

FECHA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA	DÍA	23	MES	12	AÑO	2025
---	------------	----	------------	----	------------	------

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Auditoría Interna de Gestión al proceso “ <i>Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor</i> ”.
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	Evaluar la gestión del proceso “ <i>Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor</i> ” de la Superintendencia Nacional de Salud durante la vigencia 2024 y primer semestre de 2025, con el fin de determinar el grado de eficacia, eficiencia y efectividad en la planeación, ejecución y seguimiento de los procedimientos “i). <i>Formular la planeación del proceso</i> ; ii). <i>Administrar la estrategia de atención</i> , iii). <i>Articular la estrategia del PAAC</i> y iv). <i>Realizar seguimiento al Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor</i> ”, así como la adecuada gestión de los riesgos asociados, garantizando el cumplimiento de la normatividad aplicable, los principios de transparencia, oportunidad y calidad en la atención a la ciudadanía y demás grupos de valor.
ALCANCE	La auditoría abarcará el proceso “<i>Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor</i>” de la Superintendencia Nacional de Salud, correspondiente a la vigencia 2024 y al primer semestre de 2025. Incluirá la revisión de la planeación, ejecución, seguimiento y control de sus procedimientos: i) <i>formulación de la planeación del proceso</i>, ii) <i>administración de la estrategia de atención</i>, iii) <i>articulación de la estrategia del PAAC</i>, y iv) <i>seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y los grupos de valor</i>. El alcance comprende la verificación del cumplimiento normativo, de las políticas y lineamientos institucionales, así como la evaluación de la eficacia de los controles establecidos para mitigar los riesgos de gestión y corrupción asociados al proceso.
CRITERIOS NORMATIVOS	• Ley 87 de 1993 • Decreto 648 de 2017 • Decreto 1499 de 2017 • Decreto 1080 de 2021 • Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles. • Las demás normas que apliquen en desarrollo del ejercicio auditor.
AUDITORES	- Luis Eduardo Perdomo Londoño, Profesional Especializado (Líder). - Lucy Elizabeth Cancimance Martínez, Profesional Especializado. - Ana María Ángel Acosta, Profesional Especializado. - Pablo Vergara Gómez, Profesional Especializado. - Héctor Javier Díaz Mireles, Profesional Contratista. - Luis Alberto Triana Lozada, Profesional Contratista.
CONTENIDO	1. INTRODUCCIÓN 2 2. GLOSARIO 2 3. RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y GRUPOS DE VALOR (RCGV)..... 3 3.1. Formular la planeación del proceso..... 5 3.2. Administrar la Estrategia de Atención..... 10

3.3. Articular la Estrategia d el PAAC	14
3.4. Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor.....	22
4. RIEGOS DE GESTIÓN Y CORRUPCIÓN	26
4.1. Riesgos de gestión.....	27
4.2. Riesgos de corrupción	32
5. INDICADORES	36
6. RESUMEN DE HALLAZGOS	42
7. RESUMEN DE RECOMENDACIONES.....	43
8. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORIA (OBSERVACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO.	43
9. AJUSTE AL RESUMEN DE HALLAZGOS	48
10. AJUSTE AL RESUMEN DE RECOMENDACIONES	49
11. CONCLUSIONES	49

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno (OCI) de la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, sus decretos reglamentarios, así como, las directrices impartidas en materia por el Gobierno Nacional, y de las actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría y Seguimientos (PAAS) 2025, programó la auditoría al proceso de “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”, en adelante, RCGV.

El alcance de esta auditoría comprende entre otros, el análisis y evaluación de los riesgos de gestión y corrupción asociados al proceso evaluado, y que comprende la vigencia 2024 y el primer semestre de 2025, cuyo resultado se informará a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), sobre la gestión realizada por el líder del proceso en relación con los procedimientos determinados, entre los que se encuentran: *Formulación de la planeación del proceso; Administración de la estrategia de atención; Articulación de la estrategia del PAAC; Realización de seguimiento al RCGV.*

2. GLOSARIO

- **RCGV:** Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor.
- **SDPU:** Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario.
- **DSCPPC:** Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana.
- **PAAC:** Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- **OCI:** Oficina de Control Interno.
- **CICCI:** Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- **OAP:** Oficina Asesora de Planeación.
- **DTH:** Dirección de Talento Humano.
- **DID:** Dirección de Innovación y Desarrollo.
- **DIVPS:** Dirección de Inspección y Vigilancia para la Protección al Usuario.
- **PAG:** Plan Anual de Gestión.

- **PTEP:** Programa de Transparencia y Ética Pública.
- **ITS:** aplicativo de Planeación y Gestión.
- **MIPG:** Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- **FURAG:** Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión.

En este sentido, a continuación, se presenta el desarrollo de los resultados obtenidos en el marco del ejercicio auditor:

3. RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y GRUPOS DE VALOR (RCGV)

El proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*” busca articular la interacción con la ciudadanía, los usuarios y los grupos de valor, garantizando su acceso a la oferta institucional y a los derechos fundamentales en salud. Para ello, define lineamientos, estrategias y acciones orientadas a asegurar la entrega oportuna, efectiva y de calidad de servicios, productos e información.

De acuerdo con las funciones establecidas en el Decreto 1080 de 2021 y con los roles de la Oficina de Control Interno en materia de evaluación del riesgo y seguimiento, la auditoría se concentró en cuatro de los seis procedimientos del proceso, los procedimientos Gestionar los recamos en salud y solicitudes de información, y; promover la participación ciudadana en el Sistema General de Salud fueron evaluados en 2024, razón por la cual se determinó que no fuera objeto de esta auditoría.

El equipo auditor revisó el Mapa de Procesos institucional, los procesos estratégicos y, en particular, el proceso auditado y sus procedimientos asociados, el cual es liderado por el Superintendente Delegado para la Protección al Usuario. En tal sentido, durante la verificación se identificó que el diagrama del proceso no ha sido actualizado desde el 28 de abril de 2023, situación registrada en el sistema y considerada un hallazgo relevante para la auditoría.

Imagen 1. Versionamiento proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”

	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y GRUPOS DE VALOR	CÓDIGO: RLPR01 VERSIÓN: 02 FECHA: 28/04/2023
OBJETIVO: Articular la interacción con la ciudadanía, los usuarios y grupos de valor para el acceso a la oferta institucional y a sus derechos fundamentales de salud mediante lineamientos, estrategias e implementación de acciones con el propósito de optimizar los escenarios de relacionamiento, prestar un servicio de excelencia y realizar la entrega efectiva de productos, servicios e información con calidad y oportunidad.		
LÍDER DE PROCESO: Superintendente Delegado para la Protección al Usuario		

Fuente: Información extraída del procedimiento “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”.

De igual forma, se evidenció que los procedimientos (i) *“Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor”* y (ii) *“Articular la estrategia del PAAC”* no incorporan puntos de control. Es importante señalar que los controles constituyen etapas esenciales para asegurar la eficacia, eficiencia y efectividad en el cumplimiento de las actividades misionales de la Entidad. Asimismo, son determinantes para la prevención de la materialización de los riesgos asociados al proceso, permitiendo su adecuada integración a la gestión del riesgo y facilitando la toma de decisiones tempranas.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 1. Debilidad en la actualización de documentos y demás herramientas, así como, la ausencia de identificación de puntos de control en los procedimientos**, al proceso *“Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”*, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Se evidenció que los procedimientos *“Formular la planeación del proceso”*, *“Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor”* y *“Articular la estrategia del PAAC”*, publicados en la página web institucional, no registran actualizaciones desde abril de 2023. Asimismo, dos de ellos **carecen de puntos de control**, a pesar de su importancia para la adecuada gestión del proceso. Durante las pruebas de recorrido, los responsables informaron que actualmente se desarrollan mesas de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación para adelantar los ajustes requeridos.

Lo anterior refleja el incumplimiento de los lineamientos del *“Manual de modelación de procesos en notación BPMN - DEMN10”*, que exige la incorporación de puntos de control en las actividades clave, así como del *“Manual para la Elaboración y Control de Documentos - DEMN01”*, que establece la obligación de revisar anualmente los documentos del sistema de gestión. Esta situación, además, contraviene lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 872 de 2003, que impone a las entidades públicas el deber de mantener su documentación de procesos clara, operativa y actualizada, garantizando su alineación con los principios del Sistema de Gestión de la Calidad.

Las situaciones descritas evidencian debilidades en la implementación de los mecanismos de control interno y en la aplicación del ciclo de mejora continua, lo cual ha limitado la verificación oportuna de las actualizaciones y soportes documentales, así como la incorporación de los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación. Esta condición afecta la capacidad del proceso para ejercer control efectivo, incrementa el riesgo de materialización de eventos adversos y puede generar demoras en la toma de decisiones,

comprometiendo la respuesta oportuna a las necesidades de la ciudadanía y los grupos de valor.

3.1. Formular la planeación del proceso

La planeación del proceso orienta la ejecución y el seguimiento de las actividades, permitiendo a las Dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud definir los compromisos que aseguran la articulación entre la primera y segunda línea de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y su relación con usuarios y grupos de valor, para facilitar el acceso y garantía de derechos en salud. En este contexto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno verifica el cumplimiento de las actividades implementadas en el procedimiento auditado, con base en las evidencias objetivas aportadas, así:

Tabla 1. Análisis y evaluación fases y controles del procedimiento "Formular la planeación de proceso"

TIPO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	OBSERVACIONES OCI
Fase	Formular la propuesta de acciones del proceso de relacionamiento.	DSCPPC	Durante la revisión se recibieron ocho evidencias que soportan que la dependencia formuló el Plan Anual de Gestión (PAG) para la vigencia 2025, así como los ajustes realizados en 2024. Las principales evidencias analizadas fueron: • Plan Anual de Gestión 2024 • Plan Anual de Gestión 2025 • Matriz de Modificaciones del Plan Anual de Gestión 2024 • Matriz de Modificaciones del Plan Anual de Gestión 2025 • Resolución de aprobación del Plan Anual de Gestión 2024 • Resolución de aprobación del Plan Anual de Gestión 2025 • Radicado 20242000000027813 (18-03-2024) • Radicado 20242000000103413 (16-10-2024) A partir de estas evidencias, se constató que el Plan Anual de Gestión se encuentra formulado de manera estructurada e integral, consolidado en una matriz que incorpora actividades, indicadores, metas y recursos. Igualmente, se evidenció la aprobación formal mediante acto administrativo, la asignación de responsabilidades y la realización del seguimiento trimestral. También se observó la existencia de un mecanismo formal y documentado para efectuar ajustes al plan, soportado en justificaciones y gestionado mediante memorandos internos. No obstante, aunque las evidencias permiten concluir que el Plan de Acción de la dependencia cumple con la normatividad vigente y que existen mecanismos establecidos para su aprobación, modificación y seguimiento, no se encontraron documentos que evidencien el desarrollo de la etapa de construcción del plan. En particular, no se identificaron soportes relacionados con el proceso de elaboración, su socialización ni los criterios utilizados para la priorización de las acciones. Esta ausencia constituye una brecha en la trazabilidad del proceso de planeación.
Fase	Remitir las acciones concertadas	DSCPPC	No se encontró evidencia documental (actas, oficios, formatos de envío, correos electrónicos impresos o registros en el sistema) que demuestre que los profesionales identificaron formalmente los aspectos a comunicar y las necesidades derivadas de las actividades del PAG 2025. Tampoco se halló evidencia de que dicha identificación de acciones haya sido remitida como una "propuesta de plan de acción" a la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana para su aval, situación que fue confirmada durante la prueba de recorrido realizada el 10 de noviembre de 2025.

TIPO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	OBSERVACIONES OCI
			Asimismo, no existe evidencia de que esta Dirección hubiese remitido la propuesta de acciones al Delegado para la Protección al Usuario para su aprobación o conocimiento. Se observó que el procedimiento documentado únicamente hace referencia a la mencionada Dirección, sin incluir a la Dependencia de la Dirección de Inspección y Vigilancia para la Protección del Usuario, la cual hace parte de la Delegada. En consecuencia, el proceso descrito no permite comprender con claridad la estructura, actores y etapas mediante las cuales se construye el Plan Anual de Gestión de la dependencia. Como resultado, no es posible auditar ni verificar de manera objetiva cómo y por quién fueron aprobadas finalmente las acciones del Plan de Acción correspondientes a las vigencias 2024 y 2025.
Fase	Realizar ajustes a la propuesta	SDPU DSCPPC	El proceso aporta como evidencia el memorando No. 2024200000027813 del 18/03/2024, dirigido a la Oficina Asesora de Planeación, mediante el cual se solicita el ajuste de metas de actividades del PAG. Asimismo, se presenta el memorando No. 20242000000103413 del 16/10/2024, en el que se requieren modificaciones a los planes de gestión institucional para el ajuste del proyecto de inversión. Estas evidencias permiten concluir conformidad en la fase evaluada, en cuanto el proceso, para la vigencia 2024, efectuó los requerimientos correspondientes ante la OAP para realizar los ajustes identificados como necesarios. No obstante, no se aportaron evidencias que permitan verificar la aplicación de la mejora continua en relación con el procedimiento "Formular la planeación del proceso". Resulta fundamental que el proceso evalúe de manera permanente las actividades asociadas a los planes, dado que ello facilita la verificación del cumplimiento de objetivos, la identificación de desviaciones y oportunidades de mejora, la toma oportuna de decisiones y la optimización de la asignación de recursos. De igual forma, la evaluación continua contribuye a mitigar la materialización de riesgos que puedan afectar el desarrollo del proceso.
Control	Revisar la propuesta de plan de acción concertado	SDPU	No se encontró evidencia documental (actas, registros de correo electrónico o memorandos) que demuestre que: • El Director de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación remitió por correo electrónico las acciones formuladas al Delegado para la Protección al Usuario. • El Delegado para la Protección al Usuario realizó la revisión de las acciones propuestas, los indicadores, responsables, y verificó la viabilidad de las actividades, recursos y necesidades de comunicación. Tampoco se evidenció la aplicación del control establecido en el procedimiento, en cuanto a la revisión y aprobación de la propuesta del plan. Esta ausencia de registros documentales refleja una debilidad en el control, al no existir trazabilidad del mecanismo de verificación posterior que asegure el cumplimiento del flujo de comunicación y aprobación definido. Lo anterior fue corroborado durante la prueba de recorrido realizada el 10 de noviembre de 2025.
Fase	Identificar recursos para la implementación	DSCPPC	En atención a las evidencias aportadas por el proceso, se observó el reporte de ejecución presupuestal correspondiente a las vigencias 2024 y 2025, en el cual se describen la asignación y ejecución de los recursos. Se verificó la ficha del proyecto de inversión "Fortalecimiento de la protección del usuario del sistema de salud, a través de mecanismos de inspección y vigilancia y la promoción de la participación de los ciudadanos a nivel nacional", así como la relación de pagos asociados a los contratos No. 103 de 2025 y No. 53 de 2024.

