Metodología de Evaluación de desempeño de las EPS en la Atención al Usuario AUGU09 y demás acciones de inspección y vigilancia; y el envío de respuestas a las partes interesadas conforme a la ley, para brindar al ciudadano un servicio de calidad y satisfacer eficientemente sus necesidades y requerimientos”*, donde se mitiguen situaciones que afecten el mencionado objetivo, el cual gira en torno a la satisfacción eficiente de necesidades y requerimientos de la ciudadanía, y no, de afectaciones reputacionales en la Superintendencia Nacional de Salud.

2.3. Observaciones.

2.3.1 Realización de control o ejecución con periodicidad distinta a la definida

Se formula Observación al proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, ante la realización de control con periodicidad distinta a la definida para mitigar el riesgo denominado *“Posibilidad de afectación reputacional y económica (detrimento patrimonial por desgaste administrativo, apertura de procesos con entes de control, y mala percepción de la SNS por parte de la ciudadanía), por Incumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de Auditorías, Visitas o acciones de inspección por contingencia nacional (Plan Nacional de Vacunación) aprobados por esta superintendencia a los vigilados, debido a posible falta de seguimiento al proceso y verificación inadecuada de la SNS, antes de*

*aprobar planes que pudieran no ser viables”, toda vez que el control definido por el proceso contempla seguimientos **mensuales**, a los planes de mejoramiento y a las obligaciones y compromisos contenidos por parte de sujetos vigilados que fueron auditados o visitados, y no, trimestrales o indiscriminados como se viene desarrollando.*

2.3.2 Análisis para la realización de traslados de hallazgos al área o entidad competente

Se formula Observación al proceso “*Gestión de Atención al Usuario del SGSSS*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, para que se analice la pertinencia y conducencia para trasladar las “*irregularidades*” generadas en visitas inspectivas realizadas, con ocasión de los hallazgos detectados, donde se manifestó que los sujetos vigilados incurrieron en vulneración a normas constitucionales y legales, esto de conformidad con la muestra auditada por la Oficina de Control Interno.

2.3.3 Diseño y ejecución de plan de mejoramiento ante materialización de riesgo

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno ante materialización del riesgo denominado “*Posibilidad de afectación reputacional por reiteración de PQRD de ciudadanos o resultado deficiente de la encuesta de satisfacción debido a la inadecuada orientación por parte de funcionario o contratista de la SNS antes las solicitudes de los ciudadanos*”, y en atención a que la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario como líder del proceso “*Gestión de Atención al Usuario del SGSSS*”, realizó el cargue de la información en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), con el fin de diseñar un plan de mejoramiento ante la situación acaecida en la Dirección Territorial Orinoquía consistente en inadecuada orientación a usuario del SGSSS, eleva observación al citado proceso, para que de forma eficiente y efectiva diseñe un plan de mejoramiento bajo la aplicación de una metodología robusta que permita eliminar la causa raíz de la situación generada y que materializó el riesgo antes descrito, con la concurrencia de la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos en el SGSSS como líder funcional de las Direcciones Territoriales en la SNS, y el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación.

Al respecto debe señalarse que, la situación reportada desde la Regional Orinoquía a las Superintendencias Delegadas para la Protección al Usuario y de Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos en el SGSSS, así como a la Oficina Asesora de Planeación, reviste relevancia y urgencia en la medida que hay que evitar que ante deficiente orientación al ciudadano o dilación en algún trámite institucional se pueda afectar los derechos en salud de algún usuario del SGSSS en el territorio nacional o genere responsabilidad institucional atribuida a falta de trámite o indebida orientación.

2.3.4 Unificación de criterios para la implementación de control por parte de Direcciones.

El equipo auditor de la oficina de Control Interno eleva observación al proceso “*Gestión de Atención al Usuario*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, tendiente a analizar las condiciones en que se está realizando control dirigido a que los Directores Regionales aleatoriamente monitoreen que toda gestión de una PQRD quede registrada en el sistema, para que con la concurrencia de su líder funcional, esto es, la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, se proceda a unificar criterios para su ejecución y lograr su adecuada implementación, consiguiendo los efectos esperados con el control, y de esta forma al encontrarse todas las PQRD cargadas en el sistema se

pueda mitigar o evitar la posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o derecho de petición.

