

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |            |    |            |      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|----|------------|------|
| <b>Fecha del Informe Final</b>  | <b>Día</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 19 | <b>Mes</b> | 06 | <b>Año</b> | 2025 |
| <b>Nombre de la actividad</b>   | Proceso “ <i>Gestión de Mejora</i> ” – Actividades clave de éxito “ <i>Ejecutar Plan de Mejoramiento</i> ” y “ <i>Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo</i> ”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |            |    |            |      |
| <b>Objetivo de la Auditoría</b> | Establecer el grado de conformidad a través de evaluación por parte de la tercera línea de defensa, respecto de la gestión emprendida por el proceso “ <i>Gestión de Mejora</i> ” - Actividades clave de éxito “ <i>Ejecutar Plan de Mejoramiento</i> ” y “ <i>Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo</i> ”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, en la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |            |    |            |      |
| <b>Alcance</b>                  | En términos de tiempo la auditoría tiene como alcance la vigencia 2024 y lo corrido de la vigencia 2025 (14 de abril).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |            |    |            |      |
| <b>Criterios</b>                | 1. Decreto 1080 del 10 de septiembre 2021 “ <i>Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud</i> ”.<br>2. Resolución N. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 “ <i>Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud</i> ” - Evaluación efectividad de controles.<br>3. Mapa de Riesgos Institucionales de Gestión y Corrupción (Evaluación de efectividad de controles).<br>4. Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).<br>5. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 – 2022, emitida por el DAFP.<br>6. Resolución N. 2021160000013752–6 del 28 de octubre de 2021 “ <i>Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS</i> ”.<br>7. Las demás que sean aplicables en desarrollo del proceso auditor.            |    |            |    |            |      |
| <b>Equipo Auditor</b>           | Peter W. Vargas P. - Profesional Especializado<br>Lucy Elizabeth Cancimance Martínez - Profesional Especializado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |            |    |            |      |
| <b>Tabla de Contenido</b>       | 1. INFORME ..... 1<br>1.1 Proceso “ <i>Gestión de Mejora</i> ” ..... 2<br>1.1.1 Actividad Clave de Éxito “ <i>Ejecutar Plan de Mejoramiento</i> ” ..... 3<br>1.1.2 Actividad Clave de Éxito “ <i>Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo</i> ” ..... 24<br>1.1.2.1 Mapa de Riesgos de Gestión..... 24<br>1.1.2.2 Mapa de Riesgos de Corrupción..... 30<br>1.3 Resolución N. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 “ <i>Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS</i> ” ..... 35<br>2. RESUMEN DE HALLAZGOS..... 39<br>3. RESUMEN DE RECOMENDACIONES..... 40<br>4. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORÍA (HALLAZGOS, RECOMENDACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO ..... 40<br>5. RESUMEN DE HALLAZGOS..... 51<br>6. RESUMEN DE RECOMENDACIONES..... 51<br>7. CONCLUSIONES ..... 52 |    |            |    |            |      |

## 1. INFORME

La Oficina de Control Interno en desarrollo del ejercicio de evaluación preceptuado en la Ley 87 de 1993, los Decretos que la reglamentan, las directrices impartidas por el Gobierno Nacional y el

Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y en cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Anual de Gestión (PAG) para la vigencia 2025, programó realizar auditoría a los Planes de Mejoramiento (en adelante PM) y Riesgos Institucionales suscritos en la Entidad desde la vigencia 2024 y lo corrido de la vigencia 2025 (14 abril).

Así pues, el propósito de esta actividad auditora es dar a conocer a la alta dirección, así como a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, (en observancia a lo determinado en el Decreto 648 de 2017, el cual establece en el artículo 2.2.21.47, parágrafo 1 “*Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera*”), la gestión que por parte de los líderes de proceso se realiza respecto de los Planes y Riesgos Institucionales registrados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), en lo referente a su avance, cumplimiento y eficacia de las actividades de mejora definidas.