TIPO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	OBSERVACIONES OCI
Fase	Devolver para ajustes	SDPU	El proceso no aportó evidencia objetiva que demostrara la revisión o aplicación del punto de control. En consecuencia, se recomienda al proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor evaluar la pertinencia de aplicar esta fase, dado que el ajuste oportuno de los planes es fundamental para responder a los cambios del entorno, mantener la flexibilidad ante imprevistos y asegurar el logro de los objetivos. Asimismo, los ajustes permiten corregir errores, identificar oportunidades de mejora, apoyar la toma de decisiones y favorecer la adaptación a las condiciones actuales.
Fase	Formular estrategia de comunicación	DSCPPC	El proceso aportó como evidencia dos documentos denominados: • Direccionamiento Estratégico 2024 • Direccionamiento Estratégico 2025 Estos documentos describen acciones adelantadas por la Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana orientadas a fortalecer la interlocución con la ciudadanía. Asimismo, presentan resultados de encuestas de participación y análisis de percepción ciudadana, incluyendo información correspondiente a las vigencias 2023 y 2024, así como acciones previstas para ejecución en 2024 y 2025, formuladas con base en los resultados de años anteriores. No obstante, los documentos presentados en formato Word no consolidan una estrategia de comunicación del Modelo de Atención al Usuario ni cuentan con un soporte formal que evidencie su aprobación. Si bien incluyen elementos que podrían integrarse en una estrategia de comunicación, no se encuentran estructurados conforme a los enfoques definidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Se evidencia debilidad en la incorporación del enfoque diferencial y ausencia de tácticas específicas que garanticen el acceso a la información considerando las características sociolingüísticas de la población, tal como se establece en el procedimiento.

Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información suministrada por la DPU.

Una vez revisada las evidencias aportadas y en atención a las fases previstas en el procedimiento objeto de auditoría, el equipo auditor identifica que se debería evaluar la pertinencia de actualizar el procedimiento teniendo en cuenta la *“Caja de transformación institucional: guía para la creación de la dependencia que integra la estrategia y operación del relacionamiento con la ciudadanía”*, emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública y el *“Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG”* versión 6; los cuales nos brinda los elementos fundamentales para que la entidad implemente el modelo de manera adecuada y fácil, toda vez que se contemplan lineamientos generales y criterios diferenciales que podrían ser de ayuda.

De igual forma, permite facilitar la implementación de la Política de Servicio al Ciudadano en la Superintendente Nacional de Salud, a través de las Dependencias de la SNS, con el propósito de orientar, hacer seguimiento y verificar la implementación de la política, garantizando el acceso de la ciudadanía a sus derechos, la atención oportuna y con calidad de los requerimientos de los ciudadanos y grupos de valor, así como, el relacionamiento entre el ciudadano y el Estado para la mejora del servicio y la articulación con las demás

políticas de gestión y desempeño institucional en el marco del MIPG, particularmente con los líderes de políticas en donde se complemente la relación Estado – Ciudadano.

• **Caracterización Grupos de Valor en la Gestión de Reclamos en Salud.**

Respecto a un insumo del Proceso denominado Caracterización grupos de valor en la gestión de reclamos en salud, se observó en las dos evidencias aportadas correspondientes a las efectuadas para los periodos julio de 2023 a junio de 2024 y julio de 2024 a junio de 2025, instrumento que es insumo para el Procedimiento Formular la planeación del proceso. En tal sentido, se observó que este documento cuenta con una estructura metodológica, en la que se han definido grupos de valor, variables sociodemográficas y se ha incorporado los canales de atención y la tipología de los reclamos en salud como insumos de caracterización.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 1. Visión integral del proceso del instrumento caracterización grupos de valor de reclamos en salud**, al proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Si bien el instrumento de caracterización de grupos de valor elaborado incorpora los componentes y pasos definidos en la Guía de Caracterización de Ciudadanía y Grupos de Valor (Versión 5 – noviembre de 2025), se considera pertinente que los análisis no se enfoquen exclusivamente en la gestión de reclamos en salud. Es necesario integrar información proveniente de otras dependencias y desarrollar escenarios de relacionamiento, información, trámite, participación y control social, de conformidad a lo establecido en la Ley 2052 de 2020.

• **Diagnóstico del Relacionamiento con la Ciudadanía.**

Respecto al insumo “*Diagnóstico del Relacionamiento con la Ciudadanía*”, el proceso presentó como evidencia el documento denominado “*Autodiagnóstico de la Política de Servicio al Ciudadano*”, elaborado en la vigencia 2024 con base en las gestiones realizadas en 2023. De acuerdo con lo definido por el DAFP en la Guía para el uso de la Herramienta de Autodiagnóstico de las Dimensiones Operativas, estos instrumentos permiten a las entidades públicas determinar su nivel de desarrollo frente a aspectos específicos de la gestión y, a partir de dicho análisis, establecer medidas y acciones orientadas al mejoramiento continuo.

A través del Autodiagnóstico de Servicio al Ciudadano se evaluó los siguientes ítems: caracterización de usuarios y medición de percepción, formalidad de la dependencia, procesos, atención incluyente y accesibilidad, sistemas de información, publicación de información, canales de atención, protección de datos personales, gestión de PQRDS, gestión del talento humano, control y buenas prácticas. No obstante, al analizar las calificaciones (entre 95 y 100) y las observaciones registradas, se evidenció falta de consistencia, debido a que estas no desarrollan con suficiente profundidad los aspectos evaluados. Por ejemplo, en la fila 62 referida a la actividad de gestión *“La entidad ofreció la posibilidad de realizar peticiones, quejas, reclamos y denuncias a través de dispositivos móviles”* se asignó una calificación de 95; sin embargo, la observación asociada indica *“pendiente de validar”*, lo cual no soporta adecuadamente la puntuación otorgada.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 2. Debilidad en la aplicación de metodologías de diagnóstico**, al proceso *“Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”*, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Resulta pertinente que desde la Delegada para la Protección al Usuario como líder del proceso objeto de auditoría que, se analice y evalúe la metodología y los criterios de calificación utilizados en el Diagnóstico de la Política de Servicio al Ciudadano, con el fin de garantizar coherencia entre las puntuaciones asignadas, los criterios de cumplimiento y las observaciones registradas. Asimismo, se sugiere profundizar el análisis de los ítems evaluados e incorporar evidencias verificables que respalden las calificaciones, en concordancia con los criterios normativos y con el MIPG, apoyándose en la revisión del instrumento FURAG, sus resultados y el análisis de brechas, como insumos para fortalecer la calidad del diagnóstico y determinar acciones.

La importancia del diagnóstico radica en que constituye un insumo fundamental para la planeación del proceso, la definición de estrategias y la gestión de acciones orientadas al mejoramiento continuo; por tanto, su calidad y consistencia resultan determinantes para una toma de decisiones adecuada.

Se advierte que un diagnóstico insuficiente del proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía limita la identificación de la necesidad de integrar los criterios diferenciales del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Esta falta de implementación integral de los elementos de las políticas, especialmente las de Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana y Transparencia y Acceso a la Información Pública, podría generar incumplimientos frente a los requisitos legales establecidos en el Decreto 1083 de 2015,

Decreto 1499 de 2017, la Ley 1755 de 2015, la Ley 1712 de 2014 y demás normas aplicables. Además, impacta negativamente la calidad del proceso, reduciendo la capacidad institucional para generar valor público y garantizar mecanismos efectivos de atención y participación que promuevan transparencia, inclusión y mejora continua.

3.2. Administrar la Estrategia de Atención

La estrategia de atención al ciudadano se fundamenta en los lineamientos del enfoque de Estado Abierto, orientado a fortalecer la relación entre la Entidad y la ciudadanía mediante la construcción de confianza, la promoción de la transparencia y la garantía de un acceso efectivo, oportuno y de calidad a la oferta institucional. Este enfoque comprende todos los escenarios de interacción, incluidos los servicios, trámites, canales de atención, espacios de diálogo y mecanismos de participación, asegurando que la ciudadanía cuente con información clara y pueda ejercer plenamente sus derechos.

En este contexto, se llevó a cabo un análisis integral del procedimiento, evaluando cada una de sus fases y los controles establecidos, con el fin de determinar el nivel de cumplimiento del Proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor. Este ejercicio permitió identificar avances, oportunidades de mejora y elementos críticos que requieren fortalecimiento para asegurar una atención coherente con los principios de calidad, eficiencia y acceso oportuno.

Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla, en la cual se resumen los principales hallazgos y el estado de cumplimiento asociado a cada una de las actividades evaluadas:

Tabla 2. Análisis y evaluación fases y controles del procedimiento "Administrar la estrategia de atención"

TIPO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	OBSERVACIONES OCI
Fase	Alinear las condiciones de atención.	SDPU DSCPPC	De acuerdo con la información suministrada por la Delegada para la Protección al Usuario, en el marco de la presente actividad, contemplada en el procedimiento “Administrar la Estrategia de Atención”, se evidenció que la documentación remitida se fundamenta en listas de asistencia, capacitaciones a los agentes centro de contacto, vigilancia, direcciones territoriales. Así mismo, se observan correos electrónicos, estrategias de campañas, Superboletín, entre otros, donde se da a conocer pautas y estrategias de atención para mejorar la atención a los ciudadanos, usuarios y grupos de valor. Esta actividad referencia tres documentos; para la presente auditoria se efectúa análisis al RLMN04 Manual Operativo de Servicio al Ciudadano y Grupos de valor, la cual se presenta posteriormente en el desarrollo del presente informe.
Fase	Revisar la estrategia de atención.	SDPU DSCPPC	El proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor aporta para esta actividad, memorandos con el diligenciamiento del formato DEFT05 SOLICITUD DE MODIFICACIONES A PLANES DE GESTIÓN INSTITUCIONAL: PAAC 2024 anexo 4 cronograma, para los meses de marzo y mayo. Evidenciándose conformidad con la fase del procedimiento evaluado.
Fase	Realizar ajustes a la estrategia de atención.	SDPU DSCPPC	
DESARROLLAR ACCIONES / CULTURA DE HUMANIZACIÓN Y EXCELENCIA DEL SERVICIO			
Fase	Realizar la logística de la	DSCPPC	Frente a esta actividad, el proceso aporta la misma evidencia de “Alinear las condiciones de atención” en donde se observan capacitaciones a través de listados

TIPO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	OBSERVACIONES OCI
	actividad de sensibilización.		de asistencia, registros fotográficos, convocatorias en Teams y actas de eventos; estrategias que buscan fortalecer el conocimiento frente a la atención y servicio al ciudadano al interno de la Superintendencia Nacional de Salud. En cuanto a lo descrito en la actividad, no se observa "(...) las actividades propuestas para la vigencia y cronogramas asociados y establece el público objetivo de la sensibilización en servicio, el objetivo de aprendizaje de esta e identifica quién apoyará su desarrollo."
Fase	Desarrollar la actividad de sensibilización.	DSCPPC	El proceso no aporta evidencia objetiva que evidencie la aplicación de la actividad descrita, por lo tanto, deben adoptar acciones pertinentes para garantizar que lo descrito en el procedimiento se ejecute conforme a los lineamientos institucionales y se cuente con los registros documentales que evidencien su realización.
Fase	Evaluar la actividad de sensibilización.	DSCPPC	La Oficina de Control Interno a partir de la actividad descrita, solicita al proceso el análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción de la actividad de sensibilización y la identificación de las oportunidades de mejora o fortalezas realizadas en el semestre. Solicitud que es contestada por el proceso mediante memorando, en el cual informan: "La Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana se encuentra trabajando en un instrumento para evaluar la satisfacción de los eventos de sensibilización. Una vez sea aprobado por la Dirección será remitido a la Oficina Asesora de Planeación para su inclusión en el Sistema Integrado de Gestión (SIG)". Por lo tanto, no es posible realizar verificación y análisis de la realización y ejecución de esta actividad.
DESARROLLAR ACCIONES / VERIFICAR FUNCIONAMIENTO – CANALES Y PUBLICACIONES			
Fase	Realizar seguimiento aleatorio a publicaciones y canales.	SDPU	De acuerdo con la información suministrada por la Delegada para la Protección al Usuario, en el marco de la presente actividad, aportan los informes de gestión del Contrato Interadministrativo No. 72 y 183 de 2024 suscrito entre la Superintendencia Nacional de Salud y Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá S.A. ESP, el cual tiene como objeto: "Prestar los servicios especializados de un centro de contacto a nivel nacional para la Superintendencia Nacional de Salud.", en estos informes indican los parámetros de medición y control que realizan a la prestación del servicio, validando criterios de calidad, para retroalimentar e implementar los planes de mejora de ser necesario. Aunado a lo anterior, aportan actas de calibración.
Fase	Solicitar corrección de la inconsistencia o novedad de información o canal.	DSCPPC	

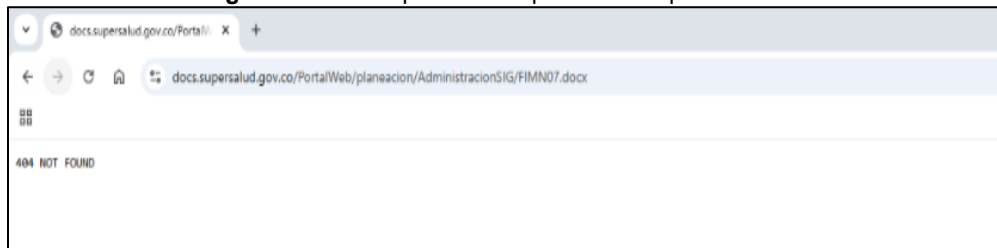
Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información suministrada por la DPU.

A partir de la caracterización del Proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor, se identifica que el procedimiento denominado "*Administrar la estrategia de atención*" utiliza como documento de referencia el Manual Operativo de Servicio al Ciudadano y Grupos de Valor, el cual se encuentra publicado en la herramienta institucional bajo el código RLMN04, Versión 1, con fecha 05 de mayo de 2023. El propósito de este manual es describir las actividades que deben realizar los servidores públicos de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar la correcta implementación del Modelo de Servicio al Ciudadano y Grupos de Valor.

Durante la verificación del documento, se evidenciaron los siguientes aspectos relevantes:

- **Políticas de operación:** El procedimiento incluye un enlace para consultar la Política de Servicio al Ciudadano, formalizada en el Sistema Integrado de Gestión e incorporada en el Manual de Políticas Institucionales. No obstante, al intentar acceder a dicho enlace, este no funciona correctamente (ver Imagen 1), lo cual limita la consulta y acceso oportuno a la información requerida.

Imagen 2. Consulta política de operación del proceso RCGV



Fuente: Consulta realiza a través del enlace: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/AdministracionSIG/FIMN07.docx>

Una situación similar se presenta con el enlace correspondiente al acápite “Caracterización del riesgo”, el cual también evidencia fallas de acceso, impidiendo la consulta adecuada de la información asociada a este componente.