2.4 No Conformidad.

2.4.1. Debilidad en la continuidad de funciones preceptuadas en el artículo 28 del Decreto 1080 de 2021

Se formula No Conformidad al proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, ante debilidad en la continuidad de las funciones No. 15 (estrategia de Red de Controladores) y 18 (Ejercer IVC a los entes territoriales, generadores, recaudadores y administradores de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la adopción e implementación del código de conducta y buen gobierno), toda vez que en el período comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, no se evidenció continuidad de estas funciones, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1080 del 09 de septiembre 2021 “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”.

3. CONCLUSIONES

1. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno designado para auditar los procesos de “Auditoría a los Sujetos Vigilados” liderado por la Superintendencias Delegadas para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y “Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, pudo concluir que se cumplió con el objetivo planteado, esto es, dar a conocer a la Alta Dirección el desempeño de estos procesos de conformidad con la normatividad tanto interna como externa vigente, en el lapso definido como alcance del proceso auditor.

2. La Oficina de Control Interno por conducto del equipo auditor designado, concluyó que los procesos “Auditoría a los Sujetos Vigilados” liderado por la Superintendencias Delegadas para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y “Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, 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 y se efectúa una gestión documental a partir de lineamientos y normatividad vigente; todo lo anterior, en acogimiento de postulados del Modelo de Planeación y Gestión MIPG.

Si bien es cierto estos procesos en el marco del rediseño institucional materializado con el Decreto 1080 de 2021, deben afrontar nuevos retos, también lo es que, como se ha evidenciado los mismos han mostrado capacidad para asumirlos en beneficio de actores y usuarios del SGSSS, restando efectuar los análisis del caso que posibiliten brindar mejoramiento continuo conforme se expuso en el cuerpo del presente informe.

3. Limitantes: Durante el proceso de auditoría realizado, no se detectaron limitantes que impidieran conseguir el objetivo inicialmente trazado.

4. Fortalezas: Se resalta la disposición y compromiso de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, las Direcciones Territoriales Norte, Nororiental y Orinoquía, Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, al igual que la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud, con respecto al proceso de mejora continua que se pueda generar a partir del proceso de auditoría que por esté se presenta.

4. OBSERVACIONES DEL AUDITADO AL INFORME PRELIMINAR

La Oficina de Control Interno, con radicado N. 20221400000046913 del 16 de mayo de 2022 remitió a los procesos “Auditoría a los Sujetos Vigilados” liderado por la Superintendencias Delegadas para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y “Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, Informe Preliminar de Auditoría efectuada a los procesos en mención, concediendo un plazo de cinco (5) días para ejercer el derecho a la defensa y contradicción, el cual venció el 23 de mayo de 2022.

De lo cual, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario como líder del proceso “Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, mediante radicado N. 20222000000049183 del 23 de mayo de 2022, emitió respuesta al Informe Preliminar, indicando lo siguiente:

“En atención al informe preliminar de auditoría al proceso Gestión de Atención al Usuario del SGSSS, radicado bajo el consecutivo No 20221400000046913, damos respuesta a cada una de las recomendaciones y observaciones emitidas:

Recomendaciones.

2.2.5 Utilización de tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, así como caracterización de la información estadística conforme a postulados de MIPG.

Se recomienda a las Superintendencias Delegadas para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, como líder del proceso “Auditoría a los sujetos vigilados” y Protección al Usuario, como líder del proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS”, analizar la posibilidad de adoptar tecnologías de la información y las comunicaciones al desarrollo de la gestión documental y la administración de archivos, articulando los documentos electrónicos que se produzcan con los procesos y procedimientos administrativos a su cargo, brindando mayor seguridad de la información que produce el(los) proceso(s) que lideran, facilitando su integración, la reducción de tareas manuales y consulta rápida, aunado, a viabilizar la elaboración de un diagnóstico de información estadística que fomente la adecuada administración y gestión de registros de información y en consecuencia la mejor toma de decisiones.

