

Fecha del Informe Final	Día	26	Mes	12	Año	2025
Nombre del informe de auditoría	Auditoría Interna al Proceso de Control					
Objetivo de la auditoría	Verificar el grado de conformidad a través de una evaluación objetiva e independiente, por parte de la tercera línea de defensa; respecto de la gestión emprendida por el proceso “Control”, en cumplimiento a lo establecido en el procedimiento administrativo sancionatorio.					
Alcance de la auditoría	Vigencia 2024 y primer cuatrimestre de 2025 – Procedimientos Nos. 6, 7 y 8 a cargo de la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas.					
Criterios de auditoría	▪ Constitución Política de Colombia. ▪ Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. ▪ Ley 1437 de 2011 “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”. ▪ Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”. ▪ Ley 1755 de 2015 “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”. ▪ Ley 1797 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”. ▪ Ley 1949 de enero de 2019 “Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones”. ▪ Decreto 1080 de 2021 “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud. ▪ Resolución No 2023700000003372-6 de 2023 “Por medio de la cual se adopta la política sancionatoria 2023 - 2026 de la Superintendencia Nacional de Salud”. ▪ Resolución N. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 “Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud. ▪ Mapa de Riesgos Institucional (Gestión – Corrupción) – Evaluación efectividad de controles - Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 – 2022, emitida por el DAFP.					

	▪ Resolución número 2021160000013752- 6 de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud” ▪ Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS). ▪ Las demás normas que apliquen en desarrollo del ejercicio auditor																								
Equipo de auditoría	Myriam Teresa Cristancho A – Profesional OCI Luz Nidia Pacheco A – Profesional OCI Guillermo Alberto Corredor Martínez – Contratista - OCI Peter William Vargas Pinilla – Contratista- OCI Adriana Bello Cortés – Profesional OCI Cesar David Rodríguez Rodríguez																								
Tabla de Contenido	<table> <tr> <td>1. INTRODUCCIÓN</td><td>2</td></tr> <tr> <td>2. METODOLOGÍA</td><td>3</td></tr> <tr> <td>2.1 Muestra de auditoría</td><td>4</td></tr> <tr> <td>3. INFORME</td><td>6</td></tr> <tr> <td>3.1 Situaciones encontradas en las Actas de autoevaluación</td><td>6</td></tr> <tr> <td>3.2 Situaciones encontradas en los expedientes:</td><td>9</td></tr> <tr> <td>3.3 Análisis de Riesgos</td><td>21</td></tr> <tr> <td>4. HALLAZGOS</td><td>23</td></tr> <tr> <td>4.1 No Conformidades</td><td>23</td></tr> <tr> <td>4.2 Observaciones</td><td>35</td></tr> <tr> <td>4.3 Recomendaciones</td><td>46</td></tr> <tr> <td>4. CONCLUSIONES</td><td>48</td></tr> </table>	1. INTRODUCCIÓN	2	2. METODOLOGÍA	3	2.1 Muestra de auditoría	4	3. INFORME	6	3.1 Situaciones encontradas en las Actas de autoevaluación	6	3.2 Situaciones encontradas en los expedientes:	9	3.3 Análisis de Riesgos	21	4. HALLAZGOS	23	4.1 No Conformidades	23	4.2 Observaciones	35	4.3 Recomendaciones	46	4. CONCLUSIONES	48
1. INTRODUCCIÓN	2																								
2. METODOLOGÍA	3																								
2.1 Muestra de auditoría	4																								
3. INFORME	6																								
3.1 Situaciones encontradas en las Actas de autoevaluación	6																								
3.2 Situaciones encontradas en los expedientes:	9																								
3.3 Análisis de Riesgos	21																								
4. HALLAZGOS	23																								
4.1 No Conformidades	23																								
4.2 Observaciones	35																								
4.3 Recomendaciones	46																								
4. CONCLUSIONES	48																								

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las competencias asignadas a la Oficina de Control Interno, conforme a lo dispuesto en las Leyes 87 de 1993 y 1474 de 2011, entre otras disposiciones normativas, corresponde a dicha dependencia verificar que el Sistema de Control Interno se encuentre formalmente implementado dentro de la entidad y que su operación sea inherente al ejercicio de las funciones de todos los servidores públicos. Así mismo, le compete constatar que los controles asociados a cada una de las actividades institucionales estén debidamente definidos, sean pertinentes y contribuyan al fortalecimiento de la mejora continua de la gestión.

En este contexto, se sustentó la necesidad de realizar una evaluación objetiva e independiente del proceso “Control”, mediante el cual se desarrolla la función sancionatoria institucional frente a posibles infracciones a las disposiciones que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Mediante radicado 20251400000119413 del 25 de noviembre, se entregó el informe preliminar a la Delegatura para Investigaciones Administrativas, la cual dentro del plazo otorgado de cinco (5) días, emitió respuesta a los hallazgos formulados, mediante radicado 20257200000123173 del 02 de diciembre de 2025. Dicha respuesta fue valorada por el equipo auditor y en el presente informe se expone el correspondiente análisis y decisión.

2. METODOLOGÍA

Durante el desarrollo de la evaluación fueron utilizados los siguientes mecanismos para la obtención y análisis de la información:

- Elaboración y aplicación de una lista de verificación con la identificación de los aspectos relevantes sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución 2021160000013752-6 de 2021 *“Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”*, la cual fue diligenciada para cada una de las actas de autoevaluación. Es de anotar que al tratarse de la evaluación de la vigencia 2024 y primer cuatrimestre de 2025 la revisión se efectuó sobre la totalidad de las actas de las reuniones de autoevaluación (16 actas).

Para la verificación del cumplimiento de los criterios definidos en la Resolución 2021160000013752-6 de 2021, en lo referente a la realización de reuniones de autoevaluación, se procedió a efectuar la revisión de la información disponible en el aplicativo de Planeación y Gestión - ITS, considerado como la fuente oficial de registro.

Si bien las actas de dichas reuniones fueron solicitadas al proceso responsable, los documentos remitidos se encontraban en formato Word, motivo por el cual se optó por contrastar y validar la información directamente en el ITS, con el fin de garantizar la trazabilidad y autenticidad de los registros. Durante la revisión se evidenció que, en el aplicativo, cada acta tenía asociado un archivo adjunto en formato Word, el cual se podía descargar directamente desde el sistema. Estos documentos fueron los considerados para efectos de la evaluación, toda vez que se identificaron diferencias entre los archivos consultados en el ITS y los remitidos por el proceso evaluado.

- Análisis de una muestra representativa de los expedientes del periodo comprendido entre enero 01 de 2024 hasta abril 30 de 2025.
- Elaboración y aplicación de una lista de verificación con la identificación de los aspectos relevantes sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en Ley 1949 de 2019 *“Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones”*, la cual fue diligenciada para los expedientes de los procesos seleccionados como muestra.
- Análisis documental de la información obtenida y preparación de un informe.

2.1 Muestra de auditoría

Con el fin de determinar la muestra de auditoría, mediante Radicado 20251400000089623 del 12 de septiembre de 2025, se solicitó la Base de datos con los registros de los expedientes administrativos sancionatorios de la vigencia 2024 y primer cuatrimestre de 2025; en respuesta se remitió la base de datos que cuenta con 335 registros en estados: Apertura; Pruebas y alegatos; Alegatos; Rechaza Recursos; Recurso de Reposición y Decisión; discriminados así:

Fuente	Cantidad de expedientes
DIEAS	93
OLGFETGAR	90
IPS	152

Tabla No. 1 Número de expedientes por fuente - Elaboración propia

Para establecer el tamaño de la muestra, se aplicó la fórmula estadística basada en la distribución normal. Se consideraron los siguientes criterios: la población total de 335 expedientes, un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 10% y una proporción de éxito del 10% (se tomó este porcentaje, sin embargo, en la auditoría efectuada en el 2023 no se evidenciaron hallazgos negativos en la muestra seleccionada). Como resultado, se determinó la muestra de 31 expedientes, para el efecto se asignó en el consolidado (335) un número aleatorio con la fórmula “ALEATORIO()”, luego se procedió a ordenar de menor a mayor con este criterio, en la matriz resultante se incluyeron los primeros 28 expedientes y se incluyen 3 expedientes que tienen como fuente de procedencia tutelas y órganos de control; en esta muestra se verificó que incluyeran procesos en todos los estados que se relacionaron en la base de datos.

Así las cosas, la muestra contiene los 31 expedientes en sus diferentes estados, así:

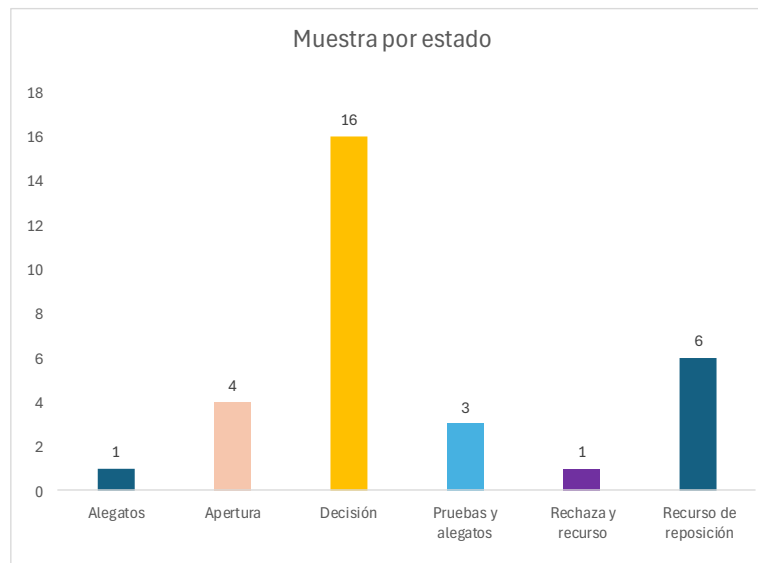


Imagen No.1 Número de expedientes por estado seleccionados en la muestra – Elaboración propia

Nro.	DEPENDENCIA QUE REMITE	VIGILADO	RESOLUCIÓN DE APERTURA	ESTADO ACTUAL (Último acto administrativo expedido)
1	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA PROTECCIÓN AL USUARIO	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC - EPS - I	2024710000007242-6	ALEGATOS
2	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD E.P.S. 'S CONVIDA - EN LIQUIDACIÓN	2024710000012725-6	DECISIÓN
3	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA PROTECCIÓN AL USUARIO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA PIJAOS SALUD EPS I	2024710000013628-6	DECISIÓN
4	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA PROTECCIÓN AL USUARIO	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN NUEVA EPS S.A.	2024710000013585-6	DECISIÓN
5	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC EPSI	2024710000006618-6	DECISIÓN
6	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA - COMPARTA E.P.S. - EN LIQUIDACIÓN	2024710000007590-6	DECISIÓN
7	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDIGENA ANAS WAYUU E.P.S.-I	2024710000006551-6	RECURSO DE REPOSICIÓN
8	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE NAZARETH	2024700010006767-6	APERTURA
9	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	GUERRERO HERNANDEZ ASOCIADOS SAS	2024710000007218-6	DECISIÓN
10	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	RADIMA S.A.S	2024710000013202-6	DECISIÓN
11	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	BUSI LABORATORIOS S.A.	2024710000007722-6	DECISIÓN
12	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	NQTM TRADER LTDA	2024720000007658-6	DECISIÓN
13	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR COLMEX S.A.S.	2024710000007720-6	DECISIÓN
14	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	SALUD LABORAL VMC SAS	2024710000010556-6	DECISIÓN
15	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	AYUDAS DIAGNOSTICAS SUR S.A.S.	2024710000005694-6	DECISIÓN
16	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	CIDSALUD IPSI	2024720000005695-6	PRUEBAS Y ALEGATOS
17	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	DE LA ROSA CLINICA y ESTETICA S.A.S	2024720000007526-6	RECHAZA RECURSO
18	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	PROFESIONALES EN REHABILITACIÓN Y ORTOPEDIA REHVITAL IPS S.A.S.	2024710000013803-6	RECURSO DE REPOSICIÓN
19	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	UNIDAD GINECOOBSTETRICA DEL PACIFICO S.A.S	2024710000013652-6	RECURSO DE REPOSICIÓN
20	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	E HEALTHY TECNOLOGIA Y SALUD S.A.S	2024710000010331-6	RECURSO DE REPOSICIÓN
21	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	NEURONAS SAS	2024720000007613-6	RECURSO DE REPOSICIÓN
22	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	SYSO SARARE S.A.S.	2024710000005671-6	RECURSO DE REPOSICIÓN
23	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES TERRITORIALES Y GENERADORES, RECAUDADORES Y ADMINISTRADORES DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	DEPARTAMENTO DEL CESAR - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	2024730000000820-6	APERTURA
24	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES TERRITORIALES Y GENERADORES, RECAUDADORES Y ADMINISTRADORES DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	2024730000001448-6	APERTURA
25	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES TERRITORIALES Y GENERADORES, RECAUDADORES Y ADMINISTRADORES DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	MUNICIPIO DE QUINCHIA - SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	2024730000009699-6	DECISIÓN
26	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES TERRITORIALES Y GENERADORES, RECAUDADORES Y ADMINISTRADORES DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS - SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD	2024730000007408-6	DECISIÓN
27	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES TERRITORIALES Y GENERADORES, RECAUDADORES Y ADMINISTRADORES DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	DEPARTAMENTO DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA- SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	2024730000003661-6	DECISIÓN
28	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES TERRITORIALES Y GENERADORES, RECAUDADORES Y ADMINISTRADORES DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	DEPARTAMENTO DE SANTANDER-SECRETARIA DE SALUD -	2024710000009723-6	PRUEBAS Y ALEGATOS
29	GRUPO DE TUTELAS	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S - SAVIA SALUD EPS EN TOMA DE POSESIÓN	2024710000003880-6	APERTURA
30	GRUPO DE TUTELAS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN NUEVA EPS S.A.	2024710000004439-6	PRUEBAS Y ALEGATOS
31	PROCURADURÍA REGIONAL DEL ATLÁNTICO	NUEVA EPS	2025710000001889-6	DECISIÓN

Tabla No. 2 Muestra seleccionada - Elaboración propia

3.INFORME

3.1 Situaciones encontradas en las Actas de autoevaluación

En relación con la revisión de las actas de las reuniones de autoevaluación se evidenció que, si bien se registran los “aspectos a tratar” establecidos en la Resolución 2021160000013752-6 de 2021 y de conformidad con la periodicidad requerida, se evidenciaron las siguientes debilidades:

- ↓ Las actas de los meses: enero, abril, mayo, julio, septiembre, diciembre de 2024, febrero y marzo de 2025, no cuentan con listados que comprueben la asistencia real de todos los involucrados.
- ↓ Se evidenció que las actas GE-11974 y GE-11976, correspondientes a los meses de agosto y octubre de 2024, no se encuentran cargadas en el aplicativo ITS, pese a que este es el medio establecido para su registro. Ante la ausencia de dichos documentos en el sistema y con el fin de realizar la evaluación, se procedió a utilizar las actas remitidas por correo electrónico por el proceso evaluado.
- ↓ Se evidenció que las actas elaboradas en formato Word correspondientes a los meses de enero, febrero, mayo, julio, agosto, octubre y noviembre de 2024 presentan inconsistencias en la identificación de la fecha u hora de realización de la reunión:
 - En el acta de enero se consigna como día 09 de febrero, indicando en letras el año “2023”, pero en números el año 2024.
 - En el acta de febrero se refiere en letras año dos mil veintitrés y en número se consigna 2024.
 - En el acta de mayo, se indica “siendo las diez, pero en números se registra “(03:30pm)”
 - En acta de julio el listado de asistencia presenta fecha de reunión 15 de agosto de 2024 y en el archivo Word 13 de agosto de 2024.
 - En el acta de agosto 2024 se indica que la reunión de autoevaluación fue instalada el 11 de septiembre de 2024 a las 03:00 p.m., así mismo también se menciona que la reunión se realizó el 16 de septiembre de 2024 y se adjunta pantallazo de asistencia de las 2:00 p.m.
 - En el acta de octubre de 2024 se indica “siendo las diez” pero en números se registra “(03:00 pm)”
 - En el acta de noviembre de 2024, se registra en letras “diez” pero en números “2:30 pm”

Lo anterior, denota una falta de concordancia en la información consignada.