• **Componente Operación - Información confiable y accesible:** En la estrategia de información denominada “SUPER RADAR”, se señala que la Entidad pone a disposición de los vigilados y de la ciudadanía en general los resultados financieros de las entidades que conforman el sistema de salud, garantizando su acceso oportuno y transparente.

Sin embargo, al verificar los enlaces incluidos en el documento, particularmente en la sección “Cifras y Estadísticas” de la página web institucional, en la pestaña “Boletín Estadístico”, se observó que el documento más reciente disponible corresponde a la publicación del 20 de septiembre de 2021, la cual contiene información de la vigencia 2020. Esta situación se confirma en el registro visible en la página web (ver Imagen 2).

Imagen 3. Boletín estadístico "SUPER RADAR" de la SNS.



Fuente: Información extraída de la consulta realizada en la página web institucional de la SNS.

Asimismo, en la sección “*Reportes e Informes Sectoriales*”, se identificó una publicación con fecha 04/08/2023, seguida del informe “Ranquin de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), 2024”, publicado el 30/04/2025.

• **Componente de medición:** El procedimiento establece que deben definirse mecanismos para evaluar la percepción y satisfacción ciudadana, indicando que:

“La entidad debe propender por generar estrategias que faciliten la comunicación a través del conocimiento de la percepción frente al servicio y la oferta institucional.”

Sin embargo, al realizar un control cruzado con la respuesta al memorando de solicitud de información, se evidenció que, para los numerales 21 y 22, el proceso informó lo siguiente:

“La Dirección de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana se encuentra trabajando en un instrumento para evaluar la satisfacción de los eventos de sensibilización. Una vez sea aprobado por la Dirección, será remitido a la Oficina Asesora de Planeación para su inclusión en el Sistema Integrado de Gestión (SIG).”

Lo anterior refleja la necesidad de que el proceso avance en la implementación de herramientas efectivas para recopilar la percepción ciudadana, en cumplimiento de las disposiciones del Decreto 1080 de 2021. La medición de la percepción y satisfacción es esencial para contar con información objetiva sobre la experiencia de la ciudadanía, orientar la toma de decisiones en materia de políticas públicas, apoyar la planificación y mejora de los servicios, fortalecer la comunicación bidireccional entre la Entidad, los actores del sistema de salud y los usuarios, y promover la participación ciudadana y el acceso a la información institucional.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno reitera la **Observación N° 1. Debilidad en la actualización de documentos y demás herramientas, así como, la ausencia de identificación de puntos de control en los procedimientos**, al proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, teniendo en cuenta lo siguiente:

Durante el desarrollo de la auditoría se evidenció una debilidad en la actualización de los procedimientos, manuales y herramientas relacionadas con el modelo de servicio al ciudadano y grupos de valor. Esta documentación debe orientar de manera clara y precisa las acciones de los servidores públicos, colaboradores y proveedores vinculados a la estrategia de atención y servicio al ciudadano, garantizando uniformidad en su aplicación.

Lo anterior cobra especial relevancia si se considera que, conforme a las funciones establecidas en el Decreto 1080 de 2021, la Delegatura para la Protección al Usuario debe: *“Diseñar y dirigir el esquema de atención y protección al usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el esquema de servicio al ciudadano de la Superintendencia.”* A ello se suma que el procedimiento hace referencia al Manual Operativo de Servicio al Ciudadano y Grupos de Valor, documento esencial para asegurar la adecuada ejecución y aplicación de las acciones por parte de funcionarios, contratistas y demás partes interesadas.

Esta situación se sustenta en lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017, por el cual se reglamenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, así como en el Manual Operativo, Versión 6 de 2024, específicamente en la Política de Servicio al Ciudadano, que establece:

“Elaborar estándares, procesos, procedimientos y protocolos de servicio al ciudadano que orienten las acciones de los servidores públicos de la entidad en su relación con la ciudadanía, de manera que se garantice la documentación, la memoria y el aprendizaje institucional en su interacción con la ciudadanía.”

El cumplimiento de lo anterior permitiría al proceso realizar un seguimiento riguroso y objetivo al acatamiento de las políticas operativas establecidas en las distintas herramientas que soportan la estrategia de atención y servicio al ciudadano. En tal sentido, las situaciones descritas evidencian una debilidad en la actualización de la documentación que enmarca el desarrollo de dicha estrategia al interior de la Entidad. Esto puede generar riesgos operativos asociados a fallas en la trazabilidad de los procesos y a la utilización de instrumentos desactualizados, lo que afecta la orientación brindada a los servidores públicos para el adecuado relacionamiento con la ciudadanía.

3.3. Articular la Estrategia del PAAC

Es importante señalar que la implementación de las políticas que orientan los escenarios de relacionamiento entre el Estado y la ciudadanía, esta última como actor fundamental en el desarrollo de la planeación pública debe ejecutarse mediante acciones claras, efectivas y diferenciadas según las características de la población a intervenir. Dichas acciones deben promover de manera permanente la confianza pública y garantizar la participación informada de los ciudadanos.

En este sentido, resulta fundamental que la Entidad articule y lidere la implementación de estas políticas orientadas al ciudadano, en cumplimiento de los lineamientos normativos emitidos por el DAFP derivados de la Ley 2052 de 2020.

En atención a lo anterior, y con base en las evidencias objetivas aportadas por el proceso auditado respecto al procedimiento “*Articular la Estrategia PAAC*”, el equipo auditor verificó la pertinencia, efectividad y el nivel de articulación con los diferentes actores y dependencias de la SNS, en coherencia con las responsabilidades del proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”, liderado por la SDPU.

Los resultados de dicha verificación se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Análisis y evaluación fases y controles del procedimiento “Administrar la estrategia del PAAC”

TIPO	DESCRIPCIÓN	PROCESO	OBSERVACIONES OCI
Fase	Socializar el PAAC y sus estrategias.	SDPU	Con base en la evidencia objetiva aportada por el proceso auditado, se identificó que, mediante correo electrónico del 2 de febrero de 2024, fue socializado el “<i>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC 2024 + Cronogramas de Estrategias</i>” al interior de la Delegada de Protección al Usuario, acción que se encuentra en línea con lo establecido en el procedimiento. De igual forma, respecto a la estrategia anticorrupción para la vigencia 2024, se verificó la existencia del documento “<i>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC 2024</i>”, el cual contempla, entre otras, actividades programadas para ejecutarse durante la vigencia 2025. Estas actividades fueron objeto de análisis por parte del equipo auditor, evaluando su pertinencia, calidad y el nivel de cumplimiento reportado. No obstante, se evidenció que las actividades del PAAC cuentan con registros de ejecución únicamente hasta el mes de abril de 2025, a pesar de que la Circular CIR25-00000026 de 2025, emitida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y fechada el 06/06/2025, establece el “<i>Régimen de Transición a los Programas de Transparencia y Ética Pública – PTEP</i>”. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer la continuidad y actualización de las acciones previstas, asegurando su alineación con los lineamientos recientes emitidos por la autoridad competente.
Fase	Ejecutar las actividades del cronograma	SDPU	En relación con esta fase, se identificaron diversos enlaces que soportan la información documentada correspondiente a la planeación del PAAC 2024. El equipo auditor revisó el contenido de cada uno de ellos, generando análisis que, de ser tenidos en cuenta, pueden contribuir a un mayor impacto en el cumplimiento de los objetivos del proceso. Los documentos verificados fueron: - Anexo 1 – 2024: Riesgos de Corrupción. - Anexo 2 – 2024: Racionalización. - Anexo 3 – 2024: Participación y Rendición de Cuentas. - Anexo 4: Mecanismos de Atención al Ciudadano. - Anexo 5 – 2024: Mecanismos de Transparencia y Acceso a la Información Pública. - Anexo 6: Integridad. Para la vigencia 2025, se identificaron registros de actividades ejecutadas hasta el mes de abril, estructuradas alrededor de Macroeventos tales como: Acompañamiento, Capacitaciones, Conexión Supersalud, Diálogo con la Supersalud, El Líder Tiene la Palabra y Jornadas de Atención al Usuario.

TIPO	DESCRIPCIÓN	PROCESO	OBSERVACIONES OCI
			El equipo auditor verificó la ejecución de estas actividades programadas para el primer semestre de 2025, realizando un análisis de su desarrollo y del avance en el cumplimiento durante el periodo evaluado. En cuanto al ejercicio de Rendición de Cuentas, correspondiente al periodo junio 2024 – junio 2025, se procedió a escuchar la transmisión con el fin de verificar su alineación con los parámetros establecidos en el procedimiento y en el “Manual para el desarrollo de los espacios de diálogo”. En esta revisión se evidenció una debilidad relacionada con la ausencia de interpretación en lengua de señas, lo cual limita la accesibilidad para ciudadanos con discapacidad auditiva.
Fase	Reportar los resultados de ejecución de las actividades	SDPU	De acuerdo con lo establecido en el procedimiento, se verificó —a través del enlace “Reporte de actividades de participación ciudadana y rendición de cuentas” suministrado por los responsables del área auditada— el registro y cargue de las actividades correspondientes al periodo evaluado (abril, agosto y diciembre de 2024, y abril de 2025). Los resultados de esta revisión fueron analizados y se presentan en el presente informe.
Evaluar acciones/Seguimiento	Seguimiento a la Gestión	OCI	En relación con esta acción, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno verificó la información relevante consignada en el informe de seguimiento a la gestión correspondiente a la vigencia 2024. Como resultado de esta revisión, se identificó una alerta, la cual se encuentra detallada en el presente informe.
Evaluar Monitoreo	Monitoreo a la ejecución del PAAC, con base en lo reportado por las dependencias responsables	OAP	En atención a la acción reportada por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), y con el propósito de verificar la pertinencia de la información suministrada por la SDPU, se realizó la revisión de la eficacia de las actividades ejecutadas en el marco del PAAC correspondiente a la vigencia 2024.

Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información suministrada por la DPU.

Una vez revisada la descripción y contenido de la documentación relacionada con los procedimientos, y en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), es pertinente mencionar que el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) ha formulado instrumentos clave que orientan la gestión pública, entre ellos diversas Guías de referencia obligatoria para las entidades.

En este contexto, la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano, desde el año 2021, emitió el documento “*Caja de Transformación Institucional - Guía para la creación de la dependencia que integra la estrategia y operación del relacionamiento con la ciudadanía*”. Este lineamiento establece la obligatoriedad de conformar una dependencia encargada del relacionamiento con la ciudadanía, tal como lo dispone el artículo 17 de la Ley 2052 de 2020, el cual señala:

“En la Nación, en los departamentos, distritos y municipios con población superior a 100.000 habitantes, deberán crear dentro de su planta de personal existente una dependencia o entidad única de relación con el ciudadano, que se encargará de liderar al interior de la entidad la implementación de las políticas que incidan en la relación Estado–Ciudadano.”

En atención a este marco normativo, el equipo auditor analizó la documentación aportada por el proceso, verificando que se han adelantado acercamientos estratégicos mediante mesas de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación, aunque dichas gestiones solo se evidencian hasta marzo de 2025. Asimismo, se identificó un documento emitido por el DAFP en abril de la misma vigencia, en respuesta a solicitud de la OAP, en el cual se hace referencia expresa al “*cumplimiento con lo solicitado por la Ley*”, particularmente respecto al artículo 17 de la Ley 2052 de 2020.

Sin embargo, no se evidenció que el Proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, en conjunto con los líderes de las políticas que integran la relación Estado–Ciudadano, Transparencia y Acceso a la Información Pública, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana y Servicio al Ciudadano, cuente con una articulación efectiva e integrada en la planeación institucional. Además, no se observaron metas compartidas ni una definición de recursos humanos, tiempos de ejecución y acciones alineadas hacia un objetivo común, situación que refleja una debilidad en la coordinación y articulación interinstitucional, la cual es fundamental para garantizar la implementación coherente y efectiva de las políticas orientadas al ciudadano.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 1. Debilidad en la articulación e implementación de las políticas de relacionamiento con la ciudadanía**, al proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Como resultado del análisis de la documentación suministrada por el proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, y en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se identificaron debilidades relacionadas con la articulación, coordinación e implementación de las políticas que integran la relación Estado–Ciudadano.

El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), mediante la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano, expidió la “*Caja de Transformación Institucional - Guía para la creación de la dependencia que integra la estrategia y operación del relacionamiento con la ciudadanía*”, la cual abarca y desarrolla lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 2052 de 2020. Dicho artículo establece la obligatoriedad de crear una dependencia encargada de liderar la implementación de las políticas que inciden en la relación Estado–Ciudadano.

Durante la auditoría se verificó que el proceso ha adelantado algunos acercamientos estratégicos con la Oficina Asesora de Planeación, evidenciados hasta marzo de 2025. Igualmente, se identificó el radicado 20255010218521 del 28/04/2025, mediante el cual el DAFP confirma que la Superintendencia Nacional de Salud cumple con el requerimiento legal de crear la Oficina de Relacionamento con la Ciudadanía. No obstante, pese a estos avances formales, no se evidenció una articulación efectiva entre el proceso auditado y los líderes de las políticas de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana, Rendición de Cuentas y Servicio al Ciudadano. En particular, no se observaron elementos que demuestren:

- Integración de estas políticas en la planeación institucional de manera coordinada.
- Metas comunes o indicadores compartidos entre los actores responsables.
- Definición de recursos humanos, tiempos de ejecución y acciones articuladas orientadas a un propósito institucional unificado.
- Mecanismos de seguimiento conjunto que permitan evaluar la implementación integral de estas políticas.

Consecuente con lo anterior, la ausencia de estos componentes evidencia una debilidad en la coordinación interinstitucional, aspecto esencial para garantizar el cumplimiento de los lineamientos del MIPG y asegurar una gestión coherente y efectiva frente a las políticas emitidas por el DAFP.

- De otra parte y una vez analizado los soportes documentales referente a los ítems descrito en la tabla anterior, se pudo identificar que para la fase “*socializar el PAAC y sus estrategias*” se aportó informe “*Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC 2024*”, el cual enuncia de manera descriptiva las acciones a desarrollar para la vigencia del periodo mencionado, entre otras la obligatoriedad de desarrollar cinco (5) componentes; y que de acuerdo con los lineamientos y metodología enmarcados en la Ley 1474 de 2011 “*Estatuto Anticorrupción*” del Departamento de la Función Pública – DAFP, la Superintendencia Nacional de Salud, incorporó el componente “*Integridad*”, el cual, al cierre de esta auditoría lo lidera el proceso de Gestión Estratégico de Personas, totalizando así seis (6) componentes, acciones que sobre el particular, fueron objeto de evaluación por parte del equipo auditor, generando el siguientes análisis:

- **Anexo 1. Gestión de Riesgos de Corrupción:** Se aportó la matriz DEFT23 v1, que consolida los riesgos del proceso auditado. No obstante, se identificó que la descripción del riesgo formulado, aunque se articula con uno de los objetivos del proceso, no incorpora la totalidad de los factores que podrían generar riesgos de corrupción. En consecuencia,

se requieren riesgos alineados a todas las actividades críticas, procedimientos y objetivos misionales del proceso, en coherencia con la metodología institucional.