Respuesta: *Es importante manifestar que la totalidad de los documentos producidos por esta Delegatura se encuentran contenidos en el Sistema de Información SuperArgo, los documentos ubicados en el archivo de gestión son los originales de las respuestas o requerimientos de usuarios o entidades vigiladas. Por otra parte, ocasionalmente los usuarios o vigiladas suelen solicitar los originales de los documentos radicados, en todo caso vale aclarar, que estos documentos a vigencia 2021 se encuentran en el archivo central. Sin embargo, se solicitará al Grupo de Gestión Documental su asesoría al respecto.*

2.2.6 Análisis de mecanismos para la “Conformación” de las reuniones de autoevaluación en atención a la Resolución N. 2021160000013752–6.

Al efectuar evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la Resolución 2021160000013752–6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud” y de conformidad a las evidencias aportadas, se concluyó que para los procesos “Auditoría a los sujetos vigilados” liderado por la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS y “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, si bien las reuniones de autoevaluación son desarrolladas de conformidad a los esquemas que se encuentran dispuestos en la citada resolución, se recomienda que en atención a lo señalado en el artículo 2°, se analice la pertinencia de establecer mecanismos que se consideren necesarios para contar con la participación en los espacios de autoevaluación por parte de todos “los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo”.

Respuesta: Es importante precisar que el ARTÍCULO (sic) 2. Dice: “**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”. (La negrilla no hace parte del texto original). Esta Delegatura está compuesta por direcciones y coordinadores de grupo, por tanto, las reuniones de los comités de autoevaluación de cada uno de los equipos de trabajo sean las Direcciones y/o Coordinaciones, están presididas por cada uno de sus líderes e integrantes, bajo los direccionamientos dados en el comité de autoevaluación del Despacho de la Delegatura, que preside la Delegada para la Protección al Usuario, en el cual asisten los directores y su equipo transversal.

Aunado a lo anterior, y de manera adicional, dos veces al año, esto es, una vez por semestre, la Delegada para la Protección al Usuario desarrolla un Comité de Autoevaluación general con toda la Delegatura.

2.2.8 Análisis para la eventual identificación de riesgo de gestión.

Se recomienda al proceso “Gestión de Atención al Usuario” liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, analizar la viabilidad de identificar riesgo de gestión que se encuentre alineado con el objetivo del procedimiento “Trámite de PQRD”, el cual plantea el “Elaborar respuestas a derechos de petición de la entidad, gestionar las quejas, reclamos, denuncias, y solicitudes de información, mediante análisis, clasificación, interpretación y aplicación de la Metodología de Evaluación de desempeño de las EPS en la Atención al Usuario AUGU09 y demás acciones de inspección y vigilancia; y el envío de respuestas a las partes interesadas conforme a la ley, para brindar al ciudadano un servicio de calidad y satisfacer eficientemente sus necesidades y requerimientos”, donde se mitiguen situaciones que afecten el mencionado objetivo, el cual gira en torno a la satisfacción eficiente de necesidades y requerimientos de la ciudadanía, y no, de afectaciones reputacionales en la Superintendencia Nacional de Salud.

Respuesta: Informamos que en el mes de junio de 2022 se realizará la actualización del riesgo de acuerdo con lo recomendado. Esto después del monitoreo, pues así lo tiene estipulado la Oficina Asesora de Planeación.

2.3. Observaciones.

2.3.2 Análisis para la realización de traslados de hallazgos al área o entidad competente. Se formula Observación al proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, para que se analice la pertinencia y conducencia para trasladar las “irregularidades” generados en visitas inspectivas realizadas, con ocasión de los hallazgos detectados, donde se manifestó que los sujetos vigilados incurrieron en vulneración a normas constitucionales y legales, esto de conformidad con la muestra auditada por la Oficina de Control Interno.

Respuesta: Teniendo en cuenta la observación de incumplimiento de la actividad 10 del procedimiento de visitas “AIPD03”, es preciso señalar que a través del proyecto de reingeniería que se está desarrollando con la Oficina Asesora de Planeación en la elaboración del proceso de auditorías, se establecerán acuerdos de nivel de servicio en cuyo caso se evaluará el término para esta actividad.