- ↓ Se evidenció inconsistencia en el registro de asistentes entre las actas cargadas en formato Word y las registradas en el aplicativo ITS, así:

Mes/Año	Asistentes en acta Word	Asistentes en ITS	Observación
Enero 2024	5	1	Diferencia significativa entre registros.
Febrero 2024	7	1	Diferencia significativa entre registros.
Marzo 2024	8	3	Diferencia significativa entre registros.
Abril 2024	8	1	Diferencia significativa entre registros.
Mayo 2024	7	3	Diferencia significativa entre registros.
Junio 2024	8	1	Diferencia significativa entre registros.
Agosto 2024	8	2	Diferencia significativa entre registros.
Septiembre 2024	8	2	Diferencia significativa entre registros.
Noviembre 2024	7	4 (1 aprobado)	Menor número de asistentes y aprobación limitada.
Enero 2025	8	5	Diferencia entre registros.

Tabla No. 3 Registro de asistencia actas de autoevaluación- Elaboración propia

Cabe precisar que, conforme a lo dispuesto en el formato DEFT19 – Actas, el cual remite al “Manual Módulo de Actas”, numeral 3.2.2.4.4 “*Seguimiento de compromisos – Recomendaciones de uso*”, en dicho aplicativo **deben** registrarse todos los asistentes, dado que son quienes deben **efectuar la aprobación** del acta correspondiente.

- ↓ Se evidenció que las siguientes actas fueron registradas en el aplicativo ITS con fecha muy posterior a su celebración:

Acta mes	Fecha según Acta	Fecha de Registro ITS
Enero 2024	Febrero de 2024	16 de septiembre de 2025
Febrero 2024	Marzo de 2024	18 de septiembre de 2025
Marzo 2024	Abril de 2024	16 de septiembre de 2025
Abril 2024	Mayo de 2024	19 de septiembre de 2025
Julio 2024	Agosto de 2024	18 de septiembre de 2025
Septiembre de 2024	Octubre de 2024	17 de septiembre de 2025

Acta mes	Fecha según Acta	Fecha de Registro ITS
Octubre de 2024	Noviembre de 2024	18 de septiembre de 2025
Noviembre de 2024	Diciembre de 2024	17 de septiembre de 2025
Diciembre de 2024	Enero de 2024	18 de septiembre de 2025

Tabla No. 4 Relación de actas de autoevaluación cargadas en ITS- Elaboración propia

Lo anterior indica un desfase significativo entre la fecha de realización de la reunión y el momento en que fue formalizado su registro en el sistema. El registro extemporáneo de las actas en el aplicativo ITS puede afectar la oportunidad, confiabilidad y trazabilidad de la información, además de generar limitaciones en el seguimiento oportuno de compromisos y decisiones adoptadas en dichas reuniones, comprometiendo la continuidad del proceso de autoevaluación institucional. Esta práctica debilita los mecanismos de control interno, al comprometer la integridad de los registros y la rendición de cuentas sobre la gestión realizada.

- ↓ La reunión de autoevaluación del mes de octubre de 2024, de acuerdo con el listado de asistencia remitido por el proceso auditado, se realizó de manera extemporánea ya que el listado tiene fecha 21 de noviembre de 2024 es decir trece (13) días hábiles del mes siguiente.
- ↓ El Plan Anual de Gestión PAG-138 señala para los meses de octubre y noviembre de 2024 que el proceso “Control” a cargo de la DIA, contiene diez (10) actividades con sus respectivos indicadores, no obstante, en las actas de la reunión de autoevaluación, solo reflejan el seguimiento de cinco (5) de ellos, dejando de tratar los restantes. Asimismo, el Plan Anual de Gestión PAG –140 para el mes de abril de 2025, contiene cuatro (4) indicadores, no obstante, en el acta de autoevaluación solo se observa el seguimiento de tres (3) de ellos. Es de anotar que la Resolución 2021160000013752-6 de 2021 establece en su artículo 3 *“Medición del Desempeño: Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora”*.

Indicadores sin seguimiento octubre y noviembre de 2024
Ejecución presupuestal de recursos solicitados y asignados para el presupuesto 2024
Política del daño antijurídico - capacitaciones -motivación de actos administrativos
Porcentaje de avance en la reformulación de la Política sancionatoria.
Porcentaje de avance en la formulación de la metodología de priorización de casos para apertura de investigaciones con trascendencia social e impacto formulada y adoptada
Política del daño antijurídico - capacitaciones -dosificación de la sanción

Indicadores sin seguimiento abril 2025

Porcentaje de procesos con aplicación de la política sancionatoria reformulada a metodología desarrollada para la priorización de casos de relevancia nacional, sobre el total de expedientes

Tabla No. 5 Relación de indicadores sin seguimiento- Elaboración propia

Además, se observó que, a pesar de estar explícitamente mencionados en el orden del día, los siguientes temas no fueron tratados ni documentados en el contenido de las actas de los meses de abril, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre de 2024 y enero, febrero y marzo de 2025:

“Mejora: Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique); **Proyectos de inversión:** Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique); **Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA:** Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique) y, **Sistema Integrado de Gestión-SIG:** Revisión de los procesos liderados por el área, Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área”. Temáticas relacionadas en la Resolución 2021160000013752-6 de 2021 y cuya periodicidad es mensual.

- ↓ Durante el proceso de verificación de la documentación generada en el periodo objeto de evaluación (vigencia 2024 y primer cuatrimestre de 2025), se constató el uso del formato DIFT17 (Documento Institucional en Word) en actas de los meses de abril y septiembre de 2024, y febrero y marzo de 2025. Se establece que este formato se encuentra formalmente obsoleto, dado que emplea una Imagen Institucional y/o logotipo anterior a la versión vigente. Esta situación representa un incumplimiento directo a lo preceptuado en el DIMN02 - Manual de Imagen Institucional v3, el cual exige que todos los documentos oficiales de la Supersalud incorporen la identidad visual corporativa actual (vigente desde el 10 de abril de 2024). La inobservancia de esta directriz por parte del Proceso “Control” afecta la validez formal, la coherencia institucional y el carácter oficial de las actas presentadas.

3.2 Situaciones encontradas en los expedientes:

- ✓ Se verificó que los expedientes relacionados a continuación no presentaron observaciones durante el desarrollo del proceso auditor, en tanto cumplieron con los criterios, procedimientos y requisitos establecidos para su revisión:

7000202300680	7000202301761	7000202300202	7000202302188
7000202300629	7000202300629	0910202200511	
7000202300236	7000202301415	7000202400703	

Tabla No. 6 Relación de expedientes sin observaciones- Elaboración propia

- ↓ **SIAD 7000202400471 - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. – EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN NUEVA EPS S.A.:** En el expediente compartido por la Delegatura de Investigaciones Administrativas, no se evidencia el formato CTFT32 Traslado para investigaciones Administrativas. Tampoco se evidencian en el expediente, las pruebas aportadas por la Nueva EPS en virtud de las pruebas decretadas en el numeral 8 de las Consideraciones de la Resolución 2024710000004439-6 del 21 de mayo de 2024 y que fueron enviadas mediante correo electrónico del 31 de mayo de 2024, como son: “Informe de la gestión de Nueva EPS S.A. para cumplir el fallo del 8 de marzo de 2021 dentro del trámite (...)” y “Expediente con las solicitudes de pago de las incapacidades presentadas por el empleador del afiliado y las respuestas de la EPS, así como comprobantes de pago de las incapacidades (...)”.
- ↓ **SIAD 7000202300237 RADIMA SAS:** Se evidencia que el formato CTFT-32 “traslado para investigaciones administrativas” carece de la firma del funcionario que remite la solicitud. En la revisión del proceso sancionatorio adelantado mediante la Resolución No. 2024710000013202-6, se observó que el cargo formulado a la IPS RADIMA S.A.S. se sustentó en presuntas infracciones a los numerales 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, por el supuesto no reporte oportuno de los archivos FP001, FP002, FP003, FP004, FP005, FT002, GT010 y ST006 correspondientes **al año 2020**. Como soporte del inicio de la investigación se anexó el radicado No. 2022400000357041 del 16 de mayo de 2022, cuyo asunto fue “Posibles inconsistencias reporte de información financiera”, en el cual se indicó que, en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud verificó los reportes del archivo tipo FT001 con corte a **diciembre 31 de 2021**, evidenciando que la entidad no había reportado dicha información. No obstante, en el formato de traslado para investigaciones administrativas se registró que la IPS RADIMA S.A.S. no reportó información en el sistema nRVCC durante las vigencias **2019, 2020 y junio de 2021**, periodo que no coincide con la información contenida en el soporte que dio origen a la actuación. Posteriormente, mediante la Resolución No. 2024720000016708-6 de diciembre de 2023, la Superintendencia determinó desestimar el cargo, en razón a que la IPS inició la prestación de sus servicios el **9 de abril de 2021**, lo que evidencia una posible inconsistencia en la delimitación temporal de los hechos en el acto de formulación del cargo, pues la conducta sancionable se refería presuntamente a la vigencia 2021 y no a 2020, como se consignó inicialmente.
- ↓ **SIAD 7000202400138 - DEPARTAMENTO DEL CESAR - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL:** La última actuación registrada en el expediente data del 26 de febrero de 2024.

Se observa que la Delegatura para entidades territoriales y generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS corrió traslado a la DIA, por el incumplimiento parcial en la entrega de información de un único requerimiento Rad 20225000201551381 de fecha 9 de noviembre de 2022 al no remitir con las condiciones requeridas por esta dependencia, todos los soportes documentales que dieran cuenta de la adopción e implementación de la política de salud mental en su territorio durante la vigencia 2022 y por lo tanto se obstruyó las funciones de inspección y vigilancia, pues la Superintendencia de Salud no pudo verificar si el vigilado dio o no cumplimiento a la adopción e implementación de la política de salud mental en su territorio de conformidad con lo previsto en la Ley 1616 de 2013.

- ↓ **SIAD 7000202301687- HEALTY TECNOLOGIA Y SALUD:** Se evidenció una inconsistencia en la motivación del acto administrativo de la resolución sancionatoria 2024720000015437-6 del 28 de noviembre de 2024, toda vez que en la página 96 (Capítulo de Consideraciones Numeral 4) se señala la desestimación del segundo cargo, mientras que en la página 103 (Capítulo de Imposición de la Sanción y su Graduación) se indica que se confirman los dos cargos y se impone la multa con base en ambos, generando contradicción interna entre los considerandos y la parte resolutive.

Se evidencia que el formato CTFT-32 *“traslado para investigaciones administrativas”* carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

- ↓ **SIAD: 7000202301694 - AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA S.A.S.:** No se evidenció dentro del expediente, la constancia de notificación por estado No.00050 del 16 de agosto de 2024, por medio del cual se notifica la resolución 2024720000007664-6 del 14 de agosto de 2024.

Se evidencia que el formato CTFT-32 *“traslado para investigaciones administrativas”* carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

El proceso fue clasificado dentro de la base de datos suministrada por la DIA como “estado actual” en “*decisión*”, sin embargo, se evidencia que el último acto registrado en el expediente corresponde a la Resolución 2024720000015419-6 del 28 de noviembre de 2024, por medio de la cual se deja sin efectos la resolución 2024720000007664-6 del 14 de agosto de 2024 que resolvía las pruebas y corría traslado para alegar de conclusión.

- ↓ **SIAD: 7000202300160 - DE LA ROSA CLINICA y ESTETICA S.A.S:** Mediante Resolución No. 2024720000007526-6 del 06/08/2024 se inició procedimiento por presunto incumplimiento en el reporte oportuno de los archivos tipo FP001- FP002- FP003-FP005, FT002, GT010, ST006 correspondientes a la vigencia 2020. Posteriormente, el 16/08/2024, la IPS presentó descargos argumentando que no era sujeto vigilado en la vigencia 2020, dado que su inscripción en el REPS se efectuó el 18/03/2021, evidenciándose así falta de análisis previo para verificar la condición

de sujeto vigilado antes de ordenar la apertura del procedimiento administrativo sancionatorio. Cabe mencionar que la normativa aplicable (Ley 1438 de 2011 y Ley 1949 de 2019) establece que las obligaciones de reporte y demás deberes son exigibles únicamente a los sujetos vigilados inscritos en el REPS. La omisión de esta validación generó actuaciones sobre hechos ocurridos en un periodo en el que la IPS no estaba bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, lo que implica una posible vulneración del principio de legalidad y afectación al debido proceso.

Asimismo, se evidencia que el formato CTFT-32 “*traslado para investigaciones administrativas*” carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

- ↓ **SIAD: 7000202400667 - MUNICIPIO DE QUINCHIA –SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL:** Se detectó una inconsistencia en la fecha reportada en el numeral 1.5 de la Resolución No. 2025730000006753-6, donde se indica que la constancia secretarial fue emitida el 22 de junio de 2025, mientras que en el documento soporte (Constancia del Coordinador GSIA) se establece como fecha real de emisión el 22 de julio de 2025. Dicha discrepancia afecta la exactitud documental y la trazabilidad del expediente, aunque no compromete la validez del acto administrativo ni el fondo del proceso, se debe tener en cuenta que los actos administrativos deben reflejar información veraz y coherente con los documentos soporte, conforme a los principios de transparencia y legalidad establecidos en la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).
- ↓ **SIAD 7000202400376 ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S – SAVIA SALUD EPS EN TOMA DE POSESIÓN:** Mediante comunicación del Juzgado 04 Penal Municipal Mixto de Itagüí – Antioquia, radicado 20245400001102992 del 11 de marzo de 2024, se remitió a la SUPERSALUD copia de la decisión judicial mediante la cual se impuso sanción por desacato al Agente Interventor de la EPS Savia Salud, por el incumplimiento del fallo de tutela proferido el 9 de noviembre de 2023, dentro del expediente 0536040460042023-00178, que ordenaba la materialización de servicios médicos a favor de un usuario de la EPS; a través de memorando interno 20241610200027553 del 18/03/2024 la Coordinación Grupo de Tutelas le trasladó copias para investigación del desacato de tutela 0536040460042023-00178 al Superintendente delegado para Investigaciones Administrativas, para que en el marco de las funciones de la delegada y si lo consideraba procedente iniciara investigación administrativa por presuntas infracciones a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Delegada para Investigaciones Administrativas evaluó los hechos y documentos allegados, y mediante Resolución N.º 2024710000003880-6 del 17 de mayo de 2024, ordenó la iniciación de un procedimiento administrativo sancionatorio en contra de la EPS Savia Salud por presuntas infracciones a la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud; se evidencia que pasado más de un año desde que se dio la apertura del acto

administrativo no se ha surtido ninguna etapa adicional, lo que incrementa la posibilidad que se materialice el riesgo de caducidad.

Por otra parte, revisada la actividad clave de éxito 6 (procedimiento) "Ejecutar etapa preliminar" se indica que: "para realizar esta notificación de manera correcta y oportuna, se debe adjuntar el formato DIFT05 Autorización notificación electrónica diligenciado en su versión vigente", para la investigación administrativa sancionatoria – SIAD 7000202400376 según lo reportado en el registro listado maestro de documentos se debió utilizar la versión 1 del formato DIFT05 Autorización notificación electrónica la cual estaba vigente hasta el 23/02/2025, sin embargo en el expediente no se evidencia que este anexa. La ausencia del formato afecta la completitud documental y puede generar riesgos en la trazabilidad del proceso, aunque no invalida la apertura del acto administrativo.