Es menester precisar que, de conformidad con el literal b) del Parágrafo del artículo 2.2.21.3.7 del Decreto 1083 de 2015 a la Oficina de Control Interno le compete “*d). La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces debe evaluar el sistema de control interno de la entidad, con énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman y presentar informes a la Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno de la entidad, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema*”.

Con el fin de cumplir los objetivos trazados en el ejercicio de auditoría interna que ahora nos ocupa, en especial las funciones asignadas por la Ley 87 de 1993 y demás normas aplicables, así como, las actividades definidas en el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos (PAAS) para la vigencia 2025, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno procedió a efectuar los análisis del caso, respecto de las actividades de éxito “*Ejecutar Plan de Mejoramiento*” y “*Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo*”, definidas en el proceso “*Gestión de Mejora*” liderado por la Oficina Asesora de Planeación de la Superintendencia Nacional de Salud; lo anterior a partir de lo preceptuado en la Resolución N°. 2023120020001126-6 de 2023 “*Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud*”.

### **1.1 Proceso “Gestión de Mejora”**

Dentro de la estructura de procesos desarrollada por la Superintendencia Nacional de Salud, se define que, el proceso “*Gestión de Mejora*” agrupa las actividades clave de éxito “*Ejecutar Plan de Mejoramiento*” y “*Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo*”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, para lo cual, se tuvo como parámetro la información que se encuentra dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), herramienta dispuesta por la Entidad para estos fines, en los cuales la Oficina de Control Interno enfocó la auditoría que ahora se presenta.

## 1.1.1 Actividad Clave de Éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento”

La Oficina de Control Interno, teniendo como referencia la “Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas” diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)<sup>1</sup>, aplicó “muestra no estadística indiscriminada”; con el objetivo de determinar la población a verificar respecto de las gestiones adelantadas por parte de los líderes de procesos, de conformidad con el reporte generado por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), realizando evaluación de los Planes de Mejoramiento (en adelante PM), del período comprendido entre la vigencia 2024 y lo corrido de la vigencia 2025, precisando que el último reporte tomado del señalado aplicativo se efectuó el 14 de abril de 2025.

Planes que, en atención a los hallazgos detectados en seguimientos a la gestión institucional y auditorías tanto de gestión como de al Sistema Integrado (SIG), así como los referentes a Planes de Tratamientos de Riesgos (en adelante PTR) tanto de gestión como de corrupción, formulados por los diferentes procesos que son ejecutados en la Entidad.

Los Planes objeto de evaluación, se encuentran distribuidos de acuerdo con la “tipificación del hallazgo” como se ilustra a continuación:

| Tipificación Hallazgo          | Total Planes |
|--------------------------------|--------------|
| No conformidad                 | 117          |
| Plan de Tratamiento de Riesgos | 99           |
| Observación                    | 20           |
| Oportunidad de mejora          | 2            |
| <b>Total</b>                   | <b>238</b>   |

**Tabla N° 1 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Nota: La tipificación “hallazgos”, hace referencia a los “análisis de riesgos de gestión, corrupción, seguridad y privacidad de la información y fiscales” generados como planes de tratamiento de riesgos formulados por los diferentes procesos.

De los doscientos treinta y ocho (238) planes motivo de evaluación, doscientos catorce (214) están distribuidos en los quince (15) procesos que a la fecha se encuentran vigentes en la entidad, esto de conformidad con la resolución N° 2023120020001126-6 del 20 de febrero del 2023 “Por la cual se modifica el mapa de procesos de la Superintendencia Nacional de Salud” y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. - Evaluación Eficacia de controles”; situación que se describe en la siguiente tabla:

| Procesos Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023     | Planes |
|-----------------------------------------------------|--------|
| Gobierno y Gestión de Datos e Información           | 38     |
| Direccionamiento Estratégico                        | 29     |
| Gestión Estratégica de Personas                     | 27     |
| Gestión Financiera                                  | 26     |
| Gestión de Bienes y Servicios                       | 24     |
| Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de valor | 17     |