- **Anexo 2. Racionalización de Trámites:** Se entregó un archivo en Excel que relaciona las acciones de racionalización previstas para 2024, entre ellas la sistematización y automatización del trámite en la plataforma AuraQuantic, conforme a los lineamientos del Decreto 088 de 2022.

No obstante, del análisis de los documentos aportados, no se evidenciaron avances que demostraran el cumplimiento por parte de la dependencia responsable, ni mecanismos de monitoreo implementados por el proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”.

El equipo auditor verificó los informes de seguimiento de la OCI correspondientes al cuarto cuatrimestre de 2024 y primer cuatrimestre de 2025, en los cuales se concluyó que: En 2024 no se alcanzó el objetivo de racionalización de trámites; En 2025 no se cuenta con un proyecto de racionalización en ejecución; La entidad presenta incumplimiento en esta materia, de acuerdo con los informes oficiales.

- **Anexo 3. Participación Ciudadana:** Se verificó la ejecución y reporte de las actividades programadas; sin embargo, al revisar la divulgación de la rendición de cuentas del periodo junio 2024 a junio 2025, se evidenció la ausencia de lenguaje de señas o signos para personas con discapacidad auditiva. Esta omisión reduce el alcance e inclusión de la comunicación institucional hacia los grupos de valor.
- **Anexo 4. Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano:** Se constató la ejecución y reporte de las actividades definidas en el cronograma del PAAC, sin hallazgos relevantes.
- **Anexo 5. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la información:** Analizado el soporte DEFT27 v2 - Vigencia 2025 del programa de Transparencia y Ética Pública, se evidenció que, según el reporte del primer trimestre elaborado por la OAP, la SDPU únicamente utiliza información de ciudadanos que presentan reclamos en salud para orientar su estrategia de servicio. No se evidencian acciones asociadas al resto de funciones que debieron planearse, lo cual refleja un cumplimiento parcial de este componente.

- **Anexo 6. Gestión de la Integridad:** No se recibieron soportes que evidenciaran la ejecución o articulación con la dependencia responsable del componente de Integridad, pese a su incorporación dentro del PAAC, lo que genera un vacío en el cumplimiento trazado para este eje.

• En análisis y evaluación del cumplimiento de la fase “*Reportar los resultados de ejecución de las actividades*” descritas en este procedimiento, para los periodos (abril, agosto y diciembre 2024, y así como abril 2025), y consistentes con actividades del Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas; en tal sentido, el equipo auditor generó el siguiente análisis:

Para la vigencia 2024 y 2025, se observaron cargues de evidencias en el sitio web “Sharepoint”, habilitado para reportar y evidenciar tales acciones, los cuales dan cuenta de la ejecución de estas, asignadas en el marco de la *Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas*, sin embargo, no se reportan con la periodicidad establecida por el proceso, esto es (abril, agosto y diciembre) de cada vigencia.

En cuanto al cumplimiento de la fase de “*Seguimiento*” el equipo auditor consideró pertinente constatar el análisis realizado a través del informe de “*Seguimiento Evaluación Dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud*”, cuyo objetivo consiste en “*Evaluar y establecer el grado de cumplimiento de las actividades definidas en el Plan Anual de Gestión por parte de las dependencias que integran la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de la vigencia 2024*”.

Es así, como al verificar la información sobre la ejecución de la estrategia de Atención a la Ciudadanía y Participación Ciudadana, se pudo constatar el siguiente resultado “*Evidencia cumplimiento de la meta establecida para la vigencia 2024 del 100% con reporte de información en los meses de noviembre y diciembre, sin embargo, la frecuencia del reporte de la meta en el PAG es semestral induciendo a error ya que dejaron los meses de noviembre y diciembre para el reporte de información por lo que se debe ajustar la frecuencia de los reportes y metas para la vigencia 2025*”. Significa esto, que pese a que las actividades programadas en vigencia 2024, se ejecutaron, estas no se reportaron en los tiempos establecidos para el cumplimiento de las metas en el PAG, lo cual puede alterar el resultado en la verificación de la información por parte del seguimiento.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 3. Debilidad en el reporte, seguimiento y ejecución de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC**, al

proceso “*Relacionamiento con la ciudadanía y Grupos de Valor*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario.

Se identificó debilidades significativas en la ejecución, seguimiento y reporte de las actividades asociadas a los seis (6) componentes del PAAC, a cargo del proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, lo cual afecta el cumplimiento de las políticas del eje “Estado–Ciudadano” del MIPG, observándose las siguientes situaciones:

- **Gestión de Riesgos de Corrupción:** La matriz aportada no incorpora la totalidad de riesgos asociados a las actividades críticas del proceso. Se limita a un único riesgo, sin considerar procedimientos, puntos de control ni funciones misionales, lo que contraviene los lineamientos de gestión del riesgo del DAFP y del MIPG.
- **Racionalización de Trámites:** No se evidencian avances en la sistematización o automatización del trámite en AuraQuantic, pese a estar comprometida para 2024 bajo el Decreto 088 de 2022. Los informes de OCI confirman que en 2024 no se logró la meta y en 2025 no existe proyecto activo, evidenciando incumplimiento institucional en esta política.
- **Participación Ciudadana:** Aunque existe ejecución de actividades, la rendición de cuentas del periodo junio 2024 a junio 2025 no incluyó accesibilidad para personas con discapacidad auditiva, afectando el enfoque diferencial y los principios de inclusión del MIPG.
- **Atención al Ciudadano:** Se evidencian actividades ejecutadas, pero sin articulación integral con los demás componentes del PAAC.
- **Transparencia y Acceso a la Información:** El proceso orienta su estrategia solo con datos de ciudadanos que presentan reclamos en salud, sin integrar otras funciones ni grupos de valor. Esto implica cumplimiento parcial del componente y limita la transparencia informada.
- **Integridad:** No se aportaron soportes que evidencien acciones ejecutadas ni articulación con la dependencia responsable, pese a ser componente obligatorio desde 2024.
- **Debilidad en el reporte y seguimiento del PAAC:** Aunque se hallaron evidencias cargadas en SharePoint, estas no se reportaron en las periodicidades establecidas (abril,

agosto y diciembre). El informe institucional de seguimiento al PAG muestra que, si bien se calificó la meta como cumplida en 2024, el proceso reportó de manera extemporánea, afectando la confiabilidad del seguimiento y la calidad de la información consolidada.

Consecuente con lo anterior, las situaciones descritas reflejan una gestión insuficiente y desarticulada de los componentes del PAAC, que afecta:

- La implementación de las políticas de Transparencia, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana e Integridad del MIPG.
- El cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley 1474 de 2011, Ley 1712 de 2014 y lineamientos del DAFP.
- La calidad, oportunidad y consistencia del reporte en el Plan Anual de Gestión – PAG.

En conclusión, se identifican debilidades que limitan la capacidad institucional para anticipar riesgos, fortalecer la transparencia, promover una participación ciudadana efectiva y asegurar un adecuado relacionamiento con los grupos de valor.

Lo anterior se sustentan en el hallazgo previamente expuesto, en el cual se evidenció la ausencia de avances significativos en la ejecución de las políticas de Transparencia y Acceso a la Información Pública y de Racionalización de Trámites durante los periodos evaluados. De igual manera, los anexos remitidos por el proceso auditado no contienen soportes documentales que permitan verificar la ejecución de las acciones en los plazos definidos para su reporte en el PAG.

Adicionalmente, en el ejercicio de actualización documental del proceso auditado debe considerarse la transición del PAAC al PTEP, conforme a lo dispuesto en la Circular No. CIR25-00000026 de 2025 de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República (06/06/2025), que establece el “Régimen de Transición a los Programas de Transparencia y Ética Pública – PTEP”.

3.4. Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor

Teniendo en cuenta que el procedimiento “*Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor*” comprende aspectos relacionados con los resultados de la participación ciudadana en la gestión, la estrategia de racionalización de trámites, el avance en la implementación de la estrategia de transparencia y acceso a la información, así como la identificación de recomendaciones, acciones o mejoras orientadas a fortalecer el relacionamiento con la ciudadanía y los grupos de valor, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno efectuó un análisis integral de las actividades asociadas al mencionado

procedimiento, con el propósito de verificar su cumplimiento conforme con los lineamientos establecidos para tal fin.

En este contexto, a continuación, se presenta la tabla que consolida los resultados del análisis realizado:

Tabla 4. Análisis y evaluación fases y controles del procedimiento "Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor"

TIPO	DESCRIPCIÓN	PROCESO	OBSERVACIONES OCI
Fase	Solicitar información sobre estado de acciones de relacionamiento.	DSCPPC OAP	En lo que respecta a la fase "Solicitar información sobre el estado de las acciones de relacionamiento", y específicamente a la actividad "El Delegado para la Protección al Usuario, mediante memorando, solicita a la Secretaría General y a la Oficina Asesora de Planeación un informe sobre cómo están trabajando los criterios de relacionamiento con la ciudadanía que les corresponde", no se evidenció dentro de la información aportada por el proceso la documentación o soporte que permita verificar el desarrollo de la citada actividad. Lo anterior se enmarca en las funciones asignadas a la Delegatura para la Protección al Usuario mediante el Decreto 1080 de 2021, "Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud". En este sentido, se considera necesario que la Delegada analice la situación y adopte las acciones pertinentes para garantizar que las actividades contempladas en el procedimiento se ejecuten conforme a los lineamientos y directrices institucionales. Esta situación genera una Observación frente al proceso evaluado. La actividad "Solicitar información sobre el estado de las acciones de relacionamiento" tiene como propósito fortalecer los mecanismos de seguimiento, control y articulación interna de la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de las competencias asignadas a la Delegada para la Protección al Usuario por el citado decreto. Dicha gestión permite a la Delegada verificar el avance y la efectividad de las acciones implementadas por las dependencias responsables, como la Secretaría General y la Oficina Asesora de Planeación, respecto de los criterios de relacionamiento con la ciudadanía y los grupos de valor, asegurando coherencia con las políticas institucionales de participación, atención al usuario y comunicación pública. El cumplimiento de esta actividad contribuye, además, a: • Evaluar la aplicación de los lineamientos institucionales en materia de relacionamiento ciudadano. • Identificar oportunidades de mejora en los canales y estrategias de interacción con la ciudadanía. • Promover la transparencia y la rendición de cuentas frente al cumplimiento de los compromisos institucionales. • Fortalecer la coordinación de interdependencia, en atención al principio de articulación como parte de la mejora continua de proceso. En consecuencia, esta actividad se constituye en un mecanismo preventivo y de control que permite a la Delegada para la Protección al Usuario monitorear el cumplimiento de las acciones de relacionamiento

TIPO	DESCRIPCIÓN	PROCESO	OBSERVACIONES OCI
			institucional, asegurando su alineación con los objetivos estratégicos y misionales de la Entidad.
Fase	Socialización de los lineamientos ajustados.	SDPU DSCPPC	De acuerdo con la información suministrada por la Delegada para la Protección al Usuario, en el marco de las actividades correspondientes a la fase “Socialización de los lineamientos ajustados”, contemplada dentro del procedimiento “Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor”, se evidenció que la documentación remitida no permite verificar de manera suficiente que se haya efectuado la socialización efectiva de los nuevos lineamientos de relacionamiento con la ciudadanía y los grupos de valor. En particular, no se encontró evidencia que demuestre la difusión o comunicación formal de dichos lineamientos a todos los funcionarios y embajadores del servicio, actores clave para garantizar la apropiación y posterior replicación de la información en el marco de sus funciones y canales de interacción con la ciudadanía. En consecuencia, se considera pertinente que desde la Delegada para la Protección al Usuario se adopten las acciones necesarias para asegurar la implementación integral de esta actividad, incluyendo la planificación, ejecución y verificación de la socialización de los lineamientos actualizados. Esto contribuirá al fortalecimiento del proceso de relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor, así como al mejoramiento continuo del procedimiento, en cumplimiento de los principios de transparencia, efectividad y participación ciudadana establecidos en la normativa vigente. Lo anterior, conlleva a generar Observación al proceso evaluado, teniendo en cuenta el impacto que la actividad tiene frente al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor.

Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información suministrada por la DPU.

De acuerdo con el resultado del análisis contenido en la **Tabla 4**, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno determinó generar y plasmar las siguientes situaciones derivadas de la evaluación al cumplimiento de las actividades del procedimiento “**Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor**”, así:

- Con respecto al análisis y evaluación de la fase “**Solicitar información sobre estado de acciones de relacionamiento**”, se observó para la fase “**Solicitar información sobre el estado de las acciones de relacionamiento**”, de que no existe dentro de la información aportada por el proceso documentación o soporte que permita verificar el desarrollo de la actividad consistente en que el Delegado para la Protección al Usuario, mediante memorando, solicite a la Secretaría General y a la Oficina Asesora de Planeación un informe sobre la implementación de los criterios de relacionamiento con la ciudadanía a su cargo. La ausencia de evidencia impide confirmar que la solicitud se haya efectuado conforme a lo establecido en el procedimiento.

Consecuente con lo anterior, se reitera la **Observación N° 1. Debilidad en la actualización de documentos y demás herramientas, así como, la ausencia de identificación de puntos de control en los procedimientos**, al proceso “**Relacionamiento con la Ciudadanía**”.

y *Grupos de Valor*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, teniendo en cuenta lo siguiente:

Conforme al Decreto 1080 de 2021, la Delegatura para la Protección al Usuario tiene la responsabilidad de coordinar, supervisar y hacer seguimiento a las acciones dirigidas al fortalecimiento del relacionamiento con la ciudadanía y los grupos de valor. De igual manera, el procedimiento en mención establece la obligación de solicitar y analizar la información que demuestre el avance y la efectividad de las acciones implementadas por las dependencias responsables, con el fin de asegurar una gestión articulada y coherente.

La situación descrita obedece, presuntamente, a debilidades en los mecanismos de control interno y en los procesos de seguimiento documentado que deberían garantizar la trazabilidad y el registro formal de las solicitudes y respuestas relacionadas con el estado de las acciones de relacionamiento.

Como consecuencia, la falta de soporte documental limita la capacidad de verificar el cumplimiento efectivo de las funciones asignadas a la Delegatura para la Protección al Usuario y puede generar desarticulación entre las dependencias encargadas del seguimiento de las acciones de relacionamiento con la ciudadanía. Asimismo, afecta la identificación oportuna de oportunidades de mejora y disminuye la capacidad de la Entidad para fortalecer de manera continua sus mecanismos de participación, interacción y atención al usuario.