↓ **SIAD 7000202400669: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA – COMPARTA E.P.S. - EN LIQUIDACIÓN.** El expediente tiene origen en el traslado de informe de visita inspectiva realizado a COMPARTA EPS, entidad que fue objeto de la imposición de medida cautelar de vigilancia, estableciendo limitación en la capacidad de afiliación y en el recibo de traslados de nuevos afiliados, medida que fue sucesivamente prorrogada en varias vigencias, determinando en marzo del 2020 mediante resolución N. 1700 levantar las limitaciones antes referidas.

Seguidamente mediante Auto N. 0090 del 6 de marzo de 2020, se ordenó la realización de la mencionada visita inspectiva, la cual fue realizada respecto de componentes, financieros, técnico científico, jurídicos y de sistemas de información formulando en total treinta y ocho (38) hallazgos por cada uno de los componentes analizados. Con base en lo anterior, la entonces Superintendencia Delegada Para la Supervisión Institucional, efectuó traslado a la hoy denominada Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, con el fin de que se adelantaran medidas de control en contra del Representante Legal de COMPARTA EPS, por el presunto incumplimiento de la Ley 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2025 y 1949 de 2019, diligenciando para ello el formato PAFT03 V2 con los datos de la presunta investigada y las normas presuntamente vulneradas, entre otros.

Desde el 26 de julio de 2021 y hasta el 26 de noviembre de 2024, el sujeto vigilado investigado estuvo bajo medida de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, donde se efectuó la toma de los bienes, haberes y negocios. Con base en lo anterior, mediante Resolución L015 del 26 de noviembre de 2024 el Agente Liquidador declaró terminada la existencia legal de COMPARTA EPS.

Obra en el expediente, luego de haberse efectuado el traslado para alegar de conclusión, la Resolución N. 2025710000001938-6 del 01 de abril de 2025 por la cual se declaró la caducidad de la potestad administrativa sancionatoria de la investigación administrativa adelantada en contra de COMPARTA EPS; fenómeno jurídico acaecido el 31 de diciembre de 2024 para unas conductas o hechos, así como el 09 y 13 de marzo de 2025 para otros, conforme se expuso en la parte motiva del acto administrativo. Como consecuencia, de lo anterior, se

determinó el cierre y archivo del expediente, comunicando lo pertinente a la Oficina de Control Disciplinario interno para lo de su competencia, y notificando al sujeto vigilado de la decisión adoptada, al igual que a la Superintendencia Delegada Para Entidades de Aseguramiento en Salud. En lo referente a la comunicación ordenada a la Oficina de Control Interno Disciplinario, la misma fue efectuada mediante memorando interno N. 20259300100847811 del 15 de abril de 2025, donde finalmente, contra la resolución que declaró la caducidad de la facultad administrativa sancionatoria, se emitió constancia secretarial respecto a la no presentación de recursos contra la misma.

Con base en lo anterior, se concluyó que, durante las vigencias 2021, 2022, 2023 y hasta agosto de 2024, esto es, aproximadamente 3 años y 8 meses, no se sustanció el expediente o se dio impulso procesal, aspecto que tuvo impacto directo en la declaratoria de caducidad de la potestad sancionatoria.

Adicionalmente, debe indicarse que, conforme a la batería de riesgos identificados en la vigencia 2025 para el proceso misional "Control", se concluyó materialización del riesgo denominado *"Posibilidad de afectación económica por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio"*, debiendo gestionar las acciones correctivas necesarias que surjan a partir de un análisis exhaustivo de causas, a través de las metodologías definidas para el efecto, que impidan que la situación anómala se vuelva a presentar en detrimento de la pérdida de la imagen institucional, al igual que la falta de adopción de medidas de control a los sujetos vigilados de quienes se endilga infracción a normas que regulan el SGSSS.

↓ **SIAD: 7000202400230: DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS - SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD.**

Mediante memorando 2022590000011753 del 09 de noviembre de 2022, la Superintendencia Delegada Para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, trasladó informe de auditoría documental para las vigencias 2020, 2021 y primer trimestre de 2023 realizada al Departamento del Amazonas.

Mediante Resolución N. 2024730000007408-6 del 05 de agosto de 2024, se ordenó el inicio o apertura de proceso administrativo sancionatorio en contra de Departamento del Amazonas, formulando al sujeto vigilado investigado un único cargo ante la presunta vulneración a normas del SGSSS, concediendo al investigado el termino de cinco (5) días hábiles para la presentación de escrito de descargos en ejercicio del derecho a la defensa y contradicción y ordenando para ello emitir citación para que el representante legal comparezca a notificarse personalmente del acto administrativo de apertura, advirtiéndole que en caso de no lograrse la notificación personal, se proceda a realizar por la notificación por Aviso.

A partir de la verificación que gestionara la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas y lo obrante en el plenario, se concluyó que el sujeto vigilado investigado, esto es, el Departamento del Amazonas no presentó escrito de descargos. Mediante Resolución N. 20247100000015458-6 del 02 de diciembre de 2024, se corrió traslado para alegar de conclusión, concediendo el termino de cinco (5) días hábiles contados a partir del día

siguiente hábil a la notificación de este acto administrativo, ordenando realizar notificación Por Estado de la actuación surtida. Mediante Resolución N. 2025730000002703 - 6 del 07 de mayo de 2025, se resolvió la investigación administrativa sancionatoria, determinando declarar el cierre y archivo de la investigación adelantada en contra del Departamento del Amazonas, ante yerro jurídico acontecido al momento de aperturar la investigación administrativa sancionatoria, consistente en haber realizado inadecuada adecuación típica del único cargo formulado, impidiendo que bajo el marco jurídico objeto de control la SNS, se pudiese continuar gestionando la investigación en curso, conforme a la motivación emitida.

↓ **SIAD 7000202300704: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDIGENA ANAS WAYUU E.P.S.:** El procedimiento se activó con el traslado de una auditoría a la Delegada de Investigaciones Administrativas (Radicado N. 20223100000049173 del 23/05/2022). Posteriormente, mediante Resolución N. 2024710000006551-6 del 25/06/2024, se ordenó formalmente la iniciación del proceso sancionatorio. Los cargos imputados al sujeto vigilado se fundamentaron en presuntas fallas graves en la garantía del derecho a la salud y en el incumplimiento de los deberes de información. Tras intentos fallidos de notificación personal (citación vía Radicado 20249300101301191 del 27/06/2024), se procedió a la notificación por aviso mediante correo electrónico el 08 de julio de 2024 (Radicado N.20249300101374091). En respuesta, la representante legal de la EPS presentó el escrito de descargos el 15 de julio de 2024, cumpliendo con el término legal establecido. Posteriormente, el 20/09/2024, la EPS se pronunció con sus alegatos de conclusión, argumentando la no responsabilidad administrativa.

La decisión final se materializó con la Resolución No. 2024710000015838-6 del 12/12/2024, donde, tras evaluar las pruebas, la SNS declaró la responsabilidad administrativa de la entidad, aplicando una sanción pecuniaria equivalente a 250 Salarios Mínimos Legales Vigentes (SMMLV) del año 2024, ascendiendo a un valor de \$325.000.000 M/Cte. Contra la Resolución sancionatoria, el vigilado presentó el recurso de reposición el 27/12/2024, conforme a la vía gubernativa permitida. La SNS resolvió el recurso (Radicado 2025710000002353-6 del 21/04/2025), ratificando la sanción interpuesta y disponiendo el traslado del expediente a la Subdirección de Recursos Jurídicos de la entidad.

El Artículo 14 de la Resolución 1650 de 2014 emitido por la SNS, establece que, vencido el término para presentar alegatos de conclusión, la Supersalud contará con un tiempo máximo de diez (10) días para imponer la sanción u ordenar el archivo de la actuación. De conformidad con lo anterior, la SNS incumplió los plazos establecidos ya que la EPS presentó alegatos el día 20 de septiembre de 2024. Por lo tanto, el plazo máximo para resolver era el 07 de octubre de 2024. La Resolución Sancionatoria fue proferida el 12 de diciembre de 2024, lo que representa un retraso de 45 días hábiles en la emisión de la decisión final, superando el límite dispuesto en la resolución mencionada.

De igual manera, se evidenció una dilación significativa entre el Traslado del caso (23 de mayo de 2022) y la Formulación de Cargos (25 de junio de 2024). Aunque la Ley 1949 de 2019 no establece un término perentorio para la apertura de la investigación después del traslado, esta demora administrativa es notable.

- ↓ **SIAD 7000202400545: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE NAZARETH:** El procedimiento se originó con el traslado de un hallazgo de Auditoría a la Delegada de Investigaciones Administrativas, formalizado mediante Radicado N. 20234100100067173 del 29/06/2023. Posteriormente se ordenó la iniciación del proceso en contra la ESE Hospital de Nazareth mediante Resolución N. 2024700010006767-6 del 08/07/2024. De conformidad con la normativa vigente, se concedió al sujeto vigilado un término perentorio de cinco (5) días hábiles para el ejercicio de su derecho a la defensa y contradicción, incluyendo la presentación de las pruebas pertinentes para el esclarecimiento de los hechos objeto de investigación.

Se constata que la ESE Hospital de Nazareth no ha presentado respuesta formal (descargos o pruebas) ante la resolución de inicio del procedimiento. En el mes de noviembre de 2025, no se evidencia avance en la sustanciación del expediente posterior al plazo concedido para el ejercicio de la defensa. El equipo auditor identificó que el procedimiento administrativo sancionatorio contado a partir de la Resolución de Apertura (08/07/2024) lleva más de un año sin tener ninguna otra actuación por parte del proceso, según documentación que reposa en el expediente 2024700013701000054E.

Asimismo, se evidencia que el formato CTFT-32 “*traslado para investigaciones administrativas*” carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

De igual manera, se evidenció una dilación significativa entre el Traslado del caso (29 de junio de 2023) y la Formulación de Cargos (08 de julio de 2024). Aunque la Ley 1949 de 2019 no establece un término perentorio para la apertura de la investigación después del traslado, esta demora administrativa es notable.

- ↓ **SIAD 7000202300211: GUERRERO HERNANDEZ ASOCIADOS SAS:** El proceso se origina con el traslado a Investigación Administrativa de un grupo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (Radicado N.20234000000005683 del 24/01/2023). Posteriormente, mediante Resolución N. 2024710000007218-6 del 25/07/2024, se ordenó formalmente el inicio del proceso contra la IPS GUERRERO HERNANDEZ ASOCIADOS SAS. Tras un intento fallido de notificación personal, la entidad fue notificada por aviso mediante memorando No. 20249300101633891 el 06 de agosto de 2024. A pesar de concederse cinco (5) días hábiles para el ejercicio del derecho a la defensa y contradicción, la IPS no presentó escrito de descargos. Dicha omisión fue certificada secretarialmente el 03 de septiembre de 2024.

Dada la inactividad probatoria del investigado, la Dirección de Investigaciones Administrativas, mediante Resolución No. 2024720000012499-6 del 12/09/2024, determinó la suficiencia del material probatorio preexistente y, en aplicación del principio de economía procesal, decidió no abrir un nuevo período probatorio. La Resolución del 12/09/2024 ordenó correr traslado para alegatos de conclusión por un término de cinco (5) días hábiles. La IPS investigada no presentó dichos alegatos dentro de la oportunidad legal, lo cual fue certificado el 09 de octubre de 2024. Mediante Resolución No. 2024720000015120-6 del 20 de noviembre de 2024, se resolvió el proceso, declarando la responsabilidad administrativa de la IPS. El fundamento fue el incumplimiento del deber de reportar información financiera y contable (Archivos Tipo) para la vigencia 2020, y el no acatamiento de órdenes oportunas de reporte emitidas por la Supersalud, por lo que la SNS impuso una sanción pecuniaria consistente en una multa de doscientos veinte (220) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) para el año 2024, equivalente a \$286.000.000 m/cte., Adicionalmente, se ordenó a la IPS el reporte inmediato de la información relacionada con el origen de sus recursos, con la advertencia de que el incumplimiento acarreará la imposición de multas sucesivas. La Resolución sancionatoria fue notificada por aviso mediante memorando No. 20249300102652611, entregado satisfactoriamente al correo electrónico el 29 de noviembre de 2024.

El Artículo 14 de la Resolución 1650 de 2014 emitido por la SNS, establece que, vencido el término para presentar alegatos de conclusión, la Supersalud contará con un tiempo máximo de diez (10) días para imponer la sanción u ordenar el archivo de la actuación. De conformidad con lo anterior, la SNS incumplió los plazos establecidos ya que el término para presentar alegatos venció el 19 de septiembre de 2024. Por lo tanto, el plazo máximo para resolver era el 29 de septiembre de 2024.

La Resolución Sancionatoria fue proferida el 20 de noviembre de 2024, lo que representa un retraso de 52 días calendario en la emisión de la decisión final, superando el límite dispuesto en la Resolución en mención.

De igual manera, se evidenció una dilación significativa de 18 meses y 1 día entre el Traslado del caso (24 de enero de 2023) y la Formulación de Cargos (25 de julio de 2024). Aunque la Ley 1949 de 2019 no establece un término perentorio para la apertura de la investigación después del traslado, esta demora administrativa es notable.

Asimismo, se evidencia que el formato CTFT-32 “*traslado para investigaciones administrativas*” carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

- ↓ **SIAD 7000202300174: SALUD LABORAL VMC SAS:** El proceso se originó con el traslado de hallazgos a la Delegatura de Investigaciones Administrativas, incluido el expediente de la IPS SALUD LABORAL VMC SAS (Radicado N. 20234000000006503 del 26/01/2023). Posteriormente, mediante Resolución N. 2024710000010556-6 del 04/09/2024, se ordenó el inicio formal del proceso contra la IPS. Se concedió al sujeto vigilado un término de cinco (5) días hábiles para el ejercicio de su derecho a la defensa y contradicción, incluyendo la presentación de los descargos y pruebas. El 18/11/2024, se generó una certificación secretarial que constató la no presentación de

descargos por parte de la IPS SALUD LABORAL VMC SAS dentro del plazo legal otorgado. Se registró la inexistencia de un acto resolutorio de pruebas en el expediente, lo que implica que el proceso avanzó con el material probatorio obrante desde su inicio. El 16/12/2024, se expidió una constancia secretarial respecto a la no presentación de alegatos de conclusión por parte de la IPS dentro de la oportunidad legal.

La investigación concluyó con la emisión de la Resolución 2024720000016745-6 del 31/12/2024, encontrándose a la IPS responsable administrativamente por los cargos imputados, aplicando una sanción pecuniaria consistente en una multa de doscientos diez (210) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) para el año 2024, equivalentes a \$273.000.000 m/cte. La Resolución sancionatoria fue notificada por aviso mediante memorando No.20259300100048991 el 13/01/2025, entregada satisfactoriamente al correo electrónico registrado por la IPS.

El Artículo 14 de la Resolución 1650 de 2014 emitido por la SNS, establece que, vencido el término para presentar alegatos de conclusión, la Supersalud contará con un término máximo de diez (10) días para imponer la sanción u ordenar el archivo de la actuación.

De conformidad con lo anterior, la SNS incumplió los plazos establecidos ya que el término para presentar alegatos venció aproximadamente el 12 de septiembre de 2024. Por lo tanto, el plazo máximo para resolver era alrededor del 26 de septiembre de 2024. La Resolución Sancionatoria fue proferida el 31/12/2024, lo que representa un retraso de más de noventa (90) días calendario en la emisión de la decisión final, superando el límite dispuesto en la resolución antes mencionada.

De igual manera, se evidenció una dilatación significativa de aproximadamente 19 meses entre el Traslado del caso (26 de enero de 2023) y la Formulación de Cargos (04 de septiembre de 2024). Aunque la Ley 1949 de 2019 no establece un término perentorio para la apertura de la investigación después del traslado, esta demora administrativa es notable.