2.3.3 Diseño y ejecución de plan de mejoramiento ante materialización de riesgo.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno ante materialización del riesgo denominado “Posibilidad de afectación reputacional por reiteración de PQRD de ciudadanos o resultado deficiente de la encuesta de satisfacción debido a la inadecuada orientación por parte de funcionario o contratista de la SNS antes las solicitudes de los ciudadanos”, y en atención a que la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario como líder del proceso “Gestión de Atención al Usuario del SGSSS”, realizó el cargue de la información en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), con el fin de diseñar un plan de mejoramiento ante la situación acaecida en la Dirección Territorial Orinoquía consistente en inadecuada orientación a usuario del SGSSS, eleva observación al citado proceso, para que de forma eficiente y efectiva diseñe un plan de mejoramiento bajo la aplicación de una metodología robusta que permita eliminar la causa raíz de la situación generada y que materializó el riesgo antes descrito, con la concurrencia de la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos en el SGSSS como líder funcional de las Direcciones Territoriales en la SNS, y el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación. Al respecto debe señalarse que, la situación reportada desde la Regional Orinoquía a las Superintendencias Delegadas para la Protección al Usuario y de Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos en el SGSSS, así como a la Oficina Asesora de Planeación, reviste relevancia y urgencia en la medida que hay que evitar que ante deficiente orientación al ciudadano o dilación en algún trámite institucional se pueda afectar los derechos en salud de algún usuario del SGSSS en el territorio nacional o genere responsabilidad institucional atribuida a falta de trámite o indebida orientación.

Respuesta: De acuerdo con la revisión realizada por esta Delegada y la asesoría de la Oficina Asesora de Planeación, se identificó la materialización del riesgo según lo informado por la Regional Orinoquía. Razón por la cual, se desarrolló reunión de concertación con las áreas involucradas quedando evidenciado en el acta GE 6954 y en el plan de mejoramiento 1185 ubicado en el aplicativo de planeación y gestión ITS.

2.3.4 Unificación de criterios para la implementación de control por parte de Direcciones.

El equipo auditor de la oficina de Control Interno eleva observación al proceso “Gestión de Atención al Usuario”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, tendiente a analizar las condiciones en que se está realizando control dirigido a que los Directores Regionales aleatoriamente monitoreen que toda gestión de una PQRD quede registrada en el sistema, para que con la concurrencia de su líder funcional, esto es, la Superintendencia Delegada para Entes Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de recursos en el SGSSS, se proceda a unificar criterios para su ejecución y lograr su adecuada implementación, consiguiendo los efectos esperados con el control, y de esta forma al encontrarse todas las PQRD cargadas en el sistema se pueda mitigar o evitar la posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir el trámite de la PQRD o derecho de petición.

Respuesta: Respecto a esta observación, en el plan de mejora 1185 ubicado en el aplicativo de planeación y gestión ITS, quedó planteada la actividad que será liderada desde esta Delegatura”.

Ante la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario como líder del proceso “Gestión de Atención al Usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, 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 que serán objeto de seguimiento posterior.

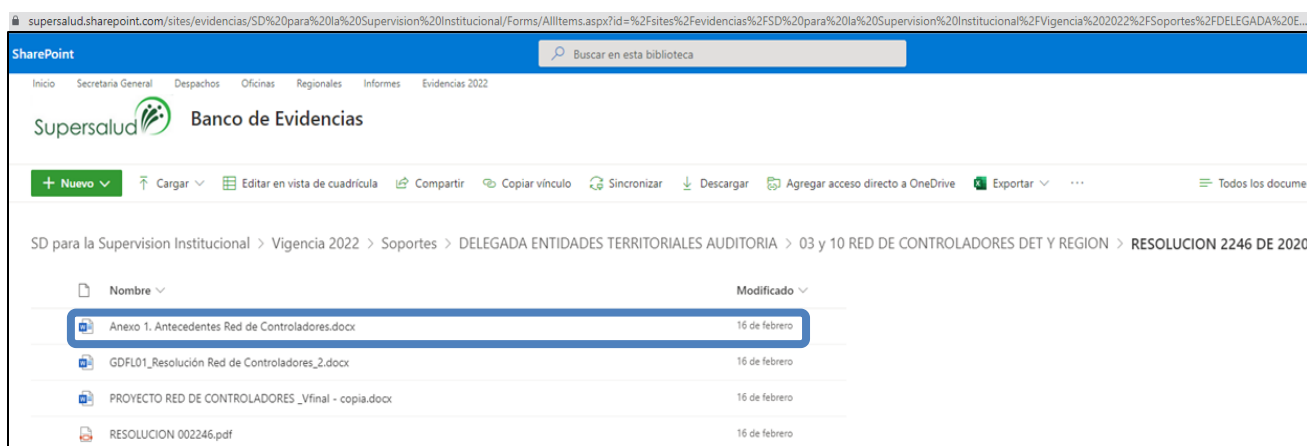
Ahora bien, por parte de la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, mediante aplicativo TEAMS, fue remitido chat del 23 de mayo de 2022 indicando:

“de conformidad con la evidencia aportada desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, en el lapso comprendido entre octubre de 2021 y enero de 2022, se informó al equipo auditor lo siguiente: “La Superintendencia no ha asumido el liderazgo natural frente a la Red de controladores y se realizan acciones reactivas, cuando los riesgos se han materializado, de tal manera que son los organismos de control, normalmente la Procuraduría y la Contraloría, quienes definen la agenda de trabajo. Existe una instancia, la Comisión Nacional de Moralización que sesiona a nivel nacional y regional que, aunque se concentra en temas de corrupción, al ser una instancia de coordinación interinstitucional puede duplicarse o confundirse con la Red de Controladores. Finalmente, no se ha desarrollado el sistema de información común para los actores de la Red que determina la Circular 7 de 2011.

Lo que quiero saber es si la afirmación de que “la superintendencia no ha asumido el liderazgo natural de la red de controladores” es una afirmación dada por alguien de nuestra delegada? o es una conclusión que ustedes sacan producto del ejercicio auditor, según la redacción, se dice que desde nuestra Delegada se les informó eso, lo cual no se quien lo pudo haber dicho o escrito salvo que haya sido alguien de una regional, por lo que me gustaría conocer la fuente de la afirmación.

Por otro lado, si es una conclusión que ustedes sacan, producto del ejercicio auditor, es totalmente válido que así sea, de acuerdo al criterio auditor confrontando conforme a la evidencia, por lo tanto, frente a eso no tendríamos objeción, sin embargo si ese es el caso, si solicitaríamos ajustar la redacción de ese párrafo en el informe final, ya que la afirmación de que “la superintendencia no ha asumido el liderazgo natural de la red” no es una afirmación que haya venido de nosotros, sino es una conclusión del ejercicio auditor”.

Al analizar el interrogante planteado desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, la Oficina de Control Interno procedió a efectuar nuevamente las verificaciones del caso, concluyendo que dichas afirmaciones hacen parte de la evidencia objetiva aportada desde esa dependencia a través de SharePoint, esto el día 16 de febrero de 2022, en el documento “Anexo 1. Antecedente Red de Controladores. Docx” (páginas 1 y 2).



Fuente: SharePoint

¿Dónde estamos?

Como se evidencia en levantamiento de información que se realiza en el punto siguiente, en el cual se describen las acciones realizadas por las áreas en materia de red de Controladores, **en el presente la entidad no ha desarrollado muchas actividades que den cuenta de una activación expresa de la red de controladores**. Se realizan acciones desde cada área para el desarrollo de sus tareas misionales que guardan relación con las funciones de la red de controladores establecidas en la Circular 7 de 2011, pero no se resaltan en el marco de esta instancia. **Las regionales son la única dependencia de la Superintendencia que en el presente realizan acciones puntuales en el marco de la red de controladores**. En el 2019 se activó la red en San Andrés, la Guajira y en Montería, esta última con ocasión de la intervención del Hospital San Jerónimo. Adicionalmente, han realizado reuniones de acercamiento con los Contralores en Norte de Santander, Boyacá, Arauca, Caquetá, Putumayo, Chocó, Valle del Cauca y Quindío. Sin embargo, **sus avances son dispares entre las regiones**, algunas regionales tienen avances puntuales, mientras que en otras son meras actividades de socialización y de establecer un acercamiento inicial. **Adicionalmente, las regionales no cuentan con un método de trabajo unánime** que permita identificar en qué momento se activa la red de controladores y qué agenda de trabajo se avanza con los otros controladores. En efecto, en estos acercamientos quienes lideran la agenda y priorizan los temas a trabajar son los otros organismos de control.