- En lo concerniente a la fase “**Socialización de los lineamientos ajustados**”, se determinó plasmar la siguiente situación:

Se genera **Observación N° 4. Debilidad en la socialización efectiva de los lineamientos del relacionamiento**, al proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, Procedimiento “*Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor*”, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Durante la revisión del procedimiento “*Realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía y grupos de valor*”, específicamente en la fase de “*Socialización de los lineamientos ajustados*”, se evidenció que la documentación aportada por la Delegada para la Protección al Usuario no permite verificar de manera suficiente que se haya realizado una socialización efectiva de los lineamientos actualizados. En tal sentido, no se encontró evidencia que respalde la difusión o comunicación formal de dichos lineamientos a los funcionarios y embajadores del servicio, actores fundamentales para garantizar su

apropiación y adecuada aplicación en el ejercicio de sus funciones y en los distintos canales de interacción con la ciudadanía.

Lo anterior resulta relevante si se tiene en cuenta que, de conformidad con las funciones establecidas en el Decreto 1080 de 2021, la Delegatura para la Protección al Usuario es responsable de orientar, coordinar y supervisar las estrategias de relacionamiento con la ciudadanía y los grupos de valor, asegurando la correcta implementación de los lineamientos institucionales. Asimismo, el procedimiento exige la socialización de los lineamientos ajustados como una actividad esencial para garantizar que los servidores involucrados conozcan, comprendan y apliquen los criterios actualizados de relacionamiento, en armonía con las políticas de participación ciudadana, transparencia y atención al usuario.

La situación descrita refleja presuntas debilidades en la planificación, ejecución y verificación de las actividades de socialización, así como limitaciones en los mecanismos formales de registro y control que permitan evidenciar la efectiva comunicación y apropiación de los lineamientos por parte de los funcionarios.

Como consecuencia, la falta de evidencia sobre la socialización realizada puede generar desarticulación en la implementación de los criterios institucionales, inconsistencias en su aplicación por parte de las áreas responsables y debilitamiento de los mecanismos de interacción, participación y atención al ciudadano. Adicionalmente, esta situación afecta la capacidad de la Entidad para garantizar la transparencia, la coherencia y la mejora continua del proceso de relacionamiento con la ciudadanía y los grupos de valor.

4. RIEGOS DE GESTIÓN Y CORRUPCIÓN

En el marco del ejercicio de auditoría interna al proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, correspondiente a la vigencia 2024 y primer semestre de 2025, se realizó el análisis y evaluación de los riesgos de gestión y de corrupción asociados a su desarrollo, con el propósito de valorar la efectividad de las medidas implementadas para su administración y control, así como de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la gestión institucional.

Esta actividad se efectuó en cumplimiento de las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), las cuales establecen la obligación de incorporar la gestión del riesgo como un componente transversal del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), orientado

a garantizar la integridad, eficiencia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de los objetivos misionales y estratégicos de las entidades públicas.

El análisis desarrollado permite identificar los factores que pueden afectar el logro de los resultados esperados del proceso, en especial aquellos relacionados con la interacción con la ciudadanía y los grupos de valor, así como con los mecanismos de participación, atención y comunicación institucional. De igual forma, la evaluación de los riesgos de gestión (dos) y de corrupción (uno) busca determinar la pertinencia y suficiencia de los controles existentes, promoviendo la adopción de acciones preventivas y correctivas que contribuyan al mejoramiento continuo y a la consolidación de una cultura organizacional basada en la ética pública y la rendición de cuentas.

Consecuente con lo anterior, a continuación, se presenta el análisis y evaluación realizado por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, así:

4.1. Riesgos de gestión

RIESGO: Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de la ciudadanía y grupos de valor al incumplimiento de los términos de respuesta de reclamos en salud (Simples, priorizados y riesgo vital) por parte de los vigilados.		
CAUSAS	CONTROL	ACCIONES PLAN DE TRATAMIENTO
Desconocimiento de la Circular externa 2023151000000010-5 DE 2023.	El director y Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo realizan mensualmente requerimientos a los responsables del aseguramiento por los reclamos en salud (simples, priorizados y riesgo vital) abiertos y vencidos en términos. (Detectivo)	Realizar requerimientos de forma mensual a los responsables del aseguramiento sobre el cumplimiento al cierre de los reclamos en salud abiertos y vencidos en términos.
Incumplimiento por parte de los vigilados en gestionar los reclamos en salud en el aplicativo.		
Incumplimiento de los tiempos de respuesta de los reclamos en salud por los responsables del aseguramiento.	El Director revisa mensualmente los informes elaborados por el Grupo de Estadísticas y Análisis de la PQRD respecto al comportamiento de los reclamos en salud, de acuerdo con su revisión, si considera necesario programa mesas de trabajo con los responsables del aseguramiento con mayor número de reclamos en salud abiertos y vencidos en términos, con el fin de solicitar el cierre inmediato de estos. (Preventivo)	

Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información suministrada por la DPU.

En relación con el Control No. 1, denominado “El Director y los Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo realizan mensualmente requerimientos a los responsables del aseguramiento por los reclamos en salud (simples, priorizados y de riesgo vital) abiertos y vencidos en términos”, se realizó una verificación aleatoria in situ de las actividades correspondientes a los meses de marzo, julio y septiembre de 2024, así como febrero y mayo de 2025. Como resultado, se constató que el control se encuentra implementado y operando de acuerdo con lo establecido, evidenciándose su cumplimiento en la matriz “BD Abiertos y Vencidos al 5 de mayo de 2025”.

Este control demuestra ser coherente con su tipología detectiva, ya que se activa durante la ejecución del proceso y permite identificar oportunamente los reclamos abiertos y vencidos en términos, facilitando el seguimiento continuo y la adopción oportuna de correctivos por parte de los responsables del aseguramiento. En ese sentido, el control contribuye de forma efectiva a la mitigación de los riesgos asociados a la gestión de reclamos en salud, al prevenir su acumulación o materialización a través del monitoreo sistemático y periódico.

En cuanto al Control No. 2, definido como: *“El Director revisa mensualmente los informes elaborados por el Grupo de Estadísticas y Análisis de la PQRD respecto al comportamiento de los reclamos en salud; de acuerdo con su revisión, si lo considera necesario, programa mesas de trabajo con los responsables del aseguramiento con mayor número de reclamos abiertos y vencidos en términos, con el fin de solicitar el cierre inmediato de estos”*, se llevó a cabo una verificación aleatoria in situ de las actividades realizadas durante los meses analizados (marzo, julio y septiembre de 2024, y febrero y mayo de 2025).

Si bien fue posible corroborar la participación de los responsables del aseguramiento mediante la revisión de listas de asistencia, no se evidenció la existencia de actas o documentos que registraran los acuerdos, compromisos o decisiones adoptadas durante dichas mesas de trabajo. La ausencia de estos soportes limita la trazabilidad del seguimiento realizado por la Superintendencia y no permite establecer con claridad los términos, plazos o responsabilidades definidos para el cierre oportuno de los reclamos en estado abierto o vencido.

Esta situación refleja debilidades en el mecanismo de formalización y documentación del control, particularmente en su capacidad para dejar evidencia de la gestión realizada frente a los vigilados, lo cual afecta la verificación posterior del cumplimiento de las acciones correctivas comprometidas.

En relación con la tipología del control No. 2, el proceso lo clasifica como un control preventivo. Sin embargo, al referenciar lo establecido en la Guía de Gestión Integral del Riesgo – Versión 7, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), específicamente en la página 62 (Figura 20: “Cadena de valor del proceso y tipologías de controles”), se identifica que la naturaleza del control corresponde más a un mecanismo detectivo que preventivo. Esto se debe a que el control se activa posterior al análisis de los informes y ante la detección de un comportamiento irregular o de riesgo, es decir, cuando ya se presenta un número significativo de reclamos abiertos o vencidos en términos.

Esta incorrecta clasificación puede afectar la adecuada valoración del riesgo y la determinación de controles complementarios o necesarios para fortalecer la gestión preventiva del proceso.

Tal como se establece en la Guía de Gestión Integral del Riesgo V7, *“los controles preventivos son accionados en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo; su propósito es establecer las condiciones necesarias que aseguren el resultado final esperado”*.

A partir de este criterio, se recomienda al proceso evaluar la pertinencia de reclasificar la tipología del control reportado como preventivo, toda vez que, según la evidencia revisada, dicho control se ajusta a la definición de un control detectivo, entendido como aquel *“accionado durante la ejecución del proceso, que detecta la ocurrencia o manifestación del riesgo, pero que puede generar reprocesos”*. Lo anterior se fundamenta en que el proceso indica que *“el Director revisa mensualmente los informes elaborados por el Grupo de Estadísticas y Análisis de la PQRD respecto al comportamiento de los reclamos en salud y, de acuerdo con su revisión, si lo considera necesario, programa mesas de trabajo con los responsables del aseguramiento con mayor número de reclamos abiertos y vencidos para solicitar el cierre inmediato de estos”*. Esta actividad, por su naturaleza y momento de ejecución, corresponde a un control detectivo y no preventivo.

Por otra parte, se verificó que el proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor” elaboró el Plan de Tratamiento del Riesgo N° 1789, asociado al riesgo de gestión: “Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de la ciudadanía y grupos de valor ante el incumplimiento de los términos de respuesta de reclamos en salud (simples, priorizados y riesgo vital) por parte de los vigilados”. En dicho plan se estableció como acción de tratamiento “realizar requerimientos de forma mensual a los responsables del aseguramiento sobre el cumplimiento del cierre de los reclamos en salud abiertos y vencidos en términos”.

De acuerdo con la verificación realizada en el aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se constató que el proceso ha ejecutado la acción propuesta, actividad esta que no contribuye a lograr que el riesgo se materialice.

No obstante, no se observó ni se aportó evidencia relacionada con el uso, análisis o decisiones derivadas de las respuestas emitidas por los responsables del aseguramiento frente al cierre de los reclamos abiertos y vencidos. Esta situación permite inferir que no se

está cumpliendo integralmente con los postulados del plan de tratamiento del riesgo, el cual debe implementarse para definir estrategias concretas orientadas a eliminar la fuente del riesgo, modificar su probabilidad o consecuencias, o establecer controles específicos con objetivos verificables.

Lo anterior evidencia una brecha entre lo declarado por la Delegada para la Protección al Usuario y la aplicación efectiva del plan de tratamiento, situación que afecta la eficacia de las acciones implementadas para mitigar el riesgo identificado.

RIESGO: Posibilidad de afectación reputacional por los reclamos en salud reiterados de los ciudadanos y grupos de valor debido a la falta de solución de fondo que se presentan en los diálogos con la Supersalud.		
CAUSAS	CONTROL	ACCIONES PLAN DE TRATAMIENTO
Incumplimiento por parte de los vigilados en gestionar los reclamos en salud en el aplicativo	Los Coordinadores de Grupos Internos de Trabajo realizan seguimiento a los compromisos adquiridos en los diálogos que no son solucionados directamente en la jornada, estos se radican en la entidad y se asignan al Grupo SIS, para su gestión. El seguimiento a estos casos es por parte de grupo SIS quienes deben reportar trimestralmente el estado de los casos. (Detectivo)	El profesional designado elabora el informe cuatrimestralmente de la aplicación de las encuestas de satisfacción, el cual será revisado y analizado por el Director y Coordinador de Grupo Interno de Trabajo, si hay lugar, se realizarán los ajustes necesarios y retroalimentación al equipo de trabajo en el comité de autoevaluación.
Falta de recurso humano propio para gestionar los reclamos en salud.		
Falta de seguimiento a los reclamos en salud radicados en los diálogos con la Supersalud.	El profesional designado elabora el informe cuatrimestralmente de la aplicación de las encuestas de satisfacción, el cual será revisado y analizado por el Director y Coordinador de Grupo Interno de Trabajo, si hay lugar, se realizarán los ajustes necesarios y retroalimentación al equipo de trabajo en el comité de autoevaluación. (Preventivo)	Actualizar cada cuatro meses informe de las encuestas de satisfacción aplicada en los eventos de Promoción Participación Ciudadana, el cual será revisado y analizado por el Director y Coordinador de Grupo Interno de Trabajo.

Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información suministrada por la DPU.

Consecuente con lo anterior, el análisis del riesgo debe realizarse con base en las causas generadoras que pueden dar origen a la situación riesgosa. En este caso, el proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*” identificó como causas las siguientes:

- Incumplimiento por parte de los vigilados en gestionar los reclamos en salud en el aplicativo;
- Falta de recurso humano propio para gestionar los reclamos en salud; y
- Falta de seguimiento a los reclamos en salud radicados en los diálogos con la Supersalud.

Al comparar el riesgo identificado con dichas causas, se evidencia una relación directa, dado que las situaciones descritas efectivamente pueden conducir a la materialización del riesgo asociado a la afectación reputacional por la insatisfacción ciudadana ante el incumplimiento de los términos de respuesta de los reclamos en salud.

En este sentido, cada causa raíz o hecho generador debe contar con uno o varios controles orientados a prevenir o reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Sin embargo, conforme a lo dispuesto en el mapa de riesgos institucional, el equipo auditor observó lo siguiente:

A partir de la información examinada, se identificó que únicamente la causa *“Incumplimiento por parte de los vigilados en gestionar los reclamos en salud en el aplicativo”* posee un control asociado. Dicho control de carácter preventivo consiste en que *“los Coordinadores de los Grupos Internos de Trabajo realizan seguimiento a los compromisos adquiridos en los diálogos que no se solucionan directamente durante la jornada; estos se radican en la entidad, se asignan al Grupo SIS para su gestión y el seguimiento es reportado trimestralmente”*. Esta actividad constituye un mecanismo sistemático que contribuye a mitigar la causa generadora del riesgo.

Respecto de las otras dos causas falta de recurso humano propio para gestionar los reclamos en salud y falta de seguimiento a los reclamos radicados en los diálogos con la Supersalud se evidenció que no cuentan con controles asociados que permitan su adecuada mitigación. El único control adicional identificado corresponde a la elaboración de informes cuatrimestrales sobre la aplicación de encuestas de satisfacción, el cual no guarda relación directa con dichas causas ni contribuye a tratarlas de manera efectiva.

Lo anterior demuestra la ausencia de controles orientados a mitigar dos (2) de las tres (3) causas identificadas. Esta situación genera un vacío en el tratamiento del riesgo, pues no se establecen mecanismos que aseguren la comunicación oportuna y el seguimiento adecuado al interior de la Delegada para la Protección al Usuario, necesarios para minimizar la afectación reputacional derivada de reclamos reiterados sin solución de fondo durante los diálogos con la Supersalud. Ello afecta la capacidad del proceso para cumplir con su propósito de brindar un servicio eficiente, oportuno y de calidad a la ciudadanía y a los grupos de valor.

En consecuencia, se identifica una oportunidad de mejora, consistente en evaluar la necesidad de modificar o complementar los controles establecidos, de manera que se articulen adecuadamente con las causas identificadas y permitan mitigar efectivamente las dos causas que actualmente carecen de control.

En cuanto al cumplimiento de los controles definidos, se evidenciaron los informes trimestrales de estados de casos elaborados por el Grupo SIS. De igual forma, respecto del control relacionado con la elaboración de informes cuatrimestrales de encuestas de

satisfacción, se verificó en las actas de autoevaluación correspondientes a marzo, julio y septiembre de 2024 y febrero y mayo de 2025, la socialización y retroalimentación al equipo.