Asimismo, se evidencia que el formato CTFT-32 "*traslado para investigaciones administrativas*" carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

- ↓ **SIAD 7000202300242: UNIDAD GINECOOBSTETRICA DEL PACIFICO S.A.S:** El procedimiento se originó con el traslado de hallazgos a la Delegatura de Investigación Administrativa, incluyendo el expediente de la IPS (Radicado N. 20234000000006413 del 26/01/2023). Posteriormente, mediante Resolución N. 2024710000013652-6 del 03/10/2024, se ordenó el inicio formal del proceso, concediendo al sujeto vigilado un término de cinco (5) días hábiles para la presentación de descargos y el ejercicio del derecho de defensa y contradicción. El 13/11/2024, la Secretaría de Investigaciones Administrativas generó certificación que constató la no presentación de descargos por parte de la IPS dentro del plazo otorgado. Se constató la inexistencia de un acto resolutorio de pruebas dentro del expediente (SuperArgo).

Mediante Resolución No. 2024720000015240-6 del 22/11/2024, y ante la omisión de presentación de descargos, la SNS ordenó correr traslado a la IPS investigada por un término de cinco (5) días hábiles para la presentación de sus alegatos de conclusión. El proceso concluyó con la emisión de la Resolución 2024720000016603-6 del 23/12/2024, declarando a la IPS responsable administrativamente por los cargos imputados en la apertura del proceso, aplicando una sanción pecuniaria consistente en una multa de doscientos veinte (220) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) para el año 2024, equivalentes a \$286.000.000 m/cte. La Resolución sancionatoria fue notificada por aviso mediante Radicado No.20259300100009211 el 03/01/2025, entregada satisfactoriamente al correo electrónico registrado por la IPS.

Se evidenció una dilación significativa de casi veintiún (21) meses entre el Traslado del caso (26 de enero de 2023) y la Formulación de Cargos (23 de diciembre de 2024). Aunque la Ley 1949 de 2019 no establece un término perentorio para la apertura de la investigación después del traslado, esta demora administrativa es notable.

Asimismo, se evidencia que el formato CTFT-32 *"traslado para investigaciones administrativas"* carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

- ↓ **SIAD 7000202300221 Instituto de Cirugía Cardiovascular COLMEX SAS.** Se inició investigación administrativa sancionatoria debido a la omisión en el reporte de información financiera correspondiente a los años 2019, 2020 y 2021. El proceso se inició formalmente el 15 de agosto de 2024, tras detectarse irregularidades en el cumplimiento de las obligaciones de reporte en el sistema nRVCC, lo cual fue documentado mediante varios radicados y memorandos internos. La notificación del acto administrativo de apertura se intentó inicialmente citando por medios electrónicos, sin obtener respuesta por parte del investigado. Ante la falta de respuesta, se procedió a notificar por aviso al correo electrónico del representante legal. No se encontró en el expediente el formato de autorización para notificación electrónica (DIFT05), lo que evidenció una omisión en este procedimiento.

Asimismo, se evidencia que el formato CTFT-32 *"traslado para investigaciones administrativas"* carece de la firma del funcionario que remite la solicitud.

- ↓ **SIAD 7000202300219: SYSO SARARE S.A.S:** Del análisis integral del expediente administrativo sancionatorio 7000202300219 contra SYSO SARARE S.A.S., se evidencia: Los incumplimientos por parte del investigado datan de la vigencia 2020 y se inicia proceso sancionatorio hasta el 2024; el traslado inicial en formato CTFT-32 *"traslado para investigaciones administrativas"* por parte de la Delegada para Prestadores de Servicios en Salud carece de firma.

A través de Resolución 202471000005671-06 del 31-05-2024 *"Por medio de la cual se ordena el inicio del procedimiento administrativo sancionatorio en contra de SYSO SARARE S.A.S.* el auditado da apertura al proceso,

se identifica un retraso de 16 meses entre el traslado y el inicio formal del procedimiento sancionatorio. Se observa que el sujeto vigilado no presentó descargos pese a haber sido debidamente notificado.

Con Resolución 2024720000012533-6 del 13-09-2024. Por medio del cual se corre traslado para alegar de conclusión a SYSO SARARE S.A.S, el auditado continua el proceso, se evidencia formato DIFT01 “Notificación por estado” del 20-09-2024: en el que se evidencia la notificación del acto administrativo, se cuenta además con formato DIFT07 “Constancia de notificación por estado”. Mediante constancia secretaria del 09-10-2024 se deja constancia que el investigado SYSO SARARE S.A.S no presento alegatos de conclusión.

Resolución 204720000015674-6 del 09-12-2024 “Por medio de la cual se decide una investigación administrativa adelantada en contra de SYSO SARARE S.A.S”, se sanciona al investigado por valor de 220 salarios mínimos legales vigentes de 2024, es decir \$286.000.000 pago inmediato acto administrativo que fue notificado. El 03-01-2025 se recibe recurso de reposición enviado al auditado aduciendo indebida notificación.

Trascurren cinco (5) meses y el auditado emite Resolución 2025700010003774-6 del 13/05/2025 “Por medio del cual se resuelve un recurso de reposición y se concede el de apelación (...)”

↓ **SIAD 7000202300229: NQTM TRADER LTDA:** Revisado el expediente administrativo sancionatorio 7000202300229 contra NQTM TRADER LTDA, se evidencian las siguientes situaciones en cada una de las etapas del procedimiento: En la etapa preliminar, se identificó que el Superintendente Delegado de Prestadores de Servicios de Salud el 26-01-2023 con radicado 202300000006423 reporta el incumplimiento del vigilado a solicitudes de la Supersalud en las vigencias: 2019, 2020 y junio de 2021. A través de la Resolución 202471000007658-06 del 13-08-2024 “Por medio de la cual se ordena el inicio del procedimiento administrativo sancionatorio en contra de NQTM TRADER LTDA” el auditado procede a iniciar el procedimiento, situación que evidencia un retraso de 19 meses entre el traslado del caso y el inicio formal del procedimiento sancionatorio, lo cual representa un riesgo significativo de caducidad.

↓ **SIAD 7000202400717: PIJAOS SALUD EPS-I:** El expediente administrativo sancionatorio contra PIJAOS SALUD EPS-I evidencia una serie de etapas procesales que se desarrollaron entre junio de 2020 y marzo de 2025. El proceso inicia con el traslado del caso por parte de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario el 30-06-2020, en respuesta a un reporte de incumplimiento de órdenes impartidas por la Supersalud. Mediante Resolución 2024710000013628-6 del 02-10-2024 “Por medio de la cual se ordena el inicio del procedimiento administrativo sancionatorio en contra de la entidad promotora de salud indígena PIJAOS SALUD EPSI”; el auditado procede a iniciar la investigación, lo que evidencia una demora significativa en el inicio formal del procedimiento sancionatorio, toda vez que transcurren, más de cuatro (4) años después de la comunicación inicial.

↓ **SIAD 7000202400148: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.** El proceso de investigación administrativa adelantado contra el Instituto Departamental de Salud de Nariño inicia con el traslado realizado por parte del Delegado para Entidades Territoriales y Generadores Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud el 23-02-2023. Se adjunto formato CTFT32 "*traslado para investigaciones administrativas*", debidamente firmado por el funcionario que remite la solicitud. Mediante Resolución 202471000001448-6 del 22-02-2024 "*Por medio de la cual se ordena iniciar una investigación administrativa en contra del instituto departamental de salud de Nariño*" el auditado procede a iniciar el procedimiento 12 meses después del traslado inicial.

Se observa además, que la Delegatura para entidades territoriales y generadores, recaudadores y administradores de recursos del SGSSS corrió traslado a la DIA, por el incumplimiento parcial en la entrega de información de un único requerimiento Rad 20225000201587101 de fecha 17 de noviembre de 2022 al no remitir con las condiciones requeridas por esta dependencia, todos los soportes documentales que dieran cuenta de la adopción e implementación de la política de salud mental en su territorio durante la vigencia 2022 y por lo tanto se obstruyó las funciones de inspección y vigilancia, pues la Superintendencia de Salud no pudo verificar si el vigilado dio o no cumplimiento a la adopción e implementación de la política de salud mental en su territorio de conformidad con lo previsto en la Ley 1616 de 2013.

↓ **SIAD 7000202300243: REHVITAL I P S:** Del análisis integral del expediente administrativo sancionatorio 7000202300243 en contra de REHVITAL I P S inicia el 06-01-2023 con el traslado realizado por la Delegatura para prestadores de servicios de salud, por incumplimiento de ordenes impartidas por la Supersalud vigencias 2019, 2020 y junio 2021, se adjunta formato CTFT32 "*traslado para investigaciones administrativas*" sin firma del funcionario que remite la solicitud (Delegado para prestadores de servicios de salud).

A través de Resolución 202471000013803-6 del 08-10-2024 "*Por medio de la cual se ordena la iniciación del procedimiento administrativo sancionatorio en contra de los profesionales en rehabilitación y ortopedia REHVITAL IPS S.A.S*" situación que evidencia que el auditado da inicio al procedimiento administrativo 21 meses después de radicado inicial de traslado.

3.3 Análisis de Riesgos

En materia de riesgos de gestión para el proceso "Control", este tiene identificado el siguiente riesgo CTPR01-2 "*Posibilidad de afectación económica por perdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio*". Al realizar análisis de la identificación y valoración del riesgo, se evidencian las siguientes características:

Identificación del riesgo: En esta fase conforme a la matriz de riesgos de gestión identificados y cargados en ITS, se observó que las causas identificadas que pueden materializar el evento potencial, son:

TIPO	FACTOR	CAUSA
Internas	Proceso	Insuficiente material probatorio y/o de documentos derivados de las áreas que realizan inspección y vigilancia.
Externas	Proceso	Baja calidad en los informes y traslados de solicitudes de investigación.

Imagen No.2 Causa riesgo CTPR01-2 – Fuente aplicativo ITS

Conforme a la muestra de auditoría, y particularmente al realizar verificación del expediente identificado con SIAD 7000202400669 correspondiente a COMPARTA EPS – En liquidación, se evidenció que la resolución con la cual se declaró la caducidad de la facultad sancionatoria institucional fue la N. 2025710000001938-6 del 01 de abril de 2025; es decir que, ante la referida materialización del riesgo, debe analizarse este evento o situación teniendo en cuenta lo dispuesto en la matriz de riesgos de gestión para la vigencia 2025 en su versión 1 generada el 31 de enero del mismo año.

Así las cosas, y bajo el entendido que en el expediente objeto de análisis se evidenció que el mismo no tuvo impulso procesal o sustanciación en aproximadamente 3 años y 8 meses, se concluyó que, las causas identificadas para el riesgo no cuentan con la cobertura de otro tipo de situaciones como la antes descrita, consistente en no dar impulso procesal a los expedientes administrativos sancionatorios. De este modo, debe considerarse el establecimiento de este tipo de causas, definiendo los controles que en fase de riesgo inherente las mitiguen, así como el establecimiento de las acciones de tratamiento que en fase de riesgo residual correspondan.

Valoración del riesgo: En fase de valoración del riesgo, se identificó que el riesgo *"Posibilidad de afectación económica por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio"*, se encuentra en zona de riesgo *"Moderada"*, con lo cual conviene analizar si en la actualidad efectivamente la zona de riesgo es *"Moderada"*, o por el contrario puede estar en una zona *"Mayor"* o *"Alta"*, en especial, dada la recurrencia en que se han declarado caducidades de la facultad sancionatoria en las vigencias 2024 y 2025, atendiendo lo reportado por la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas en el aplicativo ITS.

Al evidenciarse la materialización del riesgo, en desarrollo del proceso auditor fue consultada la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas mediante correo electrónico del 21 de octubre, con el fin se dieran a conocer las acciones emprendidas a partir de la aludida materialización, para lo cual, mediante correo electrónico del 24 de octubre de 2025, esta dependencia informó, entre otros, que, *"de acuerdo con la información reportada en la*

Herramienta ITS por el proceso Control en el monitoreo a los riesgos, se registró la materialización del riesgo de gestión Posibilidad de afectación económica por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio”. Subrayas extratextuales.

Lo anterior fue objeto de verificación, evidenciando que, en efecto, esta acción fue realizada; no obstante, con el fin realizar un adecuado tratamiento de este tipo de materializaciones, deberán gestionarse una serie de acciones de conformidad a lo establecido en el Manual de Administración del Riesgo / DEMN02 V4, asociado al proceso Direcccionamiento Estratégico, instrumento institucional el cual prevé que el líder del proceso debe:

1. Realizar la revisión, análisis de las causas que dieron origen al evento.
2. Verificar que se tomaron las acciones y que se actualizó el mapa de riesgos correspondiente.
3. Informar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o al Comité Institucional de Gestión y Desempeño sobre el hallazgo y las acciones tomadas.
4. Definir un plan de mejoramiento en un tiempo no mayor a 15 días hábiles.

4. HALLAZGOS

4.1 No Conformidades

NC 1: Registros de asistencia incompletos, cargue parcial en el ITS e inconsistencias en las actas de autoevaluación: Durante la revisión de las actas de autoevaluación de 2024 y 2025, se evidenció que varias de ellas no cuentan con listas de asistencia completas que permitan verificar la participación de los integrantes convocados. Asimismo, se constató que las actas de algunos meses de 2024 no fueron cargadas en el aplicativo ITS, pese a ser el medio institucional establecido para su registro.

Adicionalmente, se observaron inconsistencias en fechas y horas consignadas en diversas actas, tales como discrepancias entre los datos registrados en texto y en números o entre las fechas del archivo y las del listado de asistencia, lo que afecta la coherencia y confiabilidad de la información.

Estas situaciones contravienen lo dispuesto en el artículo 4 de la Resolución No. 2021160000013752-6 de 2021, al no contar con actas y registros de asistencia completos, coherentes y debidamente cargados en el aplicativo institucional. Lo anterior limita la verificación de la participación real de los funcionarios, afecta la trazabilidad de las reuniones y genera un incumplimiento de los requisitos formales del proceso de autoevaluación institucional.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, así:

1. Registros de asistencia incompletos: Si bien el aplicativo ITS cuenta con funcionalidades que permiten registrar la participación de los asistentes, no se aportó evidencia que demuestre que, para los meses observados, la información quedó efectivamente registrada en el sistema. La NC no cuestiona la capacidad del ITS, sino la ausencia real de registros verificables para los meses señalados (enero, abril, mayo, julio, septiembre, diciembre de 2024, y febrero y marzo de 2025). La respuesta no incluye reportes, pantallazos o extractos del módulo que demuestren el registro de asistencia correspondiente.
2. Actas no cargadas en el ITS: La defensa señala que la información “se encuentra alojada” en la base de datos del aplicativo; sin embargo, no se aportó evidencia que demuestre que las actas GE-11974 y GE-11976 estaban efectivamente cargadas en el sistema al momento de la auditoría. La NC se basa en la no disponibilidad de dichas actas en el entorno del ITS, lo cual generó la necesidad de acudir a documentos enviados por correo. La explicación técnica del sistema no desvirtúa este hecho.
3. Inconsistencias en fechas y horas: Si bien el manual del ITS puede permitir datos tentativos en etapa de pre-acta, las inconsistencias observadas no corresponden únicamente a diferencias propias del sistema, sino a errores de forma dentro del contenido de las actas en Word (fechas contradictorias, horas en letras que no coinciden con números, discrepancias entre archivos y listados). El proceso no aportó evidencia que demuestre que dichas inconsistencias fueron generadas por el aplicativo ITS ni que correspondan a un funcionamiento normal del proceso.

En consecuencia, y dado que los hechos observados durante la auditoría no han sido desvirtuados mediante evidencia objetiva, la **No Conformidad se mantiene**.