Sumado a ello, se encuentra que en el presente la Red de controladores carece de un líder que de la directriz de los lineamientos estratégicos y la agenda de trabajo. **En el presente se carece de una agenda de trabajo que unifique la labor de la entidad y que coordine a las diversas áreas responsables de ejercer labores en el marco de la red de controladores**.

La Superintendencia no ha asumido el liderazgo natural frente a la Red de controladores y se realizan acciones reactivas, cuando los riesgos se han materializado, de tal manera que son los organismos de control, normalmente la Procuraduría y la Contraloría, quienes definen la agenda de trabajo. Existe una instancia, la Comisión Nacional de Moralización que sesiona a nivel nacional y regional que, aunque se concentra en temas de corrupción, al ser una instancia de coordinación interinstitucional puede duplicarse o confundirse con la Red de Controladores. Finalmente, no se ha desarrollado el sistema de información común para los actores de la Red que determina la Circular 7 de 2011.

Subrayado y sombreado fuera del texto

Fuente: Anexo 1. Antecedente Red de Controladores. Docx (páginas 1 y 2)

De este modo, se puede observar que fue esa área de trabajo quien suministró documentación en la cual se incluyeron los juicios de valor a los que alude el interrogante, debiendo confirmar que las afirmaciones que ahora nos ocupan tienen origen en la evidencia objetiva aportada por el auditado.

Ahora bien, mediante correo electrónico del 24 de mayo de 2022 la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, indicó:

Cierre Auditoría Proceso Auditoría a Sujetos Vigilados

martes 24/05/2022 5:22 p. m.

Estimados Drs.

Buena tarde.

Desde la Delegada para Entidades Territoriales, agradecemos el ejercicio de auditoría realizado. Siempre se manejó muy buena comunicación con el equipo auditor, quien se mostró atento a todas las dudas presentadas, y realizó la auditoría con profesionalismo y muy buena comunicación con los auditados. Las Recomendaciones las hemos revisado y tendremos reuniones internas para evaluar la implementación de mejores prácticas con base en las mismas. Igualmente, se le dará el tratamiento pertinente a los demás hallazgos, que en el proceso de mejora continua se encuentra.

Igualmente agradecemos haber mostrado también las partes donde tenemos cumplimiento o conformidad.

No presentamos objeción al informe preliminar, Nos parece que el mismo ha sido elaborado correctamente y somos conscientes de lo que tal vez requiera un ajuste por parte nuestra, lo cual también se puede ver con ayuda del ejercicio auditor realizado por la OCI.

Solamente se ha solicitado, el día de ayer, un ajuste menor en la redacción de un párrafo, pero sin alterar el resultado final de ninguno de los hallazgos.

En este sentido, y dado que fui la persona que realizó el enlace directo entre nuestra Delegada y la OCI, y estuvo en la gran mayoría de las reuniones, nuevamente agradezco el ejercicio auditor realizado, que sé que es para la mejora continua de los procesos de la entidad.

Fuente: Anexo 1. Antecedente Red de Controladores. Docx (páginas 1 y 2)

Ante la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS como líder del proceso “Auditoría a los Sujetos Vigilados”, 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 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,

JULIO CESAR REYES ZULUAGA

Jefe Oficina de Control Interno (e)

Equipo Auditor: Luis Alberto Triana Lozada, Profesional Especializado (Auditor Líder)

Peter William Vargas Pinilla, Profesional Especializado (Auditor acompañante)

Guillermo Alberto Corredor Martínez, Profesional Especializado (Auditor acompañante)

Revisó: Dany Adolfo Herrera Zambrano - Asesor OCI