A partir de lo anterior, se concluye que los controles existentes se ejecutaron según la periodicidad establecida (trimestral y cuatrimestral). No obstante, se recomienda que el seguimiento a los compromisos adquiridos con la ciudadanía y los grupos de valor durante los diálogos sea analizado al término de cada jornada territorial, con el fin de verificar oportunamente el cumplimiento de los vigilados. Esta medida resulta relevante, ya que un seguimiento exclusivamente posterior, y que podría ser trimestral, resultando ineficaz debido al tiempo transcurrido entre la radicación de la PQRD y la verificación, lo que puede generar la pérdida de oportunidad o incluso la inexistencia del hecho que originó el compromiso, tal como podría ocurrir con casos de salud que requieren atención inmediata.

Finalmente, una vez analizados los riesgos de gestión y los controles asociados, se evidenció que estos no están incorporados dentro de los puntos de control de los procedimientos. Cabe recordar que los controles deben integrarse en los puntos clave del procedimiento y no diseñarse de manera aislada, con el fin de garantizar que las operaciones sean eficientes, seguras y orientadas al cumplimiento de los objetivos del proceso. Los controles del riesgo deben operar como verdaderos puntos de control dentro del procedimiento, permitiendo mitigar de manera efectiva la materialización del riesgo identificado.

4.2. Riesgos de corrupción

RIESGO: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir la gestión de un reclamo en salud o derecho de petición.		
CAUSAS	CONTROL	ACCIONES PLAN DE TRATAMIENTO
El sistema de gestión de PQRD permite el trasladar al vigilado de la PQRD, es un insumo de inspección y vigilancia y el usuario puede consultar en línea la PQRD radicadas.	El Grupo de Estadísticas y Análisis de PQRD con el apoyo del Grupo de Promoción, y según las competencias establecidas en el Decreto 1080, mensualmente consolida la información de los derechos de petición respondidos por las dependencias en el formato diseñado, dando cumplimiento a lo contemplado en la resolución 321 del 2016. En el evento de observar que no se está reportando los cinco primeros días, se solicita al líder del proceso o delegado y por medio de las gestoras de la DPU, el envío de del reporte faltante. (Detectivo)	Remitir el formato del reporte de los derechos de petición a través de memorando adjuntando el video en donde se explica su correcto diligenciamiento
Discrecionalidad en la radicación de los reclamos en salud o Derecho de Petición por parte del funcionario, cuando estos no se reciben por los canales dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud para tal fin (presencial, telefónico, redes sociales, escrito, chat y formulario web).		
Conflicto de interés del funcionario que gestiona los reclamos en salud o el derecho de petición frente a los actores del sistema o grupos de valor.	El Delegado, Directores y Coordinador de Grupo mensualmente monitorea los tiempos de respuesta de los derechos de petición asignados, con el fin de verificar el cumplimiento y el proceso establecido. En el evento de observar el incumplimiento en los términos de respuesta, solicita al responsable efectuar el ajuste correspondiente. (Preventivo)	Realizar seguimiento al reporte de las dependencias de los derechos de petición de acuerdo con la resolución 321 de 2016.
Falta de seguimiento a los tiempos de respuestas de los derechos de petición interpuestos por la ciudadanía respecto a las funciones de la Supersalud.	La Dirección de Innovación y Desarrollo extrae la información de la base de datos oficial de reclamos en salud y el Grupo de Estadísticas y Análisis de PQRD revisan cada dos meses esa base de datos que corresponde a los reclamos en salud de riesgo vital por motivo de negación de los servicios de salud que se encuentren	

RIESGO: Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para agilizar, dilatar u omitir la gestión de un reclamo en salud o derecho de petición.		
CAUSAS	CONTROL	ACCIONES PLAN DE TRATAMIENTO
	abiertos y que se hayan cerrado fuera de términos por parte de las EPS, posterior a ello se remite a través de correo electrónico a la Dirección de Innovación y Desarrollo para su respectivo traslado a la Contraloría General de la República CGR. (Detectivo)	

Fuente: Elaboración propia OCI, con base en la información suministrada por la DPU

Si bien no se evidenció materialización del riesgo de corrupción objeto de evaluación, se identificó que las causas del riesgo no están formuladas conforme a lo establecido en el Manual de Administración del Riesgo (código DEMN02, versión 4 del 15/01/2025) ni a la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (versión 7 de 2025) del DAFP. Estos instrumentos precisan que la causa raíz o hecho generador debe guardar una relación directa de causa–efecto con el daño potencial, y que su determinación parte de identificar la acción, omisión o acto lesivo que podría afectar el patrimonio estatal.

En consecuencia, la incorrecta identificación de las causas impacta directamente la pertinencia de los controles formulados, dado que estos no corresponden a la causa raíz ni contribuyen a su eliminación o mitigación. Tras la evaluación de las causas y controles definidos por el proceso, se estableció adicionalmente que el riesgo descrito no contempla situaciones asociadas a los procedimientos:

- Formular la planeación del proceso;
- Administrar la estrategia de atención;
- Articular la estrategia del PAAC; y
- Realizar seguimiento al Relacionamento con la Ciudadanía y Grupos de Valor.

Lo anterior obedece a que la redacción actual del riesgo no incorpora posibles eventos que puedan afectar dichos procedimientos, ni los controles contemplan tratamientos que mitiguen las causas que podrían generar afectaciones al proceso. De igual forma, la formulación del riesgo limita el alcance para cubrir otras situaciones derivadas, restringiendo su gestión integral.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 5. Debilidad en la Identificación, Tratamiento y Control de los Riesgos de Gestión y Corrupción**, al proceso “*Relacionamento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Se identificaron debilidades en la definición, clasificación, documentación y aplicación de los controles asociados a los riesgos de gestión y corrupción del proceso “*Relacionamento*

con la Ciudadanía y Grupos de Valor”. Estas situaciones afectan la eficacia del Sistema de Control Interno y la gestión integral del riesgo, así como la capacidad institucional para garantizar oportunamente la satisfacción ciudadana, la transparencia y la confianza pública. A continuación, se relacionan las principales situaciones observadas:

• **Riesgos de Gestión: Debilidades en la Implementación y Clasificación de Controles**

✓ **Implementación parcial de los controles definidos**

Si bien el Control No. 1 se encuentra implementado y operando conforme a lo establecido, siendo coherente con su tipología detectiva y aportando a la mitigación del riesgo, se evidenciaron falencias en el Control No. 2, dado que no existen actas, acuerdos o soportes formales que documenten las decisiones y compromisos derivados de las mesas de trabajo con vigilados, situación que compromete la trazabilidad, el seguimiento y la verificación posterior de las acciones correctivas adoptadas por los responsables del aseguramiento, limitando la eficacia del control y afectando la capacidad del proceso para asegurar el cierre oportuno de los reclamos abiertos o vencidos.

✓ **Clasificación incorrecta de la tipología del Control No. 2**

El proceso clasifica el Control No. 2 como preventivo, aunque su activación ocurre únicamente después del análisis de los informes emitidos por el Grupo de Estadísticas y Análisis PQRD y solo se ejecuta cuando ya existe evidencia de riesgo, es decir, ante la detección de reclamos abiertos o vencidos. Conforme a la Guía de Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del DAFP, su naturaleza corresponde a un control detectivo, no preventivo. Esta clasificación incorrecta afecta la valoración del riesgo, la identificación de controles adicionales necesarios y el diseño de estrategias preventivas efectivas.

✓ **Brechas en el tratamiento del riesgo de gestión**

Aunque el Plan de Tratamiento del Riesgo N° 1789 registra actividades ejecutadas, como el envío de requerimientos mensuales a los vigilados, no se evidenciaron análisis de las respuestas emitidas por los aseguradores, decisiones o acciones derivadas del tratamiento, ni soportes que demuestren el uso de dicha información para la reducción del riesgo. Esta situación refleja una aplicación incompleta del plan de tratamiento y limita su capacidad para modificar, reducir o controlar la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

✓ **Controles insuficientes para las causas identificadas**

De las tres causas del riesgo identificadas (incumplimiento de los vigilados en gestionar reclamos en el aplicativo, falta de recurso humano propio para la gestión y ausencia de seguimiento a reclamos radicados en los diálogos con la Supersalud) solo la primera cuenta

con un control asociado, mientras que las otras dos permanecen sin tratamiento, lo que genera vacíos en la gestión integral del riesgo, limita la capacidad para atender factores críticos que pueden incrementar la afectación reputacional y evidencia la ausencia de mecanismos oportunos de comunicación y seguimiento interno.

✓ **Controles no incorporados en los procedimientos**

Los controles definidos en el mapa de riesgos no están integrados en los puntos de control de los procedimientos operativos del proceso, lo cual debilita su aplicación sistemática, limita su incorporación en la cadena de valor y afecta su coherencia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

• **Riesgo de Corrupción: Deficiencias en la Identificación de Causas y Controles**

✓ **Formulación inadecuada de las causas del riesgo**

Las causas no están formuladas conforme a lo establecido en el Manual de Administración del Riesgo – DEMN02 (versión 4 de 2025) ni en la Guía de Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del DAFP (2025), documentos que precisan que la causa raíz debe mantener una relación estricta de causa–efecto con el daño potencial y derivarse de una acción, omisión o acto lesivo del patrimonio estatal. En consecuencia, la formulación actual no sigue la estructura técnica requerida, no describe hechos generadores concretos y afecta la pertinencia y efectividad de los controles definidos.

✓ **Riesgo insuficientemente descrito y sin cobertura completa del proceso**

El riesgo no contempla situaciones asociadas a los procedimientos de formular la planeación del proceso, administrar la estrategia de atención, articular la estrategia del PAAC/PTEP y realizar seguimiento al relacionamiento con la ciudadanía. En tal sentido, conlleva a que se genere situaciones tales como: riesgos subdimensionados, controles no alineados con la cadena de valor, y una gestión incompleta de eventos que podrían dar lugar a irregularidades o fallas de control.

Las situaciones evidenciadas reflejan debilidades estructurales en la gestión de los riesgos de gestión y de corrupción, especialmente en la adecuada identificación de causas, la correcta clasificación y formalización de los controles, la documentación y trazabilidad de su ejecución, la integración de dichos controles dentro de los procedimientos y el seguimiento, análisis y toma de decisiones necesarios para su tratamiento efectivo. En este sentido, las deficiencias limitan la capacidad del proceso para anticipar y mitigar riesgos, generar acciones preventivas efectivas, reducir la probabilidad de afectaciones reputacionales y fortalecer la transparencia y la confianza en la gestión institucional.

5. INDICADORES

La Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión, versión 4 (mayo de 2018) del DAFP, tiene como propósito facilitar la implementación efectiva del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en las entidades públicas del país. Este documento orienta la formulación, uso, seguimiento y evaluación de indicadores que permiten medir el cumplimiento de metas y resultados institucionales.

En este contexto, y respecto del proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor, se identificaron los siguientes indicadores:

Imagen 4. Resultado de indicadores asociados al proceso "RCGV" para la vigencia 2024

Código Indicador	Nombre	Meta	Resultado 2024
RL15	Actividades realizadas en territorio	100%	100%
RL02	Diálogos territoriales desarrolladas en el periodo	100%	132%
RL05	Porcentaje de PQRD clasificadas con riesgo de vida trasladadas a los vigilados para su gestión y respuesta de fondo.	100%	100%
RL16	Porcentaje de reclamos en salud clasificados en riesgo priorizado trasladados a través de una acción de inspección y vigilancia a los vigilados para su gestión y respuesta de fondo.	100%	100%
RL17	Trasladar a través de una acción de inspección y vigilancia los reclamos de salud, clasificados como riesgo simple a los responsables del aseguramiento.	100%	100%
RL18	Porcentaje de cierre y gestión de los reclamos en salud presentados por los usuarios que asisten a los diálogos territoriales.	100%	82%

Fuente: Elaboración propia OCI. Construcción a partir de la Matriz Indicadores 2024 ITS

A partir de la verificación realizada, se identificó el incumplimiento del indicador RL18, por lo cual se presenta el siguiente análisis:

- **Descripción del indicador:** El indicador RL18 mide el porcentaje de cierre y gestión de los reclamos en salud presentados por los usuarios en los diálogos territoriales. Su finalidad es fortalecer la interacción con la ciudadanía, optimizar la gestión de reclamos y asegurar respuestas oportunas y de calidad.

- **Resultados 2024:**

- Enero–marzo: 362 reclamos recibidos; 282 cerrados (78%)
- Abril–junio: 370 reclamos recibidos; 316 cerrados (85,41%)
- Julio–septiembre: 161 reclamos recibidos; 129 cerrados (80,12%)
- Octubre–diciembre: 411 reclamos recibidos; 334 cerrados (81,27%)

- **Evaluación frente a la meta**

- Meta anual: 100% de cierre.

• **Rangos de desempeño:**

- Bueno: 90% – 100%
- Regular: 75% – 90%
- Malo: < 75%

Todos los resultados trimestrales se ubicaron en el rango regular, con valores entre 78% y 85,41%, sin alcanzar el nivel “bueno”.

Consecuente con lo anterior, el cierre de los reclamos depende en gran medida de la gestión de las entidades vigiladas. La Delegatura para la Protección al Usuario realiza acciones de inspección, vigilancia y gestión, pero no es responsable del cierre final de los casos, y el indicador refleja un desempeño conjunto entre el proceso y los vigilados, lo cual limita su control directo por parte de la entidad.

Se precisa que, el indicador RL18 presentó en 2024 un desempeño regular, sin alcanzar la meta institucional del 100%. Aunque los porcentajes de cierre se mantuvieron por encima del 75% en todos los trimestres, el cumplimiento depende de factores externos, lo que incide en la imposibilidad de lograr el nivel esperado. No obstante, los resultados evidencian un esfuerzo sostenido en la gestión y seguimiento de los reclamos recibidos en los diálogos territoriales.

A continuación, se presentan los aspectos que deben considerarse respecto del indicador asociado al proceso:

- **Enfoque en la gestión del proceso:** La gestión del proceso comprende todas las etapas: recepción, clasificación, trámite, seguimiento y cierre de los reclamos, con énfasis en la agilidad, precisión y oportunidad en cada fase. El fortalecimiento de estas actividades no solo incrementa la satisfacción del usuario, sino que también reduce tiempos de respuesta, minimiza errores administrativos y disminuye barreras en el acceso a los servicios de salud.
- **Resultados actuales y contexto:** Los porcentajes de cierre evidencian una mejora progresiva: 78% (enero–marzo), 85,41% (abril–junio) y valores similares en los trimestres siguientes; sin embargo, continúan por debajo de la meta institucional del 100%. Si bien estos avances reflejan esfuerzos en la gestión, aún existe un margen significativo para optimizar las distintas etapas del proceso y lograr cierres más oportunos y efectivos.