NC 2: Inconsistencia en el registro de asistentes en las actas de autoevaluación: En la revisión de las actas correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, agosto, septiembre y noviembre de 2024, y enero de 2025, se evidenció inconsistencia entre los registros de asistencia contenidos en el archivo en formato Word y los registrados en el aplicativo ITS. Incumpliendo de esta manera con lo señalado en el formato DEFT19 – Actas, que remite al Manual Módulo de Actas, numeral 3.2.2.4.4 “Seguimiento compromisos – Recomendaciones de uso”, el cual establece que: *“7. Recuerde que los asistentes deben realizar la aprobación del acta.”* Asimismo, dicho manual dispone que todos los asistentes a la reunión deben ser registrados en el aplicativo ITS como parte del proceso de formalización y trazabilidad del acta.

Se identificó ausencia de control y verificación por parte del responsable del registro de actas, al no garantizar la concordancia entre la información consignada en el documento base y la registrada en el aplicativo institucional ITS. La

inconsistencia entre el acta en formato Word y la registrada en aplicativo mencionado afecta la integridad y confiabilidad del registro de las reuniones de autoevaluación, dificultando la verificación de la participación real de los asistentes y la validez de la aprobación del acta conforme a la normativa institucional.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente así: mediante la Resolución No. 2021160000013752-6 de 2021, se adoptaron las reuniones de autoevaluación en la SNS, con la finalidad de verificar, evaluar e identificar posibles desviaciones de los procesos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos. Para el desarrollo de las mismas, el artículo No. 1 del citado acto administrativo, dispone que las reuniones de autoevaluación (...) *“están enmarcadas en el proceso sistémico de autoevaluación institucional de conformidad con los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno y del Sistema de Gestión de la entidad, que busca generar espacios de inclusión, participación y compromiso de todos los funcionarios de la Entidad y el análisis de factores que inciden en el cumplimiento de la misión institucional”*. Lo anterior implica que las reuniones de autoevaluación no solo tienen como objeto identificar desviaciones, sino generar un espacio de participación y compromiso por parte de los funcionarios de la entidad.

Por lo anterior, la NC identificó que el número de asistentes registrados en el documento Word no coincidía con el registro en el aplicativo ITS; sin embargo, el proceso auditado objetó la referida NC, aludiendo a que *“el sistema contempla la participación de actores que son invitados o externos, y (...) por lo tanto, es técnicamente viable y correcto que el listado de asistencia en Word incluya un número mayor de personas que aquellos habilitados en el sistema para realizar la aprobación formal o el seguimiento de compromisos”*.

Conforme a esta precisión, se procedió a verificar la calidad de los asistentes de las reuniones de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, agosto, septiembre y noviembre de 2024, y enero de 2025, y se observó que en estos meses todos figuraban como funcionarios de la entidad, mas no como invitados o actores externos.

Finalmente, se evidencia que cada uno de los asistentes se encontraba en la obligación de aprobar las actas de autoevaluación y, por lo tanto, figurar sus nombres en el aplicativo del ITS, esto en virtud de lo dispuesto en el numeral 7, de las Recomendaciones de uso, (Página 46) del Manual Módulo Actas.

También es fundamental tener en cuenta que las actas de autoevaluación constituyen el resultado de la gestión de las operaciones, y por ende, dicho resultado se plasma en un documento que refleja el seguimiento de las actividades ejecutadas dentro del proceso. Además, la información contenida en estas actas debe ser confiable, tanto en lo referente a sus registros de los participantes como en la descripción de las actividades realizadas.

En consecuencia, y dado que los hechos observados durante la auditoría no han sido desvirtuados mediante evidencia objetiva, la **No Conformidad se mantiene**.

NC 3. Realización extemporánea de la reunión de autoevaluación del mes de octubre de 2024: Durante la revisión de la reunión de autoevaluación correspondiente al mes de octubre de 2024, se evidenció que esta fue realizada de manera extemporánea, toda vez que el listado de asistencia remitido por el proceso auditado registra fecha del 21 de noviembre de 2024, lo que implica que la reunión se efectuó trece días hábiles después del plazo previsto para su realización. Esta situación contraviene lo establecido en el artículo 3 de la Resolución No. 2021160000013752-6 de 2021, que dispone que los líderes de dependencia, junto con los funcionarios a su cargo, deben llevar a cabo las reuniones de autoevaluación dentro de los primeros diez (10) días hábiles de cada mes. Lo anterior obedece a que el proceso responsable no efectuó la reunión dentro de los tiempos definidos normativamente, ni adoptó mecanismos de control que garantizaran su realización oportuna. Como consecuencia, se afecta la oportunidad del ciclo de autoevaluación, que podría retrasar la identificación y tratamiento de las situaciones detectadas en cada periodo.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, indicando:

1. La única evidencia aportada por el proceso durante la auditoría es el reporte de asistencia de Microsoft Teams, el cual registra fecha del 21 de noviembre de 2024, es decir, por fuera del plazo establecido en el artículo 3 de la Resolución 021160000013752-6 de 2021.
2. Si bien el proceso indica que la reunión se efectuó dentro de los primeros diez días hábiles, no se presentó evidencia que permita verificar dicha afirmación (convocatoria, asistencia o registro fechado dentro del plazo). En auditoría, la evidencia objetiva prevalece, y el soporte existente confirma la extemporaneidad.

En consecuencia, y dado que el hecho observado durante la auditoría no ha sido desvirtuado mediante evidencia objetiva, la **No Conformidad se mantiene**.

NC 4: Seguimiento parcial a los indicadores y temáticas obligatorias de la Resolución 2021160000013752-6 de 2021. Se identificó que, aunque el Plan Anual de Gestión PAG-138 para los meses de octubre y noviembre de 2024 contempla diez (10) actividades e indicadores, en las actas de reunión solo se registró seguimiento a cinco (5) de ellos. De manera similar, el Plan de Acción PAG-140 correspondiente a abril de 2025 incluye cuatro (4) indicadores, pero únicamente se evidenció seguimiento a tres (3).

Adicionalmente, durante los meses de abril, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2024, así como en enero, febrero y marzo de 2025, no se evidenció el registro del seguimiento a: *los proyectos de inversión, la ejecución presupuestal, el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) ni al Sistema Integrado de Gestión (SIG)*, pese a que estas temáticas deben verificarse mensualmente. La Resolución 2021160000013752-6 de 2021, en su artículo 3, establece los aspectos y periodicidad con la que las dependencias deben revisar y analizar el desempeño institucional. La situación observada podría obedecer a la ausencia de mecanismos de control que garanticen la verificación y el registro completo del seguimiento a todos los indicadores y temáticas obligatorias definidas en los planes de acción mensuales del proceso. La falta de seguimiento integral limita la evaluación del desempeño del proceso “Control”, dificulta la identificación oportuna de desviaciones y afecta la trazabilidad y confiabilidad de la información reportada, reduciendo la efectividad del sistema de seguimiento institucional.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, indicando que, la naturaleza del hallazgo corresponde al incumplimiento de la obligatoriedad y la periodicidad de la medición de desempeño, conforme a lo dispuesto en el artículo 3 de la Resolución No. 2021160000013752-6 de 2021. En virtud de la literalidad de dicha norma, se verificó el cumplimiento de la temática establecida: *“Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola con la programación mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.”*

Asimismo, es importante señalar que el procedimiento “Ejecutar Seguimientos a la Gestión” establece que la periodicidad de este seguimiento debe ser mensual. Por lo tanto, estas actividades deben realizarse en las reuniones de autoevaluación con dicha frecuencia. De no cumplirse, se incumple con el propósito del seguimiento, que consiste en identificar desviaciones en los procesos que puedan afectar el logro de los objetivos y, en consecuencia, adoptar decisiones orientadas a la corrección o al mejoramiento del desempeño.

En consecuencia, y dado que el hecho observado durante la auditoría no ha sido desvirtuado mediante evidencia objetiva, **la No Conformidad se mantiene**

NC 5. Incumplimiento en el uso de Formato Obsoleto con Imagen Institucional No Vigente: Se identificó desviación en el Proceso "Control" debido a que las actas generadas en los meses de abril y septiembre de 2024, y febrero y marzo de 2025 utilizan el formato DIFT17 (Documento Institucional en Word) en una versión obsoleta que contiene la imagen institucional anterior, lo que contraviene lo preceptuado en el DIMN02 - MANUAL DE IMAGEN INSTITUCIONAL v3 de la Supersalud, el cual exige la aplicación de la identidad visual corporativa vigente en todos los documentos oficiales; esta

situación se verificó mediante la revisión de los registros de la vigencia objeto de evaluación, evidenciando un incumplimiento a la directriz de control de documentos que compromete la coherencia y validez formal de los registros del Sistema de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, teniendo en cuenta lo mencionado en el Manual para la Elaboración y Control de Documentos en el Sistema Integrado de Gestión - DEMN01 que indica: *"Es responsabilidad del líder, de los responsables de los procedimientos y gestores del proceso, verificar que se utilice la versión vigente de los documentos. Los funcionarios y contratistas de la Superintendencia Nacional de Salud no deben guardar versiones de documentos del Sistema Integrado de Gestión en su computador y La información documentada del Sistema Integrado de Gestión debe ser descargada directamente del portal web institucional, ruta: Nuestra Entidad / Estructura orgánica y talento humano / Procesos, se selecciona el proceso que posee el documento a consultar y dentro de este se debe dar clic en la etiqueta "Ver documentos del proceso".* Así mismo de acuerdo con lo dispuesto en el DIMN02 - MANUAL DE IMAGEN INSTITUCIONAL v3 de la Supersalud, no se dio aplicación de la identidad visual corporativa vigente esto con respecto a la utilización de un logo que no es la imagen corporativa de la Supersalud establecida en el manual. Dado que los hechos observados durante la auditoría no han sido desvirtuados mediante evidencia objetiva, **la No Conformidad se mantiene.**

NC 6: Falta de control sobre la información documentada en el expediente SIAD 7000202400471 NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. En la revisión del expediente, compartido por la Delegatura de Investigaciones Administrativas, se evidenció que no se encuentra incorporado el formato CTFT32. Dicho formato es el instrumento mediante el cual se registran los datos relacionados con el traslado del asunto, los hechos investigados, las fechas y orígenes de los mismos, los datos del posible investigado, el denunciante, los afectados, la relación de actuaciones surtidas, el marco normativo presuntamente vulnerado, y la identificación de quien remite la información. De acuerdo con el numeral 3.10 *"Control de la información documentada"* del Manual para la Elaboración de Documentos DEMN01 versión 2, vigente para la fecha de los hechos, *"Los registros propios del Sistema Integrado de Gestión deben ser controlados por las áreas participantes del proceso o, en su defecto, por el responsable de la información identificado en la secuencia e interacción del proceso"*. Así mismo, el formato CTFT32 hace parte de la actividad clave de éxito (procedimiento) 6 *"Ejecutar etapa preliminar"*, establecida dentro del proceso de investigación administrativa. Se identificó una deficiencia en el control y seguimiento a los registros del proceso de investigación administrativa, lo cual permitió la omisión del formato requerido en el expediente; la ausencia de este formato CTFT32 afecta la trazabilidad y la integridad de la información relacionada con el caso, lo que puede generar riesgos en la transparencia, oportunidad y confiabilidad de las

actuaciones administrativas y en la demostración del cumplimiento de los procedimientos internos del proceso de investigación.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, en donde el auditado señaló que el formato CTFT32 es un instrumento de apoyo, pero que no es un requisito de validez jurídica. No obstante, tal y como reza la NC 6, la inobservancia de este documento en el expediente de No. 7000202400471, genera incumplimiento a lo dispuesto en el numeral 3.10 “Control de la información documentada” del Manual para la Elaboración de Documentos DEMN01 versión 2, vigente para la fecha de los hechos, el cual reza que *“Los registros propios del Sistema Integrado de Gestión deben ser controlados por las áreas participantes del proceso o, en su defecto, por el responsable de la información identificado en la secuencia e interacción del proceso”*. Es menester aclarar que el Manual para la Elaboración de Documentos DEMN01, V2, tiene como finalidad establecer los lineamientos generales para la elaboración, administración y control de la información documentada del Sistema Integrado de Gestión - SIG, mediante análisis, revisión, aprobación y socialización de estos, con el propósito de gestionar la trazabilidad y conservar la información documentada.

En cuanto a su conservación, se evidenció que el proceso no mantuvo en el expediente el formato CTFT32, situación que refleja una deficiencia en el control de la información documentada.

Dado que los hechos observados durante la auditoría no han sido desvirtuados mediante evidencia objetiva, la **No Conformidad se mantiene**.

NC 7: Debilidad en la verificación de soportes documentales que originó inconsistencia en la formulación del cargo sancionatorio. Se evidenció que en el proceso sancionatorio contenido en la Resolución No. 2024710000013202-6 se formuló un cargo contra la IPS RADIMA S.A.S. por el presunto no reporte de información financiera correspondiente a la **vigencia 2020**, aunque el soporte del inicio de investigación (Rad No. 2022400000357041) hacía referencia al reporte con corte a **diciembre 31 de 2021**.

Así mismo en el expediente SIAD: 7000202300160 - DE LA ROSA CLINICA y ESTETICA S.A.S se inició procedimiento por presunto incumplimiento en el reporte oportuno de los archivos tipo FP001- FP002- FP003–FP005, FT002, GT010, ST006 correspondientes a la vigencia 2020, sin embargo, no era sujeto vigilado en la vigencia 2020, dado que su inscripción en el REPS se efectuó el 18/03/2021. De acuerdo con la actividad clave de éxito 6 (procedimiento) del Proceso “Control”, en la actividad denominada: *“Revisar el memorando de traslado para apertura de investigación administrativa y sus anexos y proyectar acto administrativo”* se establece que el profesional asignado del despacho de la Delegatura para

investigaciones administrativas, debe realizar una revisión de fondo del **Memorando de traslado y sus anexos** u orden judicial, verificando que: *“Cumpla con lo establecido en los Acuerdos de nivel de servicio y/o en las mesas técnico – jurídicas; Que el macromotivo seleccionado en el formato CTFT32 guarde relación con la información remitida,”*; en el primer caso se identificó un posible error en la elaboración del formato de traslado de investigación administrativa, al consignar de forma general el periodo de los hechos objeto de análisis (enero 2019 a junio 2021), que no fue detectado por la DIA; en el segundo caso, la omisión de la validación en el REPS generó actuaciones sobre hechos ocurridos en un periodo en el que la IPS no estaba bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud. Lo anterior, evidencia debilidades en la revisión efectuada al inicio de las actuaciones, ya que no se verificó la correspondencia entre la información contenida en los soportes documentales y el periodo consignado en el cargo formulado, lo que permitió que las inconsistencias pasaran al acto administrativo.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, concluyendo que, en los expedientes revisados, no se realizó de manera efectiva la verificación de la correspondencia entre los soportes documentales, la vigencia de los hechos y la calidad de sujeto vigilado, tal como lo exige el procedimiento del Proceso “Control”. Esta omisión permitió que inconsistencias relacionadas con el periodo objeto de análisis y la supervisión de las IPS llegaran hasta el acto administrativo, evidenciando debilidades en la revisión inicial de los traslados. Si bien el proceso auditado señala que se trató de errores puntuales, originados en la calidad de los insumos remitidos por el área generadora y en condiciones operativas particulares, estos argumentos no desvirtúan el incumplimiento del control establecido. La implementación posterior de herramientas como el checklist de verificación, el cruce REPS–SIAD y la devolución de traslados incompletos constituye una acción correctiva pertinente, pero confirma que el control no estaba siendo aplicado de manera suficiente al momento del hallazgo. Dado que los hechos observados durante la auditoría no han sido desvirtuados mediante evidencia objetiva, la **No Conformidad se mantiene**.

NC 8: Inconsistencia en la motivación y revisión del acto administrativo sancionatorio. Se identificó que en el expediente SIAD 7000202301687 – Healty Tecnología y Salud, la Resolución Sancionatoria 2024720000015437-6 del 28 de noviembre de 2024 presenta inconsistencias internas en su motivación. En la página 96, correspondiente al numeral 4 del capítulo “Consideraciones”, se expone la desestimación del segundo cargo; sin embargo, en la página 103, dentro del capítulo “Imposición de la Sanción y su Graduación”, se confirma la existencia de ambos cargos y se determina la imposición de la multa con fundamento en los dos. Esta contradicción evidencia falta de coherencia entre los considerandos y la parte resolutive del acto administrativo, afectando la claridad, suficiencia y solidez jurídica de la decisión. Lo anterior incumple la Actividad Clave de Éxito 8 (procedimiento) del proceso de control, en su actividad “Revisar

proyecto de acto administrativo” en la cual se establece que el profesional designado como revisor debe verificar que el proyecto de acto administrativo cumpla con los criterios técnicos y legales aplicables y con lo previsto en los Acuerdos de Nivel de Servicio. La inconsistencia evidenciada da cuenta de una revisión insuficiente del proyecto de resolución antes de su expedición. Esta situación genera el riesgo de que el acto administrativo sea susceptible de cuestionamientos en sede administrativa o judicial, afecta la seguridad jurídica y puede comprometer la validez del proceso sancionatorio.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, en donde la Delegatura señaló que la discrepancia en la Resolución Sancionatoria 2024720000015437-6 se originó por un error de redacción durante la fusión de versiones del proyecto, sin que ello afectara la valoración probatoria ni la conclusión jurídica del acto. Asimismo, informan que se han implementado acciones de control y revisión adicionales para reforzar la coherencia y calidad documental de los actos administrativos futuros. No obstante, la situación evidencia que los controles de revisión previstos no fueron suficientes para garantizar la coherencia entre los considerandos y la parte resolutive del acto administrativo.

En consecuencia, y dado que el hecho observado durante la auditoría no ha sido desvirtuado mediante evidencia objetiva, **la No Conformidad se mantiene.**

NC 9: Materialización de riesgo de gestión identificado como “Posibilidad de afectación económica por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio”, en el expediente SIAD: 7000202400669: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA – COMPARTA E.P.S. - EN LIQUIDACIÓN.: Se formula No Conformidad al proceso “Control” liderado por la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, ante el acaecimiento del fenómeno jurídico de la caducidad de la facultad sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud, preceptuada en el artículo 130B de la Ley 1949 de 2019, debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio, esto es, cinco (5) años para investigar, decidir de fondo y notificar dicha decisión, aspecto que trajo como efecto o consecuencia la imposibilidad de adoptar decisión de fondo en el asunto, así como la compulsa de copias a la oficina de Control Disciplinario Interno con el fin de que se investigue la presunta responsabilidad de servidores, ex servidores o contratistas en el asunto.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a lo planteado por el auditado, debe referirse que al equipo auditor de la Oficina de Control Interno no le es dable realizar inferencias, ya que en esencia el auditor interno presenta sus conclusiones a partir de la evidencia objetiva

recaudada, que para el caso particular del expediente administrativo sancionatorio identificado con SIAD 7000202400669: COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA – COMPARTA E.P.S. - EN LIQUIDACIÓN, se constituye en la emisión del acto administrativo Resolución N. 2025710000001938-6 del 01 de abril de 2025, por medio de la cual se declaró la caducidad de la potestad administrativa sancionatoria de una investigación administrativa adelantada en contra de la COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA COMPARTA EPS HOY LIQUIDADA; precisando que, fue el mismo proceso “Control”, quien declaró la caducidad de las diligencias a partir del análisis de los hechos o conductas objeto de investigación administrativa, aspecto que al ser analizado por el equipo auditor, permitió identificar una ostensible inactividad en el impulso procesal equivalente a tres (3) años y ocho (8) meses, sin que el hallazgo hiciera mención alguna de un “incumplimiento al deber objetivo de cuidado”.

En relación con lo manifestado, dirigida a que la caducidad declarada, es la **“consecuencia inevitable de limitaciones estructurales de recursos frente a la magnitud del rezago procesal acumulado”**, por lo que **pretender derivar responsabilidad individual a partir de un único caso, cuando existen pruebas fehacientes de la gestión priorizada y del cumplimiento generalizado de los términos, resulta desproporcionado y contrario al principio de razonabilidad”**. Negrillas extras textuales.

Al respecto debe señalarse que, de lo anterior se extractan dos (2) elementos que deben ser analizados:

- a. Consecuencia inevitable de limitaciones estructurales de recursos frente a la magnitud del rezago procesal acumulado: Esta manifestación permitió concluir el cumplimiento de los objetivos trazados con este tipo de auditorías internas, donde el proceso auditado a partir del hallazgo, da inicio a un análisis de causas como la antes descrita, que le permitirán posteriormente emprender el desarrollo de gestiones que la intervengan, en procura del mejoramiento continuo, aspecto que debe traducirse en la formulación de un plan de mejoramiento que analice la causa raíz identificada y sus consecuentes acciones para la adecuada gestión, administración o tratamiento; lo anterior, a partir de la limitaciones estructurales reseñadas por el proceso auditado.
- b. Pretender derivar responsabilidad individual a partir de un único caso, cuando existen pruebas fehacientes de la gestión priorizada y del cumplimiento generalizado de los términos, resulta desproporcionado y contrario al principio de razonabilidad: Esta manifestación resulta ser un aspecto que desborda no solo la redacción misma del hallazgo, sino, además las facultades que al respecto ostentan las oficinas o unidades de control interno de gestión, ya que el endilgar responsabilidades individuales no es de competencia de estas dependencias.

Debe recordarse que como consecuencia de la declaratoria de caducidad de la facultad sancionatoria, fue la misma Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas la que compulsó copias del expediente a la Oficina de

Control Disciplinario Interno para lo de su competencia, área de trabajo que si tiene facultades punitivas y en la cual luego del agotamiento de un procedimiento reglado y bajo principios objetivados, determina si hay lugar o no a endilgar responsabilidades individuales.

Muestra de lo anterior, es lo redactado en el hallazgo, el cual en su tenor literal expresó: “Se formula No Conformidad al proceso “Control” liderado por la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, ante el acaecimiento del fenómeno jurídico de la caducidad de la facultad sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud, preceptuada en el artículo 130B de la Ley 1949 de 2019, debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio, esto es, cinco (5) años para investigar, decidir de fondo y notificar dicha decisión, aspecto que trajo como efecto o consecuencia la imposibilidad de adoptar decisión de fondo en el asunto, así como la compulsa de copias a la oficina de Control Disciplinario Interno con el fin de que se investigue la presunta responsabilidad de servidores, ex servidores o contratistas en el asunto”.

En ese orden de ideas, al no contar con evidencia objetiva que desvirtúe el hallazgo, el cual conllevó a la materialización del riesgo de gestión denominado “Posibilidad de afectación económica por perdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio”, corresponde **mantener la No Conformidad**, así como evidenciar la necesidad de formular un plan de mejoramiento que intervenga la causa identificada por el proceso “Control”, consistente en atender las “limitaciones estructurales de recursos frente a la magnitud del rezago procesal acumulado”, o en general las causas que surjan del análisis metodológico que se realice sobre el particular al formular el aludido plan de mejoramiento; lo anterior, a partir de la evidente necesidad de continuar emprendiendo acciones de mejoramiento.

NC 10. Incumplimiento del Término para Resolver: El equipo auditor de la Oficina de Control Interno identificó un hallazgo recurrente, manifestado en el incumplimiento del término perentorio de diez (10) días para resolver la actuación, establecido en el Artículo 14 de la Resolución 1650 de 2014, una vez vencida la etapa de alegatos de conclusión. En los casos analizados (SIAD 7000202300704: Empresa Promotora de Salud Indígena Anas Wayuu E.P.S.; SIAD 7000202300211: Guerrero Hernández Asociados SAS; SIAD 7000202300174: Salud Laboral VMC SAS) se observó que, pese a la presentación de alegatos por parte del sujeto vigilado o vencido el término para ello, las Resoluciones Sancionatorias fueron expedidas con un retraso significativo que superó consistentemente los cincuenta (50) días calendario con respecto al plazo máximo legal. Estas demoras administrativas constituyen una dilación injustificada que debilita la eficacia del procedimiento sancionatorio y puede impactar negativamente la presunción de legalidad de los actos administrativos subsiguientes, así como la posibilidad de materialización del riesgo ya identificado por el proceso.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, con base en la Resolución 1650 de 2014, la Ley 1949 de 2019, el debido proceso (art. 29 C.P.), los principios de la función administrativa (art. 209 C.P.) y los parámetros establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG para auditorías basadas en riesgos. A partir de dicho análisis, se presentan las siguientes consideraciones:

En la respuesta emitida por el Proceso de Control se afirmó que *“la superación del término de diez días previsto en el artículo 14 de la Resolución 1650 de 2014 no implica el desconocimiento de una obligación legal en sentido estricto ni configura una dilación injustificada del procedimiento sancionatorio, toda vez que dicho término es de naturaleza reglamentaria y operativa y no modifica la regla legal establecida en el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, que concede cinco años para adelantar la totalidad del proceso sancionatorio”*.

Sin embargo, el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019 no regula la caducidad de la facultad sancionatoria, la disposición aplicable es el artículo 130B del Título VII de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 4 de la Ley 1949 de 2019, que sí establece el término de cinco (5) años para el ejercicio de la función sancionatoria. Esta precisión es necesaria para asegurar rigor jurídico y evitar interpretaciones basadas en referencias normativas incorrectas. Ahora bien, el término de diez (10) días previsto en el artículo 14 constituye un estándar procedimental interno de obligatorio cumplimiento, amparado por la presunción de legalidad mientras la norma permanezca vigente, esto confirmado a través del normograma institucional, que evidencia la plena vigencia de la Resolución 1650 de 2014. Su cumplimiento se articula con los lineamientos del MIPG y del Sistema Integrado de Gestión, toda vez que promueve eficiencia, estandarización de procesos, transparencia y fortalecimiento del control interno. En consecuencia, la inobservancia reiterada del término configura un incumplimiento procedimental. En consecuencia, y dado que los hechos observados no fueron desvirtuados mediante evidencia objetiva, **la No Conformidad se mantiene**.

NC 11. Durante la verificación de la documentación asociada a los expedientes: SIAD 7000202300219: SYSO SARARE S.A.S., SIAD 7000202300243: REHVITAL I P S, SIAD 7000202300237 RADIMA SAS, SIAD 7000202301687 HEALTY TECNOLOGIA Y SALUD, SIAD: 7000202301694 AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA S.A.S.: SIAD 7000202301761 DEPARTAMENTO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA; SIAD 7000202300221 INSTITUTO DE CIRUGIA CARDIOVASCULA COLMEX SAS, SIAD 7000202300160 DE LA ROSA CLINICA y ESTETICA S.A.S, SIAD 7000202400545 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE NAZARETH; SIAD 7000202300211 - GUERRERO HERNANDEZ ASOCIADOS SAS; SIAD 7000202300174 - SALUD LABORAL VMC SAS; SIAD 7000202300242 - UNIDAD

GINECOOBSTETRICA DEL PACIFICO S.A.S, se identificó que el formato CTFT-32 “Traslado para Investigaciones Administrativas” no cuenta con la firma del *“Funcionario que remite la solicitud”*. Esta situación constituye un incumplimiento del requisito establecido en la Actividad Clave de Éxito (procedimiento) 6 del proceso Control, la cual dispone, dentro del procedimiento *“Recibir y revisar los memorandos de traslado u órdenes judiciales”*, que deben verificarse aspectos formales esenciales, entre ellos: *“Que esté firmado por el directivo correspondiente”*. Se observa una deficiencia en la aplicación del control establecido para la revisión formal de los documentos remitidos, específicamente en la verificación de la completitud de los requisitos del formato CTFT-32 antes de su incorporación al expediente. La ausencia de esta firma puede comprometer la validez formal del traslado, afecta la trazabilidad del acto administrativo, genera riesgo de pérdida de responsabilidad sobre la emisión del documento y puede ocasionar retrasos o inconsistencias en el desarrollo de las investigaciones administrativas.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, concluyendo que se mantiene el incumplimiento del criterio establecido en la Actividad Clave de Éxito 6 del proceso “Control”, la cual exige verificar que el formato CTFT-32 “Traslado para Investigaciones Administrativas” se encuentre debidamente diligenciado y firmado por el directivo correspondiente antes de su incorporación al expediente.

Si bien el proceso auditado señala que la ausencia de la firma no afecta la validez jurídica del traslado ni el debido proceso, estos argumentos no desvirtúan el hecho objetivo evidenciado por la auditoría, consistente en la inobservancia de un control formal definido en el procedimiento. La auditoría no evalúa la legalidad del acto administrativo principal, sino la eficacia del control interno diseñado para asegurar la completitud, trazabilidad y estandarización de la documentación que soporta las investigaciones administrativas. La identificación de esta situación en varios expedientes demuestra una debilidad en la aplicación del control de revisión formal. Adicionalmente, la implementación posterior de listas de verificación y acciones de refuerzo documental confirma la necesidad de fortalecer dicho control. En consecuencia, al no existir evidencia objetiva que desvirtúe el incumplimiento del criterio procedimental señalado, se concluye que **la No Conformidad se mantiene**.

4.2 Observaciones

OBS 1. Registro inoportuno de actas de autoevaluación en el aplicativo ITS. Se evidenció que varias actas de reuniones de autoevaluación fueron registradas en el aplicativo ITS con una fecha considerablemente posterior a la de su realización. Esta situación refleja un desfase importante entre la celebración de las reuniones y la formalización de su

documentación en el sistema, lo cual afecta la oportunidad, confiabilidad y trazabilidad de la información registrada. El registro tardío limita el seguimiento oportuno de los compromisos y decisiones adoptadas, compromete la continuidad del proceso de autoevaluación institucional y debilita los mecanismos de control interno, al afectar la integridad de los registros y la rendición de cuentas sobre la gestión adelantada. En consecuencia, se recomienda fortalecer los controles internos y los procedimientos de gestión documental que permitan asegurar el registro oportuno de las actas y la adecuada trazabilidad de la información asociada al proceso de autoevaluación.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente concluyendo que no es procedente la afirmación de que la mayoría de las actas (14 de 16) fueron registradas oportunamente; la revisión evidencia que varias actas presentaron un desfase significativo entre la fecha de celebración y su registro en el aplicativo ITS, y en múltiples casos, el cargue se realizó únicamente tras la solicitud de la auditoría, lo que refleja una deficiencia en la aplicación del control interno de oportunidad y trazabilidad documental. La existencia de comunicaciones internas o minutas preliminares no reemplaza el registro oficial en ITS, que constituye el mecanismo institucional formal para garantizar la integridad, trazabilidad y disponibilidad de la información del proceso de autoevaluación. En consecuencia, y dado que el hecho observado durante la auditoría no ha sido desvirtuado mediante evidencia objetiva, la **Observación se mantiene**.

OBS 2. Deficiencias en los mecanismos de registro y trazabilidad de la documentación probatoria remitida por medios electrónicos: Durante la revisión del expediente 7000202400471 – Nueva Empresa Promotora de Salud S.A., se evidenció la ausencia de documentación probatoria que, según la entidad investigada, fue remitida por medios electrónicos. Lo anterior refleja debilidades en los procedimientos internos de registro, control y trazabilidad de la información recibida, situación que limita la verificación integral del cumplimiento de los requerimientos establecidos en las resoluciones y afecta la solidez de las actuaciones administrativas.

Esta condición contraviene los principios de coordinación, eficacia, eficiencia y conservación documental aplicables a la gestión administrativa y probatoria, al no garantizar la adecuada incorporación de las evidencias dentro del expediente.