Recomendaciones para fortalecer la medición: La medición debería orientarse hacia indicadores que evalúen la eficiencia del proceso, tales como: tiempo promedio de gestión, porcentaje de reclamos tramitados dentro de los plazos definidos, niveles de satisfacción del usuario, y tasa de seguimiento y resolución efectiva.

- En este sentido, el indicador RL18 requiere ser ajustado para alinearse con las directrices institucionales, de manera que represente la calidad, eficiencia y oportunidad de la gestión del proceso, y no se limite únicamente al cierre realizado por los vigilados. Un indicador reformulado permitiría evaluar con mayor precisión el desempeño interno y la efectividad en la atención al ciudadano, contribuyendo a la mejora continua del proceso y al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Así mismo, se requiere revisar la información que sirve de origen a los reportes de los indicadores, la cual debe ser veraz y confiable para el cálculo en las hojas de vida de estos.

• **Hoja de vida de los indicadores asociados al proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de valor”:**

En la verificación realizada a las hojas de vida de los indicadores asociados al proceso “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”, se realizó una confrontación detallada de su estructura metodológica frente a los lineamientos establecidos en la “Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión, versión 4 (2018) del DAFP”, la cual señala expresamente que *“al igual que los objetivos, todo indicador debe mantener una estructura coherente”*. Esta coherencia implica que exista una correspondencia clara y lógica entre el nombre del indicador, su objetivo, la descripción, la fórmula de cálculo, las variables que intervienen, la actividad del plan asociada, y el resultado esperado.

Imagen 5. Hoja de vida del indicador RL05 - Proceso "RCGV"

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			CÓDIGO	DEFT20
	HOJA DE VIDA DEL INDICADOR			VERSIÓN	1
PROCESO	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de PQRD clasificadas con riesgo de vida trasladadas a los vigilados para su gestión y respuesta de fondo.				
OBJETIVO DEL PROCESO	Coordinar la interacción con la ciudadanía, los usuarios y grupos de valor para el acceso a la oferta institucional y a sus derechos fundamentales mediante la articulación de lineamientos, estrategias e implementación de acciones con el propósito de optimizar los escenarios de relacionamiento, prestar un servicio de excelencia y realizar la entrega efectiva de productos, servicios e información con calidad y oportunidad.				
ACTIVIDAD PLAN	Trasladar a través de una acción de inspección y vigilancia los reclamos de salud, clasificados como riesgo vital a los responsables del aseguramiento.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	NATURALEZA A DEL INDICADOR	DATOS DEL INDICADOR	
	Número de reclamos con riesgo vital gestionados en el trimestre*			CÓDIGO DEL INDICADOR	VERSIÓN DEL INDICADOR
	B- VARIABLE 2	Este indicador mide número de PQRD gestionadas en el trimestre/Número de PQRD recibidas en el trimestre.	Eficiencia	RL05	1
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					

Fuente: Información extraída de la hoja de vida del indicador - Página web institucional de la SNS.

Consecuente con lo anterior, a continuación, se relacionan las situaciones evidenciadas durante el análisis y evaluación de la hoja de vida del indicador:

• **Identificación de incoherencias en la estructura de los indicadores (RL05, RL16 y RL17):** Durante la revisión técnica se identificó que la hoja de vida del indicador RL05 - “Porcentaje de PQRD clasificadas con riesgo de vida trasladadas a los vigilados para su gestión y respuesta de fondo”, presenta una inconsistencia fundamental:

- El nombre del indicador y la actividad del plan se centran exclusivamente en la acción de trasladar PQRD clasificadas con riesgo de vida a los vigilados, lo que sugiere que el propósito del indicador es medir la oportunidad, cobertura o eficacia en el traslado de dichas solicitudes.
- La descripción y fórmula del indicador no miden “*traslado*”, sino “*gestión*”, dado que evalúan el número de PQRD gestionadas en el trimestre respecto del número de PQRD recibidas en el mismo periodo.

Esta incongruencia genera un desfase entre lo que el indicador afirma medir y lo que realmente mide. En términos metodológicos, esta situación constituye una falla de diseño, pues el indicador:

- No mide la acción central planteada en su nombre (el traslado).
- Incorpora un concepto distinto (gestión), que corresponde a actividades que no necesariamente dependen del proceso evaluado.
- Genera ambigüedad en la interpretación de los resultados, afectando la transparencia, trazabilidad y comparabilidad del desempeño.

• **Extensión del hallazgo a los indicadores RL16 y RL17:** La misma inconsistencia se observa en las hojas de vida de los indicadores:

- RL16 “*Porcentaje de reclamos en salud clasificados en riesgo priorizado trasladados a través de una acción de inspección y vigilancia a los vigilados para su gestión y respuesta de fondo*”.
- RL17 “*Trasladar a través de una acción de inspección y vigilancia los reclamos de salud, clasificados como riesgo simple a los responsables del aseguramiento*”.

Además, en ambos casos se presenta lo siguiente:

- El nombre del indicador y su actividad asociada están orientados al traslado de reclamos según categoría de riesgo.

- Sin embargo, las descripciones y fórmulas de cálculo incorporan elementos de gestión o cierre, lo que implica una medición sobre la actuación de los vigilados y no sobre el desempeño del propio proceso institucional.

Ello implica que estos indicadores presentan una falta de alineación conceptual similar a la identificada en el RL05, que afecta su pertinencia para medir resultados atribuibles directamente al proceso de relacionamiento.

- **Implicaciones de las incoherencias identificadas:** Las inconsistencias detectadas no son meros aspectos formales, sino que tienen consecuencias sustantivas para la gestión institucional:

- Dificultan la lectura real del desempeño, pues los resultados no se relacionan directamente con las funciones y responsabilidades propias del proceso.
- Afectan la capacidad de toma de decisiones, ya que la información generada por estos indicadores no refleja la eficiencia, calidad ni oportunidad de las actividades bajo control de la Entidad.
- Generan una trazabilidad difusa o incompleta, complicando la evaluación periódica del proceso.
- Debilitan la alineación del proceso con el MIPG, que exige una medición orientada a resultados institucionales y basada en indicadores pertinentes, claros, verificables y coherentes.
- Pueden inducir a interpretaciones erradas en auditorías externas y evaluación del desempeño, dado que el indicador sugiere medir una acción interna, pero realmente evalúa actividades ajenas a la competencia directa de la Entidad.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 6. Necesidad de Revisión y Ajuste de Indicadores de Gestión**, al proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Durante la evaluación realizada al proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, se identificaron debilidades en la formulación, pertinencia y coherencia de los indicadores asociados, así como limitaciones para evaluar adecuadamente la gestión interna conforme a las directrices establecidas en la Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión, versión 4 (2018) del DAFP y a las exigencias del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), considerándose entre otras, las siguientes situaciones:

- **Desempeño del indicador RL18 y pertinencia de su medición:** El indicador RL18, definido como el “*Porcentaje de cierre y gestión de los reclamos en salud presentados por los usuarios en los diálogos territoriales*”, presentó durante la vigencia 2024 resultados

trimestrales ubicados en el rango regular (entre 78% y 85,41%), sin alcanzar la meta institucional fijada en 100%.

Sin embargo, el análisis evidencia que el cumplimiento del indicador está condicionado por la gestión de las entidades vigiladas, ya que la Delegatura para la Protección al Usuario no es responsable del cierre final de los reclamos. Por tanto, el desempeño del indicador depende de factores externos al proceso y escapa al ámbito de control directo de la Entidad.

Esta situación limita la idoneidad del indicador como herramienta para medir el desempeño interno, pues no refleja la gestión real de las actividades que sí son responsabilidad del proceso (recepción, clasificación, traslado, acompañamiento y seguimiento), comprometiendo su utilidad en la toma de decisiones gerenciales y en la implementación de acciones correctivas orientadas a la mejora.

Además, el diseño actual del indicador no permite evaluar elementos críticos de la gestión, tales como:

- Eficiencia en los tiempos de trámite y traslado de reclamos.
- Oportunidad y suficiencia del seguimiento realizado a los vigilados.
- Calidad y consistencia técnica de las actuaciones de inspección, vigilancia y control.
- Satisfacción del usuario frente a la atención recibida en los diálogos territoriales.
- Efectividad de las acciones de articulación con los responsables del aseguramiento.

Estos componentes son fundamentales para valorar el desempeño del proceso y se encuentran bajo el ámbito directo de responsabilidad de la Entidad, pero no son capturados por el indicador actual.

- **Incoherencias en la estructura técnica de los indicadores del proceso:** De acuerdo con la Guía del DAFP, todo indicador debe mantener una estructura coherente entre su nombre, propósito, descripción, fórmula de cálculo, variables y actividad asociada.

No obstante, en la revisión realizada a las hojas de vida de los indicadores del proceso se identificaron inconsistencias relevantes:

- El indicador RL05 presenta una incongruencia entre su nombre y actividad (“trasladar PQRD...”) y la descripción técnica, que mide el porcentaje de PQRD gestionadas respecto de las recibidas, lo que desvirtúa su propósito original.
- Una situación análoga se evidenció en los indicadores RL16 y RL17, cuyas denominaciones se orientan exclusivamente al traslado de reclamos según nivel de

riesgo, mientras que sus descripciones y fórmulas incorporan elementos relacionados con gestión o cierre, generando desalineación conceptual y metodológica.

Estas incoherencias afectan la claridad del objetivo de cada indicador y dificultan la interpretación de los resultados, reduciendo la confiabilidad de la medición y su utilidad como herramienta de evaluación, seguimiento y toma de decisiones.

- **Confiabilidad de la información y consistencia de las hojas de vida:** Se evidenció la necesidad de revisar la calidad, veracidad y completitud de la información utilizada como insumo para el cálculo de los indicadores del proceso, garantizando que las hojas de vida estén correctamente actualizadas, sean coherentes con su diseño metodológico y cumplan con los lineamientos del DAFP.

Una estructura documental clara y consistente es indispensable para asegurar la trazabilidad del indicador y permitir un proceso de evaluación transparente, objetivo y alineado con los objetivos institucionales.

En conclusión, la revisión integral del proceso evidencia que los indicadores actualmente formulados no permiten medir con precisión, claridad ni suficiencia el desempeño interno del proceso, ni reflejan de manera adecuada los aportes institucionales en la atención, gestión y seguimiento de reclamos en salud. La dependencia de actores externos, las debilidades en la coherencia técnica y la insuficiencia de variables que evalúen eficiencia, calidad, oportunidad y satisfacción del usuario limitan significativamente su pertinencia como instrumentos de control institucional.

6. RESUMEN DE HALLAZGOS

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan los hallazgos detectados en el presente informe de auditoría.

Ítem	Observaciones	Proceso
1	Debilidad en la actualización de documentos y demás herramientas, así como, la ausencia de identificación de puntos de control en los procedimientos.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).
2	Debilidad en la aplicación de metodologías de diagnóstico.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).
3	Debilidad en el reporte, seguimiento y ejecución de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).
4	Debilidad en la socialización efectiva de los lineamientos del relacionamiento.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).
5	Debilidad en la Identificación, Tratamiento y Control de los Riesgos de Gestión y Corrupción.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).
6	Necesidad de Revisión y Ajuste de Indicadores de Gestión.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).

Ítem	No Conformidades	Proceso
1	Debilidad en la articulación e implementación de las políticas de relacionamiento con la ciudadanía	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).

7. RESUMEN DE RECOMENDACIONES

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan las recomendaciones detectadas en el presente informe de auditoría.

Ítem	Recomendaciones	Proceso
1	Visión integral del proceso del instrumento caracterización grupos de valor de reclamos en salud	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).

8. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORIA (OBSERVACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO.

La Oficina de Control Interno efectuó el traslado del informe preliminar de auditoría mediante el radicado N° 20251400000121613 del 28 de noviembre de 2025, otorgando un término de cinco (5) días hábiles, con el propósito de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la defensa y a la contradicción por parte del auditado, así como de salvaguardar el principio rector del debido proceso.

En desarrollo de lo anterior, la Superintendente Delegada para la Protección al Usuario, en su calidad de líder del proceso auditado, remitió respuesta mediante el radicado N.° 20252000000125093 del 5 de diciembre de 2025, en la cual formuló observaciones y pronunciamientos frente a los aspectos contenidos en el informe preliminar de auditoría del proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor.

Dichos pronunciamientos fueron debidamente analizados por esta Oficina, conforme a los criterios técnicos y normativos aplicables, y constituyen el insumo para el análisis que se presenta a continuación.

Observación Delegada para la Protección al Usuario:

"Numeral 3.3 Articular la estrategia del PAAC: En este numeral se identificó la "Observación N° 3. Debilidad en el reporte, seguimiento y ejecución de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC al proceso "Relacionamiento con la ciudadanía y Grupos de Valor".

Nota: Ante esta Observación, es pertinente indicar que la Oficina de Control Interno, realizó Seguimiento Cuatrimestral al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC, el 16 de enero de 2025, cuyo alcance fue el tercer cuatrimestre de la vigencia 2024, informe que fue socializado

con memorando No. 20251400000003803. Como resultado de este informe, se identificó la No Conformidad “Incumplimiento en las actividades programadas para el tercer cuatrimestre del PAAC 2024”, para la cual se formuló el plan de mejoramiento No. 1720, en cual cuenta con 15 actividades de responsabilidad de diferentes dependencias de la Superintendencia, a la fecha se encuentra abierto y en ejecución con fecha de terminación 30 de mayo de 2025, en el aplicativo ITS. En este sentido, no se considera pertinente que se realice por segunda vez, seguimiento y observaciones al mismo tema, hasta tanto se culmine y evalúe el plan de mejoramiento abierto.”

Análisis Oficina de Control Interno

Una vez verificada la información en el aplicativo de gestión ITS, se constató que el Plan de Mejoramiento N° 1720 del proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*” corresponde a una **No Conformidad** derivada del Seguimiento a la Gestión del PAAC 2024 realizado por la Oficina de Control Interno. Para la vigencia 2025, dicho plan contempla la formulación de actividades orientadas a mitigar la Observación N° 3 identificada en la auditoría, consistente en la “*debilidad en el reporte, seguimiento y ejecución de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC en el proceso Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”.

En atención a lo anterior, y teniendo en cuenta que al cierre del informe final de la auditoría de gestión del citado proceso aún no se evidencia la ejecución del 100% de las quince (15) actividades propuestas, se procede a reclasificar la Observación N° 3 como **Recomendación N° 2**. Al respecto, es pertinente señalar que la Oficina de Control Interno realizará el seguimiento y monitoreo permanente al avance y cumplimiento del referido plan.

En consecuencia, el hallazgo se reclasifica y se formula en los siguientes términos: **Recomendación N° 2**. Ejecución total de las actividades del plan de mejoramiento vigente en el marco del PAAC 2025, al proceso “*Relacionamiento con la ciudadanía y Grupos de Valor*”, liderado por la Delegada para la Protección al Usuario, así:

Fortalecer la planeación, ejecución, articulación, seguimiento y reporte oportuno de las actividades asociadas a los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC, en el proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, garantizando su alineación con las políticas del MIPG, los lineamientos del DAFP y el régimen de transición hacia el Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP.