Se recomienda a la Delegatura de Investigaciones Administrativas revisar, actualizar y fortalecer los mecanismos y lineamientos para la recepción, registro, clasificación, seguimiento y archivo de pruebas enviadas por medios electrónicos, con el fin de asegurar su trazabilidad, integridad, disponibilidad oportuna y soporte a las decisiones adoptadas en los procesos investigativos.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, y a partir de la evidencia documental del expediente SIAD 7000202400471 – NUEVA EPS S.A., se concluye que lo señalado por el auditado no guarda relación con la documentación disponible en el expediente revisado. Las pruebas fueron efectivamente aportadas por la Nueva EPS y consideradas en la resolución de pruebas (Resolución No. 20252710000005466-6), sin embargo, no se encuentran virtualmente incorporadas ni registradas dentro del expediente, lo que impide su verificación y afecta la trazabilidad de la información.

El argumento del auditado sobre que la Delegatura no tiene responsabilidad sobre la entrega de documentos por parte del vigilado no desvirtúa la observación, ya que dichas pruebas fueron aportadas. En consecuencia, **se mantiene la observación**, resaltando la necesidad de asegurar que las pruebas aportadas por los sujetos vigilados queden efectivamente incorporadas al expediente, garantizando su trazabilidad, integridad y disponibilidad para valoración administrativa.

OBS 3. Controles de gestión documental y soportes de notificación en los expedientes administrativos: Durante la revisión de algunos expedientes, se identificaron debilidades en los controles relacionados con la gestión documental, específicamente en la incorporación de los soportes de notificación. En el expediente SIAD: 7000202301694 - AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA S.A.S. no se halló la constancia de notificación por estado No. 00050 del 16 de agosto de 2024 de la Resolución 2024720000007664-6 del 14 de agosto de 2024; de igual forma, en los expedientes SIAD 7000202300221 – Instituto de Cirugía Cardiovascular COLMEX S.A.S y SIAD N.º 7000202400376 – Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S – Savia Salud EPS en Toma de Posesión, no se encontró el formato de autorización para notificación electrónica (DIFT05). Si bien estas ausencias no permiten afirmar que los actos de notificación no se realizaron, sí evidencian una falta de incorporación oportuna de los documentos que deben soportar el procedimiento. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los mecanismos de control que garanticen que toda actuación administrativa cuente con la documentación completa, trazable y debidamente archivada, conforme a los procedimientos internos y a la normatividad vigente, con el fin de asegurar la integridad del expediente.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, y a partir de la evidencia documental, se precisa que la Observación no cuestiona la validez jurídica de las notificaciones, sino el incumplimiento del procedimiento interno de gestión documental, específicamente la incorporación oportuna en el expediente de los soportes que acreditan cada actuación. Aunque existan registros en los

sistemas institucionales, estos no reemplazan la exigencia de que los documentos reposen en el expediente, conforme a la actividad clave de éxito (procedimiento). La evidencia verificada muestra que dichos soportes no estaban incorporados al momento de la revisión, lo que confirma la falta de completitud documental. La carga operativa mencionada tampoco desvirtúa el incumplimiento, pues no exonera la condición de mantener expedientes íntegros y trazables. En consecuencia, y dado que el hecho observado durante la auditoría no ha sido desvirtuado mediante evidencia objetiva, la **Observación se mantiene**.

OBS 4. Discrepancia en la fecha de emisión de la constancia secretarial en el numeral 1.5 de la Resolución No. 2025730000006753-6". En el proceso SIAD 7000202400667 – Municipio de Quinchía, Secretaría de Salud Municipal, se identificó una discrepancia en la fecha registrada en el numeral 1.5 de la Resolución No. 2025730000006753-6, donde se indica que la constancia secretarial fue emitida el 22 de junio de 2025, mientras que el documento soporte señala como fecha real el 22 de julio de 2025. Esta inconsistencia afecta la exactitud documental y la trazabilidad del expediente, aunque no compromete la validez del acto administrativo; se recomienda reforzar la verificación de datos conforme a los principios de transparencia y legalidad establecidos en la Ley 1437 de 2011.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, precisando que tal como se indicó en el informe preliminar, esta situación no compromete la validez del acto administrativo, pero si da a conocer una debilidad de control a nivel de la elaboración de la constancia Secretarial, pues al existir dos fechas distintas, se compromete la claridad sobre el momento en que se surtió la actuación, afectando la transparencia del registro. En consecuencia, y dado que el hecho observado durante la auditoría no ha sido desvirtuado mediante evidencia objetiva, la **Observación se mantiene**.

OBS 5. Oportunidad en la apertura de investigaciones administrativas posteriores al informe de traslado. Durante la revisión de los expedientes SIAD 7000202300704 – Empresa Promotora de Salud Indígena Anas Wayuu E.P.S.; 7000202400545 – Empresa Social del Estado Hospital de Nazareth; 7000202300211 – Guerrero Hernández Asociados S.A.S.; 7000202300174 – Salud Laboral VMC S.A.S.; y 7000202300242 – Unidad Ginecoobstétrica del Pacífico S.A.S., 7000202300219 - SYSO SARARE S.A.S, 7000202300229 - NQTM TRADER LTDA , 7000202400717 - Pijaos Salud EPS-I, 7000202400148 - Instituto Departamental de Salud de Nariño, 7000202300243 - Rehvital I P S, se evidenciaron lapsos prolongados entre la recepción del informe de traslado y la apertura formal de la investigación administrativa. Esta

situación refleja una demora en el impulso oportuno del trámite y un incumplimiento de los tiempos razonables que deben observarse para garantizar la continuidad y eficiencia del procedimiento sancionatorio.

La condición descrita puede limitar la capacidad de la Entidad para adoptar decisiones en tiempos oportunos, generando riesgos asociados a demoras injustificadas, afectación de la trazabilidad procesal y eventuales impactos en la oportunidad del ejercicio de la potestad sancionatoria. Lo anterior sugiere la necesidad de que la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas revise los flujos de trabajo internos y establezca parámetros de control de tiempo que permitan reducir los períodos entre la recepción de los informes de traslado.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente, considerando que, si bien inicialmente se identificaron períodos prolongados, la revisión de la normativa y de la operativa de la Delegatura permite matizar la calificación de la situación. Se reconoce que la normativa vigente — Ley 1438 de 2011, Ley 1949 de 2019 y CPACA— no establece un plazo específico para iniciar la investigación inmediatamente después de recibir el informe, siendo el término legal de cinco años para decidir en primera instancia el único límite aplicable, el cual ha sido respetado en todos los expedientes revisados.

Asimismo, el auditor valora que los lapsos observados responden a la carga operativa de la Delegatura, que administra un gran número de expedientes activos y prioriza su actuación según criterios técnicos de riesgo, complejidad y urgencia, lo que explica los tiempos entre la recepción del informe y la apertura formal de la investigación. No se evidencia afectación del debido proceso ni de la potestad sancionatoria, dado que las investigaciones se iniciaron dentro del marco legal y se garantiza la validez de las actuaciones.

En consecuencia, el grupo auditor concluye que la situación identificada no constituye una demora injustificada ni un incumplimiento normativo. No obstante, se reconoce que existen oportunidades de mejora en la eficiencia interna y la trazabilidad de los procesos. Por ello, se decide **trasladar la observación a una recomendación (RM 4)**, sugiriendo que la Delegatura considere medidas que optimicen los tiempos de apertura de investigaciones, fortaleciendo la gestión interna sin que exista un requisito legal específico que obligue a iniciar la investigación en un plazo determinado.

OBS 6: Gestión de riesgos y análisis de causas. Se insta al proceso “Control” a que gestione las actividades descritas en el apartado de “Análisis de Riesgos” del presente informe, con el objeto de que una vez se declare desde la primera línea de defensa la materialización del riesgo, se fortalezca el análisis de causas para este riesgo identificado, analizando la viabilidad de incluir lo relativo a la falta de impulso procesal o sustanciación del expediente, así como otros aspectos

que puedan impactar al proceso como lo puede ser la insuficiencia de personal, adelantando por demás una valoración del riesgo en zona de riesgo inherente, determinando si el apetito al riesgo debe ubicarse en una zona “Moderada”, o por el contrario puede estar en una zona “Mayor” o “Alta”; máxime, si se tiene en cuenta que la caducidad de la facultad sancionatoria en un solo expediente puede conllevar a una afectación económica o incluso reputacional alta.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a lo planteado por el auditado, la Observación tiene origen en análisis presentado en el apartado 3.3 del informe preliminar de auditoría, con el objeto presentar aspectos relativos a la gestión del riesgo, en el cual se efectuaron análisis en cuanto a la “Identificación del riesgo” y “Valoración del riesgo”, donde se concluyó la necesidad de instar al proceso “Control”, a realizar gestiones tendientes a que el riesgo de gestión denominado “Posibilidad de afectación económica por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio”, que en la actualidad se encuentra en zona de riesgo “Moderada”, a partir de los correspondientes análisis se determine si efectivamente la zona de riesgo es “Moderada”, o por el contrario puede estar en una zona “Mayor” o “Alta”.

Aunando a lo anterior, se instó a que el proceso “Control” atendiendo lo dispuesto en Manual de Administración del Riesgo / DEMN02 V4, asociado al proceso Direccionamiento Estratégico, procediera a:

1. “Realizar la revisión, análisis de las causas que dieron origen al evento.
2. Verificar que se tomaron las acciones y que se actualizó el mapa de riesgos correspondiente.
3. Informar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o al Comité Institucional de Gestión y Desempeño sobre el hallazgo y las acciones tomadas.
4. Definir un plan de mejoramiento en un tiempo no mayor a 15 días hábiles”.

Sobre el particular, el proceso “Control”, manifestó que, las acciones antes descritas ya se han surtido, toda vez que se realizó análisis de causas (falta de impulso procesal identificada como principal, no insuficiencia de personal, ya que el equipo estaba completo al momento).

Adicionalmente se señaló y soportó, actualización del mapa de riesgos en ITS el 15 de octubre de 2024, así como informe al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante Acta de comité del 20 de octubre de 2024, indicando que, la valoración inherente se mantiene en “Moderada” basada en datos históricos (solo 1 caso en 2024 de 150 expedientes), sin que el análisis evidenciara justificación para escalarla a “Alta”, ya que la afectación económica fue mitigada por compulsa a Control Disciplinario Interno.

En ese orden de ideas, se evidenció que las acciones previstas por el aludido Manual se han desarrollado; no obstante, lo anterior, se indicó desde el proceso “Control”, la no de realización de análisis dirigido establecer la viabilidad para incluir “insuficiencia de personal” como causa, ya que el equipo estaba completo al momento en que se efectuaron dichos análisis; constituyéndose en un aspecto que comporta relevancia actual, si se tiene en cuenta que en el documento de

observaciones al informe preliminar, el proceso auditado manifestó que la carga laboral actual oscila entre 3000 y 4000 expedientes activos sin que se cuente con plena capacidad instalada para atenderla, generando entre otros, presión operativa.

Con base en lo anterior, al evidenciarse que las actuaciones objeto de exhortación a través de la Observación N. 6, ya habían sido atendidas, se decide **trasladar la observación a una recomendación (RM 5)**, tendiente a que la "insuficiencia de personal", sea un aspecto a tener en cuenta en materia de gestión y/o administración del riesgo, aunado, a analizar si efectivamente la compulsa del expedientes a la Oficina de Control Disciplinario Interno, en los que haya operado la caducidad de la facultad administrativa sancionatoria, mitiga, reduce o elimina la afectación económica de que habla la identificación del riesgo.

OBS 7: Competencias para sustanciación y formulación de cargos. Se insta a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, fortalecer las competencias de los funcionarios y contratistas que sustancian o dan impulso procesal a expedientes administrativos sancionatorios, especialmente, en lo que corresponde al análisis de los hechos o situaciones que les son puestos en su conocimiento para posteriormente realizar adecuación típica de estos en la formulación de cargos, determinando conforme a las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud si hay o no mérito para aperturar la investigación administrativa sancionatoria, evitando situaciones que conlleven desgaste administrativo al gestionar un expediente en el que los hechos investigados excedan las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente", y a partir de la manifestación efectuada frente al hallazgo, se evidencia que las situaciones detectadas no derivan de la falta de un equipo con experiencia significativa en análisis de tipicidad y formulación de cargos, ni de un desconocimiento de las normas del sector salud, sino que corresponden a situaciones excepcionales y no a una práctica generalizada.

Estas consideraciones permiten concluir que, si bien es pertinente fortalecer las competencias de los funcionarios y contratistas que sustancian procesos administrativos sancionatorios y realizan adecuación típica de los hechos o conductas investigadas en términos de mejoramiento continuo, también resulta relevante atender la presión operativa derivada de la alta carga laboral frente a la capacidad instalada. Por tanto, se recomienda que, al formular las acciones de mejora correspondientes, se considere la posibilidad de evaluar estrategias que permitan incrementar la capacidad instalada y reducir los efectos de la carga procesal, teniendo en cuenta el elevado volumen de expedientes sancionatorios que gestiona permanentemente la Delegatura.

En consecuencia, y considerando que los hechos y análisis observados durante la auditoría no han sido desvirtuados mediante evidencia objetiva, **la observación se mantiene**, orientada a promover acciones de fortalecimiento de competencias y eficiencia operativa en el marco del mejoramiento continuo.

OBS 8: Adecuación de actuaciones a la competencia institucional. Se identificó la formulación de cargo donde se efectuó inadecuada adecuación típica de este, motivo por el cual se insta a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, a fortalecer las competencias de los funcionarios y contratistas que sustancian o dan impulso procesal a expedientes administrativos sancionatorios, especialmente, en lo que corresponde al análisis de los hechos o situaciones que les son puestos en su conocimiento para posteriormente realizar adecuación típica de estos en la formulación de cargos, determinando conforme a las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud si hay o no mérito para aperturar la investigación administrativa sancionatoria, evitando situaciones que conlleven desgaste administrativo al gestionar un expediente en el que los hechos investigados excedan las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud; lo anterior, sustentado en el expediente SIAD: 7000202400230: Departamento del Amazonas - Secretaría Departamental de Salud.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a lo planteado por el auditado, sea lo primero concordar con la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas que, en efecto el expediente verificado y que motivó la formulación de la Observación N.8°, refiere al identificado con SIAD 7000202301737, relativo al Departamento del Amazonas – Secretaría Departamental de Salud, y no al identificado con SIAD 7000202400230 como se indicó en el informe preliminar de auditoría. De este modo, se procede a analizar las observaciones o manifestaciones presentadas respecto de este hallazgo.

Sobre el particular, la DIA indicó que:

“esta decisión obedeció a que, aunque se formuló un cargo único por la presunta infracción del numeral 8 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, se identificó que el sustento normativo del hallazgo —relacionado con la autorización otorgada al concesionario JER S.A. para adquirir directamente los formularios oficiales del juego de apuestas permanentes— se fundamentaba en el Decreto 1068 de 2015, reglamentación propia del sector de Hacienda y Crédito Público, ajena al ámbito material del régimen sancionatorio previsto para el SGSSS.

Esta situación evidenció una deficiencia en la tipicidad y adecuación jurídica del cargo, pues la infracción imputada no se vinculaba con el cumplimiento de la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, único ámbito en el que la Superintendencia cuenta con competencia sancionatoria.

En consecuencia, la conducta analizada resultó atípica para efectos del régimen sancionatorio propio de la Entidad”.

Negrillas extras textuales.

A partir de una interpretación exégeta de lo indicado, se advierte el reconocimiento de *“una deficiencia”*, ya que se formuló un único cargo que motivó el agotamiento de ciertas etapas del procedimiento administrativo sancionatorio, sin que el hecho o conducta estuviera en el marco de las competencias de la SNS, motivo por el cual se señaló en el informe preliminar de auditoría ante la situación acaecida, que lo detectado generó Observación con el fin evitar *“situaciones que conlleven desgaste administrativo al gestionar un expediente en el que los hechos investigados excedan las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud”*.

Lo anterior, no configuró ningún tipo de incumplimiento, ya que de ser así se hubiese generado otro tipo de hallazgo como lo podría ser una No Conformidad, asintiendo con el proceso auditado en que *“no existía adecuación típica y que el cargo carecía de sustento jurídico válido, siendo procedente, en garantía del debido proceso, ordenar el cierre del expediente”*.

No obstante, lo anterior, si bien es cierto NO se identificó un incumplimiento como se ha indicado, también lo es que, si se advierte una oportunidad de mejoramiento, en la medida en que se gestiona una investigación administrativa sancionatoria al punto que llegó a darse traslado para alegar de conclusión (previo a decidir de fondo), lo cual constituye desgaste administrativo ante la inversión de distintos tipos de recursos institucionales para concluir con el cierre y archivo del expediente sin que fuera dable decidir de fondo.

Ahora bien, adicionalmente el proceso auditado expone que:

“La auditoría interna no tiene competencia para pronunciarse sobre aspectos sustanciales del proceso sancionatorio ni para revisar el análisis jurídico de tipicidad propio de la función de control. Al examinar un asunto de fondo —como la adecuación típica o la competencia sancionatoria— la auditoría desbordó el alcance previsto en la ley y en el plan anual de auditoría, orientado exclusivamente a la evaluación del cumplimiento procedimental y no a la revisión jurídica de las decisiones adoptadas por la Delegatura”.

Al respecto, sea más que oportuno señalar que, la declaratoria de inadecuación típica, **no surgió de un análisis del equipo auditor de la Oficina de Control Interno**, sino que la misma fue declarada por el mismo proceso *“Control”* – Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas, mediante Resolución N. 2025730000002703 - 6 del 07 de mayo de 2025 acto administrativo en el cual se motivó la decisión de cierre y archivo al señalar:

Ahora bien, este Despacho en ejercicio del control de legalidad que ejerce sobre sus propias actuaciones, analizó la imputación realizada al **DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS - SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD** y encontró una deficiencia en la tipicidad y adecuación típica de la conducta formulada en el cargo único, la cual procede a explicarse:

Aspecto concretizado en la parte resolutive donde se señaló:

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ORDENAR el CIERRE de la investigación administrativa adelantada en contra del DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS - SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD, identificado con NIT 899999336-9, llevada a cabo en el expediente SIAD 7000202301737, por las razones expuestas en la parte considerativa del presente acto administrativo.

En consecuencia, la afirmación dirigida a exponer que *“dicha apreciación excede el alcance definido por el artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y por el objetivo específico de la auditoría”*, no es de recibo, ya que como se ha indicado la declaración de inadecuación típica la hizo el mismo proceso, lo cual sin lugar a dudas tiene un impacto en la gestión administrativa emprendida.

Sobre el particular el artículo 2 ° de la Ley 87 de 1993 traída a colación preceptúa que:

“ARTÍCULO 2. Objetivos del sistema de Control Interno. *Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales”:*

Al realizar análisis de la norma, es pertinente señalar que el artículo 2° referenciado por la DIA, habla del **“Sistema de Control Interno”**, el cual se constituye por *“un conjunto integrado de planes, políticas, normas, procedimientos y mecanismos de verificación adoptados por una entidad para asegurar que sus actividades y recursos se realicen de acuerdo con las normas, las políticas de la dirección y los objetivos previstos”*¹, concluyendo que en relación con las funciones de los auditores internos, es el artículo 12 de la misma Ley 87 del 93 el que las prevé, aspectos estos que aunque se constituyen como aspectos complementarios, este último artículo preceptúa con precisión, cuáles son las funciones y alcances que le asisten al auditor interno en desarrollo de su labor, al señalar:

ARTÍCULO 12. Funciones de los auditores internos. *Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno o similar las siguientes:*

- a. Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema de Control Interno;*
- b. Verificar que el Sistema de Control Interno esté formalmente establecido dentro de la organización y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos y, en particular, de aquellos que tengan responsabilidad de mando;***
- c. Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización, se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función;*

¹ Departamento Administrativo de la Función Pública.

- d. Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, **sean apropiados y se mejoren permanentemente**, de acuerdo con la evolución de la entidad;
- e. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización **y recomendar los ajustes necesarios**;
- f. Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin que se obtengan los resultados esperados;
- g. **Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios**;
- h. Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control **que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional**; (...). Negrillas Extra textuales.
(...).

Con base en lo anterior, se concluyó que lo analizado, no desborda en ninguna medida las funciones atribuidas a los auditores internos, evidenciando diferencias de lo que es el Sistema de Control Interno, y las funciones de los auditores internos.

En este punto, sea pertinente indicar que la auditoría interna que ahora nos ocupa, generó además de la ahora analizada Observación N. 8, la Observación N. 7, las cuales en esencia parte de la misma base, esto es, la inadecuación típica de los cargos formulados en dos expedientes administrativos sancionatorios, llamando la atención como para la Observación N. 7° la DIA como líder del proceso “Control” indicó con claridad que:

*“Finalmente, **si bien la sugerencia de la Oficina de Control Interno es pertinente** en términos de mejora continua, no refleja una afectación estructural del proceso, pues no compromete la legalidad de los actos, ni la competencia de los funcionarios, ni la validez del procedimiento sancionatorio”, para que en sede de la Observación N. 8°, se exponga que:*

“La auditoría interna no tiene competencia para pronunciarse sobre aspectos sustanciales del proceso sancionatorio ni para revisar el análisis jurídico de tipicidad propio de la función de control. Al examinar un asunto de fondo —como la adecuación típica o la competencia sancionatoria— la auditoría desbordó el alcance previsto en la ley y en el plan anual de auditoría, orientado exclusivamente a la evaluación del cumplimiento procedimental y no a la revisión jurídica de las decisiones adoptadas por la Delegatura”, evidenciando falta de unidad de criterio en la mencionada Delegatura, indistintamente de la conclusión presentada en la cual se ha demostrado que lo observado no excede las competencias o funciones del auditor interno.

En consecuencia, dado que los hechos y análisis observados durante la auditoría no han sido desvirtuados mediante evidencia objetiva, **la Observación se mantiene**.

4.3 Recomendaciones

RM 1. Optimización del análisis previo en actuaciones sancionatorias. Se evidenció la necesidad de continuar fortaleciendo el análisis previo que realiza la entidad antes de disponer la apertura de procesos sancionatorios, con el fin de valorar de manera más integral las situaciones detectadas y determinar, cuando resulte procedente, la utilización de otras fuentes de información o mecanismos de verificación que permitan constatar el cumplimiento de las obligaciones de los vigilados sin requerir necesariamente el inicio de una investigación administrativa. Durante la revisión practicada, se observó que en algunos casos la apertura de actuaciones sancionatorias se sustentó en el presunto incumplimiento de un único requerimiento de información, como se constató en los expedientes SIAD 7000202400138 – Departamento del Cesar y SIAD 7000202400148: Instituto Departamental de Salud de Nariño, cuyos soportes evidencian que la actuación se originó en un único requerimiento de información emitido en noviembre de 2022. La adopción de un análisis previo más robusto contribuiría a optimizar la gestión institucional, permitiendo orientar de manera más eficiente los recursos hacia los casos de mayor impacto o reincidencia, y fortaleciendo la oportunidad y efectividad de las acciones de inspección, vigilancia y control.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la observación presentada por el proceso auditado, la Oficina de Control Interno realizó el análisis correspondiente precisando que la facultad de formular recomendaciones se relacionaron en el análisis de la Observación 8 del presente informe; en este sentido, la recomendación formulada no pretende limitar la potestad sancionatoria, ni desconocer el marco normativo aplicable, sino promover la mejora continua mediante la incorporación de criterios técnicos que permitan optimizar la gestión y orientar los recursos hacia casos de mayor impacto, en cumplimiento de los principios de eficiencia y economía previstos en la Ley.

Por lo anterior, la actuación del equipo auditor se ajusta plenamente a la normativa vigente y a los objetivos del control interno, por lo que la **recomendación se mantiene** como una acción preventiva y de mejora, sin afectar las competencias legales ni la autonomía decisoria de la Delegatura.

RM 2. Inconsistencia entre la clasificación del estado del proceso y las actuaciones registradas en el expediente.

Durante la revisión del expediente SIAD 7000202301694 – Ayudas Diagnósticas SURA S.A.S., se identificó una inconsistencia entre la información reportada en la base de datos suministrada por la Delegatura de Investigaciones Administrativas (DIA) y las actuaciones que reposan en el expediente físico y/o digital. La base de datos clasifica el proceso en “estado actual: decisión”; no obstante, se constató que la última actuación registrada corresponde a la Resolución

2024720000015419-6 del 28 de noviembre de 2024, mediante la cual se dejan sin efectos los actos que resolvían pruebas y corrían traslado para alegar de conclusión (Resolución 202472000007664-6 del 14 de agosto de 2024). Esto indica que el proceso aún no se encontraba en etapa decisoria al momento de la clasificación reportada.

Esta situación evidencia una falta de correspondencia y actualización entre la información consignada en las herramientas de control y seguimiento y la que efectivamente obra en el expediente, lo cual afecta la confiabilidad de los registros y dificulta la adecuada gestión y trazabilidad de los procesos investigativos. Se requiere fortalecer los mecanismos de validación y actualización oportuna de la información para garantizar la integridad y coherencia de los datos institucionales utilizados para la toma de decisiones y el control interno.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la respuesta presentada por el proceso, se observa el acogimiento de la recomendación formulada por el equipo auditor, tendiente a fortalecer los mecanismos de validación e implementar controles entre los sistemas de gestión documental y las bases de datos de control.

RM 3. Inactividad procesal en expedientes adelantados por la Delegatura de Investigaciones Administrativas: Se evidenció inactividad procesal prolongada en algunos de los expedientes, reflejada en la ausencia de actuaciones recientes dentro de varios trámites. Esta situación, se identificó en los expedientes SIAD 7000202400138 Departamento del Cesar, cuya última actuación registra fecha 26 de febrero de 2024, no presenta avances posteriores. De igual manera, se constató la misma condición en los expedientes SIAD 7000202400376 – Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S - Savia Salud EPS en toma de posesión y SIAD 7000202400545 – Empresa Social del Estado Hospital de Nazareth, los cuales registran sus últimas actuaciones el 17 de mayo de 2025 y 8 de julio de 2024 respectivamente. La situación descrita denota la ausencia de impulso procesal oportuno, lo que podría incrementar el riesgo de caducidad de la acción sancionatoria.

Análisis del Equipo auditor:

En atención a la respuesta presentada por el proceso, se observa el acogimiento de la recomendación formulada por el equipo auditor, orientada a fortalecer los mecanismos internos de seguimiento y control para evitar lapsos prolongados entre actuaciones.

RM 4. Optimización de tiempos en la apertura de investigaciones: Se recomienda a la Delegatura para Investigaciones Administrativas evaluar la implementación de medidas y mecanismos internos que permitan optimizar los tiempos de apertura de investigaciones administrativas, considerando la alta carga operativa y la complejidad técnica de los casos

que maneja. Lo anterior con el fin de mejorar la eficiencia en la gestión de los expedientes, agilizar la iniciación de los procesos investigativos y garantizar que los recursos disponibles se empleen de manera efectiva. La adopción de estas medidas contribuiría a fortalecer la planificación y priorización de las actuaciones, sin que ello implique obligación legal de iniciar la investigación en un plazo específico, dado que la normativa vigente no establece un término concreto para este trámite.

RM 5: Análisis para la inclusión causa en la identificación de riesgo de gestión: Se recomienda a la Superintendencia Delegada Para Investigaciones Administrativas como líder del proceso "Control", analizar con el apoyo metodológico que le pueda brindar la Oficina Asesora de Planeación, la viabilidad de incluir como causa generadora del riesgo de gestión lo relativo a la "insuficiencia de personal", esto particularmente para el riesgo de gestión identificado como *"Posibilidad de afectación económica por pérdida de la facultad sancionatoria debido al incumplimiento en los términos del proceso administrativo sancionatorio"*, y en caso de confirmar pertinencia en su inclusión, se pueda en fase de valoración del riesgo adoptar las medidas, controles y acciones de tratamiento que la mitiguen; así como, efectuar análisis referente a que en los que haya operado la caducidad de la facultad administrativa sancionatoria, se precise, de que forma la compulsa de copias a la Oficina de Control Disciplinario Interno, mitiga, reduce o elimina la afectación económica de que habla el riesgo identificado.

4. CONCLUSIONES

Del análisis integral realizado al proceso "Control", liderado por la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, se identificaron debilidades importantes en el cumplimiento de los lineamientos normativos, procedimentales y de gestión previstos para el desarrollo de las actuaciones administrativas sancionatorias y para la ejecución de las reuniones de autoevaluación institucional.

En primer lugar, las no conformidades asociadas a la gestión de actas, registros de asistencia y trazabilidad documental evidencian una afectación recurrente en la calidad, coherencia, oportunidad y formalización de la información generada en el marco de la autoevaluación mensual. La ausencia de listas de asistencia completas, la extemporaneidad de reuniones, las inconsistencias entre documentos y registros en el aplicativo ITS, así como el uso de formatos institucionales obsoletos, reflejan fallas en la aplicación de los controles establecidos y generan riesgos para la integridad de los registros, la rendición de cuentas y la trazabilidad del proceso. Asimismo, se identificaron debilidades materiales en la gestión de los expedientes administrativos sancionatorios, relacionadas con la ausencia de soportes esenciales, inconsistencias en

la motivación y correspondencia de los actos administrativos, en la formulación de cargos, omisiones en el control de documentos, deficiencias en el proceso de notificación y, particularmente, la materialización de riesgos críticos asociados al incumplimiento de términos legales, incluyendo casos de caducidad de la facultad sancionatoria.

En cuanto a las observaciones y recomendaciones, se evidenció la existencia de prácticas administrativas que requieren fortalecimiento para garantizar la eficiencia y trazabilidad de la gestión, entre ellas: el registro tardío y la falta de correspondencia entre los estados de proceso y las actuaciones reales; la inactividad procesal prolongada en algunos expedientes; deficiencias en la incorporación y control de documentos probatorios y soportes de notificación; la apertura tardía de investigaciones posteriores a traslados; insuficiente análisis previo antes de iniciar actuaciones sancionatorias; y debilidades en la gestión de riesgos operativos relacionados con la oportunidad y el impulso procesal.

Se deja constancia de que el auditado presentó respuesta formal a los hallazgos formulados de acuerdo con el procedimiento establecido. El análisis realizado por el equipo auditor indicó que la respuesta no incluyó soportes técnicos, documentales u operativos que permitieran evidenciar plenamente la efectividad de los controles frente a las inconsistencias identificadas. En ausencia de información adicional que permitiera reconsiderar o ajustar los resultados, se concluye que los hallazgos y recomendaciones inicialmente planteados se mantienen, conservando su relevancia y aplicabilidad dentro del proceso auditor a excepción de las observaciones números 5 y 6 que se trasladaron como recomendaciones.

Finalmente, se concluye que resulta necesario que la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas fortalezca sus procedimientos internos, mecanismos de control, supervisión de tiempos y herramientas de gestión documental y tecnológica, con el fin de garantizar la observancia estricta de los requisitos legales y procedimentales, asegurar la integridad de los expedientes administrativos y mejorar la eficacia del ejercicio sancionatorio e institucional.

Cordialmente,

MILLER GIOVANNY LÓPEZ MEJÍA

Jefe Oficina de Control Interno (e)

Proyectó: Adriana Bello Cortés – Profesional Especializado OCI; Myriam Teresa Crisanchó A – Profesional Especializado OCI; Luz Nidia Pacheco A – Profesional Especializado OCI; Cesar David Rodríguez Rodríguez Profesional OCI; Guillermo Alberto Corredor Martínez – Contratista – OCI; Peter William Vargas Pinilla – Contratista- OCI

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

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