Para tal efecto, se recomienda asegurar, como mínimo:

- La identificación integral de los riesgos de corrupción del proceso y sus controles.
- El avance efectivo en la racionalización y automatización de trámites comprometidos.

- La incorporación del enfoque diferencial y de accesibilidad en los ejercicios de participación ciudadana.
 - La articulación del componente de Atención al Ciudadano con los demás componentes del PAAC y su transición al PTEP.
 - La ampliación del alcance del componente de Transparencia y Acceso a la Información a todos los grupos de valor del proceso.
 - La ejecución verificable del componente de Integridad en coordinación con la dependencia responsable.
 - El reporte completo, oportuno y consistente de las evidencias en las periodicidades institucionales establecidas.
- Lo anterior, con el fin de mejorar la calidad de la información reportada.

“Numeral 4.1 Riesgos de gestión

Control No. 2, definido como: “El Director revisa mensualmente los informes elaborados por el Grupo de Estadísticas y Análisis de la PQRD respecto al comportamiento de los reclamos en salud; de acuerdo con su revisión, si lo considera necesario, programa mesas de trabajo con los responsables del aseguramiento con mayor número de reclamos abiertos y vencidos en términos, con el fin de solicitar el cierre inmediato de estos” “...no se evidenció la existencia de actas o documentos que registraran los acuerdos, compromisos o decisiones adoptadas durante dichas mesas de trabajo...”

Nota: A lo referido en este numeral, se manifiesta que de conformidad con la solicitud del auditor el día 13 de noviembre, le fue enviado al correo electrónico del doctor Luis Alberto Triana Lozada, la información solicitada:



En este correo, se puede evidenciar las mesas realizadas por la Delegatura para la Protección al Usuario - DPU, con la participando la Dirección de Inspección y Vigilancia para la Protección al Usuario, el Grupo Interno de trabajo de Soluciones Inmediatas en Salud y profesionales de la DPU, con asistencia de las EPS, en las cuales se evidencian los compromisos y fechas para el cumplimiento:

1. Acta N. 1 (Capital Salud) de 27-01-2025.
2. Acta GE-10781 (Compensar) de 18-12-2024.
3. ACTA: GE-10780 (Nueva EPS) de 21-11-2024.
4. ACTA CAPACITACIÓN (EPS FERROCARRILES) de 29-10-2024.
5. Acta N. 1 (Famisanar) de 05-02-2025.
5. Acta N. 1 (Famisanar) de 05-02-2025.
6. ACTA: GE-11477 (Savia Salud) de 15-05-2025.
7. ACTA: GE-11484 (Salud Total) de 19-05-2025.
8. ACTA: GE-11489 (Mutual Ser) de 21-05-2025.
9. ACTA: GE-11488 (Cajacopi) de 20-05-2025.

De conformidad con lo mencionado, solicitamos revisar lo referido.

Del mismo modo, en el mismo numeral 4.1, se identifica la revisión al Plan de Tratamiento del Riesgo No. 1789, asociado a un riesgo de gestión. En el mismo, se encuentra la siguiente afirmación "...no se observó ni se aportó evidencia relacionada con el uso, análisis o decisiones derivadas de las respuestas emitidas por los responsables del aseguramiento frente al cierre de los reclamos abiertos y vencidos..."

Nota: A lo referido, nos permitimos manifestar que el Grupo de Inspección y Vigilancia para las PQRD, en cumplimiento de las funciones asignadas en el marco de la gestión de las PQRD, realiza de manera mensual requerimientos a las entidades vigiladas con el fin de que adelanten las acciones necesarias para el cierre de los casos abiertos y vencidos. Sin embargo, pese al seguimiento técnico que se procura efectuar, no ha sido posible realizar un análisis detallado ni adoptar decisiones derivadas respecto de las respuestas remitidas por las entidades vigiladas.

Lo anterior obedece principalmente a limitaciones de carácter operativo y de recurso humano. Actualmente, el Grupo IV cuenta con un equipo de quince (15) profesionales, de los cuales dos (2) desempeñan funciones de apoyo técnico-asistencial y trece (13) se encuentran dedicados de manera prioritaria a la atención y trámite de acciones de tutela, dada la naturaleza urgente y perentoria de dichos procesos judiciales. Esta situación restringe la capacidad del grupo para desarrollar actividades de revisión, consolidación y análisis de las respuestas remitidas por los responsables del aseguramiento en relación con el cierre de más de ochenta mil (80.000) reclamos abiertos y vencidos, que se encuentran en seguimiento mensual.

En este contexto, la imposibilidad de efectuar un monitoreo exhaustivo y continuo de los compromisos reportados por las entidades vigiladas no obedece a falta de gestión o diligencia, sino a una limitación estructural de recursos humanos frente al volumen de casos asignados, lo que supera la capacidad técnica y operativa actual del grupo. Pese a ello, se continúa priorizando el seguimiento a los requerimientos más críticos y se mantiene la trazabilidad de las actuaciones dentro de las posibilidades institucionales.

Sin perjuicio de lo anterior, desde la Delegatura se ha venido planificando acciones que permitan incrementar el número de profesionales (contratistas) que apoyen el proceso, lo cual, si bien es

cierto, no garantizará el seguimiento total a las acciones de inspección y vigilancia de los reclamos en salud PQRD, si contribuirá a un avance en la ejecución de las acciones adelantadas.”

Análisis Oficina de Control Interno.

Respecto de los argumentos expuestos en la objeción presentada frente al hallazgo (Observación N° 5) *“Debilidad en la identificación, tratamiento y control de los riesgos de gestión y corrupción”*, mediante la cual el proceso solicita la revisión de lo señalado por el equipo auditor, en particular lo relacionado con la valoración de las evidencias aportadas para el control N° 2, consistente en que *“El Director revisa mensualmente los informes elaborados por el Grupo de Estadísticas y Análisis de la PQRD sobre el comportamiento de los reclamos en salud y, de considerarlo necesario, programa mesas de trabajo con los responsables del aseguramiento con mayor número de reclamos abiertos y vencidos, con el fin de solicitar su cierre inmediato”*, se procede a precisar lo siguiente:

De conformidad con lo manifestado y en atención a las evidencias objetivas que el proceso indica haber remitido vía correo electrónico, estas fueron objeto de valoración por parte del equipo auditor. En dicha revisión se evidenció que el control definido por el proceso se encuentra formulado como: *“El Director revisa mensualmente los informes elaborados por el Grupo de Estadísticas y Análisis de la PQRD respecto al comportamiento de los reclamos en salud (...)”*.

No obstante, las evidencias aportadas correspondientes a las Actas N.º 1 del 27/01/2025, GE-10781 del 18/12/2024 y GE-10780 del 27/11/2024 tuvieron como objeto la realización de mesas de trabajo orientadas a la mejora de la resolutive de las reclamaciones en salud (PQRD) de los afiliados de la EPS Capital Salud, así como la implementación de planes de mejora asociados a dicho propósito. De igual forma, se aportaron como evidencias adicionales las actas de capacitación y mesas de trabajo identificadas como ACTA CAPACITACIÓN EPS FERROCARRILES 2024 del 29/10/2024, y las Actas GE-11484 del 19/05/2025, GE-11489 del 21/05/2025 y GE-11488 del 20/05/2025, cuyo propósito fue la implementación de planes de mejora en los procesos de resolutive de las PQRD.

Con base en lo anterior, se observa que los objetos consignados en las actas aportadas no corresponden a la revisión mensual, formal y documentada por parte del Director de los informes elaborados por los grupos de PQRD y de Estadísticas y Análisis, tal como lo establece la primera parte del control N.º 2, sino que dan cuenta de actividades operativas propias del proceso o de la segunda parte del control (mesas de trabajo). En consecuencia, el equipo auditor concluyó que el control no se cumplió en su totalidad al momento de evaluar su diseño y efectividad.

Esta situación evidencia debilidades en el mecanismo de formalización y documentación del control, particularmente en su capacidad para dejar trazabilidad de la gestión directiva realizada frente a los vigilados, lo cual limita la verificación posterior del cumplimiento de las acciones correctivas comprometidas. En este sentido, se identifica una oportunidad de mejoramiento relacionada con la necesidad de replantear los controles definidos, de manera que se encuentren debidamente articulados con las causas del riesgo identificado y contribuyan efectivamente a su mitigación desde la fase de riesgo inherente. La ausencia de controles efectivos incrementa la probabilidad de materialización del riesgo asociado a una posible afectación reputacional por la insatisfacción de la ciudadanía y los grupos de valor, derivada del incumplimiento de los términos de respuesta a los reclamos en salud (simples, priorizados y de riesgo vital) por parte de los vigilados.

Frente a lo manifestado por el proceso en relación con que el Grupo de Inspección y Vigilancia para las PQRD realiza mensualmente requerimientos a las entidades vigiladas para el cierre de casos abiertos y vencidos, se reconoce el seguimiento técnico adelantado. Sin embargo, el propio proceso señala que no ha sido posible realizar un análisis detallado ni adoptar decisiones derivadas de las respuestas remitidas, debido a limitaciones de carácter operativo y de recurso humano. En este contexto, se recomienda continuar fortaleciendo el seguimiento de manera permanente, en aplicación del principio de mejora continua, con el fin de superar las limitaciones identificadas.

Finalmente, en atención a la respuesta emitida por la Superintendencia Delegada de Prestadores de Servicios de Salud, se evidenció asentimiento frente a la configuración del hallazgo; en consecuencia, se ratifica la Observación N° 5, la cual será objeto de seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno.

9. AJUSTE AL RESUMEN DE HALLAZGOS

Ítem	Observaciones	Proceso	Conclusión
1	Debilidad en la actualización de documentos y demás herramientas, así como, la ausencia de identificación de puntos de control en los procedimientos.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).	No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Observación.
2	Debilidad en la aplicación de metodologías de diagnóstico.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).	No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Observación.
3	Debilidad en la socialización efectiva de los lineamientos del relacionamiento.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).	No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Observación.
4	Debilidad en la Identificación, Tratamiento y Control de los Riesgos de Gestión y Corrupción.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).	No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Observación.
5	Necesidad de Revisión y Ajuste de Indicadores de Gestión.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).	No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Observación.

Ítem	No Conformidades	Proceso	Conclusión
1	Debilidad en la articulación e implementación de las políticas de relacionamiento con la ciudadanía	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).	No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la No Conformidad.

10. AJUSTE AL RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Ítem	Recomendaciones	Proceso
1	Visión integral del proceso del instrumento caracterización grupos de valor de reclamos en salud	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).
2	Ejecución total de las actividades del plan de mejoramiento vigente en el marco del PAAC 2025.	Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor (RCGV).

11. CONCLUSIONES

- La auditoría se desarrolló conforme al Plan Anual de Auditorías y Seguimiento 2025, con el propósito de evaluar el cumplimiento de los procedimientos priorizados y determinar los hallazgos necesarios para fortalecer el mejoramiento continuo y el logro de los objetivos estratégicos de la Entidad.
- El trabajo se realizó mediante pruebas selectivas; por ello, los resultados reflejan únicamente las desviaciones identificadas en la muestra revisada. Se recomienda al proceso realizar una revisión integral y sistémica de los temas asociados a los hallazgos para asegurar su adecuado tratamiento.
- Entre las principales debilidades, se identificaron deficiencias en la gestión de riesgos, tanto de gestión como de corrupción, los cuales no se encuentran plenamente identificados ni tratados conforme a los lineamientos del DAFP ni a las guías internas de la Entidad. Asimismo, se evidenciaron oportunidades de mejora en el archivo de gestión, dado que no se encontraron soportes que demostraran la ejecución de las actividades previstas, lo que dificultó la entrega oportuna y completa de la información requerida.
- La auditoría permitió evidenciar que, si bien existen esfuerzos de la Delegada para la Protección al Usuario y las dependencias bajo su coordinación por cumplir con las actividades misionales del proceso “*Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor*”, persisten vacíos significativos en la trazabilidad documental. La ausencia de soportes formales en fases críticas (socialización, aprobación, revisión, seguimiento y validación de actividades) afecta directamente la verificabilidad, transparencia y consistencia de la gestión realizada.

Esto limita la capacidad del proceso para sustentar decisiones, demostrar cumplimiento y garantizar la continuidad operativa frente a cambios de personal o ajustes institucionales.

- Las observaciones, no conformidades y recomendaciones contenidas en este informe se formulan en cumplimiento del rol de prevención asignado a las Oficinas de Control Interno por el Decreto 648 de 2017, con el fin de evitar situaciones que continúen afectando los procesos evaluados y fortalecer los aspectos conformes.
- Los resultados presentados se encuentran alineados con la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos (versión 4) del DAFP. Aunque la herramienta institucional ITS está parametrizada bajo el enfoque del Sistema de Gestión de Calidad, la Oficina de Control Interno realiza su evaluación independiente conforme a los lineamientos específicos de auditoría.
- Finalmente, la Entidad se encuentra ajustando la herramienta ITS para optimizar la comunicación y presentación de los resultados derivados del ejercicio auditor, en coherencia con su compromiso de mejora continua.

Las recomendaciones y hallazgos (observaciones y no conformidades) que por medio del presente informe se exponen, se formulan en ejercicio del rol de “*Enfoque hacia la prevención*” legalmente asignado a las Oficinas de Control Interno, a través del Decreto 648 de 2017, con el fin precaver situaciones que puedan continuar afectando los procesos objeto de evaluación y afianzar los aspectos que se detectaron como conformes.

Finalmente, de acuerdo con lo expuesto en el presente informe final, los hallazgos identificados corresponden a cinco (5) observaciones y una (1) no conformidad, los cuales serán registrados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) o en la herramienta que la entidad disponga para tal fin. En consecuencia, la Oficina de Control Interno solicita a los líderes de proceso responsables adelantar la formulación de los respectivos Planes de Mejoramiento, una vez reciban las notificaciones a través del aplicativo correspondiente.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en el procedimiento “Ejecutar Plan de Mejoramiento”, el cual dispone que los profesionales de las dependencias asociadas a la no conformidad u observación deberán, en el marco de las mesas de trabajo convocadas, analizar las situaciones identificadas, determinar sus causas raíz y formular los planes de mejoramiento, definiendo las acciones preventivas, correctivas y/o de mejora que resulten necesarias, conforme a la Guía para la Gestión de Planes de Mejoramiento Internos.

Los planes de mejoramiento que se formulen deberán estar orientados a subsanar las situaciones evidenciadas y serán objeto de seguimiento posterior por parte de la Oficina de Control Interno, en los términos y periodicidad establecidos por la entidad.

Cordialmente,

Miller Giovanni López Mejía
Jefe Oficina de Control Interno (e)

Elaboró: Equipo auditor

Revisó y aprobó: Miller Giovanni López Mejía, Jefe Oficina de Control Interno (e)