<sup>1</sup>Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas – V4 2020 “Muestreo no estadístico: Dentro de éstos se encuentran el muestreo “indiscriminado”, donde auditor selecciona la muestra sin emplear una técnica estructurada, pero evitando cualquier desvío consciente o predecible”.

| Procesos Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 | Planes     |
|-------------------------------------------------|------------|
| Gestión de Trámites                             | 16         |
| Gestión de Mejora                               | 9          |
| Actuaciones Disciplinarias                      | 5          |
| Auditorías                                      | 5          |
| Control                                         | 5          |
| Gestión Jurídica                                | 5          |
| Gestión Jurisdiccional y de Conciliación        | 4          |
| Seguimiento y Evaluación al Vigilado            | 3          |
| Evaluación Independiente                        | 1          |
| <b>Total</b>                                    | <b>214</b> |

**Tabla N° 2 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Los veinticuatro (24) restantes, se encuentran distribuidos en procesos obsoletos, anteriores a la citada resolución, así:

| Otros Procesos                                            | Planes    |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| Fortalecimiento Institucional                             | 10        |
| Administración de Personal                                | 3         |
| Identificación y Seguimiento de Liquidaciones Voluntarias | 3         |
| Provisión de Soluciones Tecnológicas                      | 3         |
| Administración de la Gestión Documental                   | 2         |
| Administración de Justicia dentro del SGSSS               | 1         |
| Representación Judicial y Extrajudicial                   | 1         |
| Subsistema de Gestión de la Calidad                       | 1         |
| <b>Total</b>                                              | <b>24</b> |

**Tabla N° 3 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

#### a. Planes evaluados como “Eficaz”

De conformidad a la evidencia consignada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fueron evaluados como “eficaz” un total de ciento cincuenta y siete (157) planes, los cuales de acuerdo con la “tipificación” definida en el aplicativo, se encuentran distribuidos así:

| Tipificación Hallazgo                   | Total, Tipificación Planes Eficaz |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| Análisis de Riesgos de Gestión          | 56                                |
| SIG                                     | 43                                |
| Análisis de Riesgos de Corrupción       | 31                                |
| Oficina de Control Interno              | 15                                |
| Resultados de Seguimientos a la Gestión | 5                                 |
| Análisis de Riesgos Fiscales            | 4                                 |
| PM cerrado como no efectivo             | 2                                 |
| Resultado de auditorías externas        | 1                                 |
| <b>Total</b>                            | <b>157</b>                        |

**Tabla N° 4 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Nota: Los “hallazgos” referentes a “análisis de riesgos de gestión” y de “corrupción” obedecen a los planes de tratamiento de riesgos generados por los diferentes procesos.

De conformidad a la estructura por procesos, se encuentran distribuidos en la siguiente relación:

| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023  | Planes Eficaz                                                                                              | Planes Cierre incumplimiento<br>fecha - Eficaz | Total Planes<br>Eficaz |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
| Direccionamiento Estratégico                        | 1390, 1391, 1392, 1455, 1457, 1458, 1460, 1461, 1462, 1463, 1466, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1548 | 1387, 1388, 1389, 1453, 1456, 1465             | 24                     |
| Gestión Estratégica de Personas                     | 1409, 1411, 1418, 1420, 1422, 1423, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1645       | 1419, 1421                                     | 19                     |
| Gestión Financiera                                  | 1401, 1433, 1434, 1436, 1499, 1501, 1502, 1503, 1504, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1656 | -                                              | 18                     |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información           | 1549, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1560, 1563, 1568, 1591, 1592, 1593, 1594, 1596                         | 1550, 1595                                     | 16                     |
| Gestión de Bienes y Servicios                       | 1470, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1567, 1618, 1662, 1663, 1664, 1665                         |                                                | 14                     |
| Gestión de Trámites                                 | 1485, 1486, 1487, 1488, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616,                                          | 1640, 1641                                     | 13                     |
| Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor | 1427, 1483, 1493, 1581, 1582                                                                               | 1492                                           | 6                      |
| Gestión de Mejora                                   | 1425, 1626, 1627, 1629                                                                                     | 1546, 1631                                     | 6                      |
| Gestión Jurídica                                    | 1402, 1515, 1517, 1519, 1520                                                                               | -                                              | 5                      |
| Auditorías                                          | 1393, 1496, 1497                                                                                           | 1494, 1495                                     | 5                      |
| Control                                             | 1522, 1556, 1634                                                                                           | 1521, 1617                                     | 5                      |
| Actuaciones Disciplinarias                          | 1431                                                                                                       | 1489, 1490 1491                                | 4                      |
| Gestión Jurisdiccional y de Conciliación            | -                                                                                                          | 1477, 1478, 1479, 1480                         | 4                      |
| Seguimiento y evaluación al vigilado                | 1481, 1482                                                                                                 | 1290                                           | 3                      |
| Evaluación Independiente                            | 1476                                                                                                       | -                                              | 1                      |
| <b>Total</b>                                        |                                                                                                            |                                                | <b>143</b>             |

**Tabla N° 5 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Los restantes catorce (14), se encuentran distribuidos en procesos anteriores a la citada resolución, así:

| Otros Procesos                                            | Planes Eficaz                      | Planes Cierre incumplimiento<br>fecha - Eficaz | Total Planes<br>Eficaz |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
| Fortalecimiento Institucional                             | 1255, 1256, 1257, 1272, 1274, 1275 | 1209, 1220, 1278                               | 9                      |
| Administración de Personal                                | 1251, 1261                         | 1252                                           | 3                      |
| Administración de Justicia dentro del SGSSS               | 1570                               | -                                              | 1                      |
| Identificación y Seguimiento de Liquidaciones Voluntarias | 1174                               | -                                              | 1                      |
| <b>Total</b>                                              |                                    |                                                | <b>14</b>              |

**Tabla N° 6 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

## b. Planes evaluados como “NO Eficaz”

De conformidad a la evidencia consignada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fueron evaluados como “no eficaz” veintitrés (23) planes, los cuales, de acuerdo con la “tipificación” se encuentran distribuidos así:

| Tipificación Hallazgo           | Total, Tipificación Planes no Eficaz |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| No conformidad                  | 13                                   |
| Planes de Tratamiento de Riesgo | 9                                    |
| Observación                     | 1                                    |
| <b>Total</b>                    | <b>23</b>                            |

**Tabla N° 7 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

De conformidad a la estructura por procesos, se encuentran distribuidos en la siguiente relación:

| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 | Plan Tratamiento de Riesgos              | No Conformidad   | Observación | Total     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|-------------|-----------|
| Gestión Financiera                                 | 1500, 1505, 1514, 1653, 1654, 1655, 1657 | -                | -           | 7         |
| Direccionamiento Estratégico                       | -                                        | 1454, 1459, 1464 | -           | 3         |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información          | -                                        | 1426, 1473       | 1268        | 3         |
| Gestión de Mejora                                  | 1547                                     | -                | -           | 1         |
| Gestión de Trámites                                | 1484                                     | -                | -           | 1         |
| Gestión Estratégica de Personas                    | -                                        | 1414             | -           | 1         |
| Gestión de Bienes y Servicios                      | -                                        | 1666             | -           | 1         |
| <b>Total</b>                                       | <b>9</b>                                 | <b>7</b>         | <b>1</b>    | <b>17</b> |

**Tabla N° 8 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

| Otros Procesos                                            | Plan Tratamiento de Riesgos | No Conformidad | Observación | Total    |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|-------------|----------|
| Identificación y Seguimiento de Liquidaciones Voluntarias | -                           | 1173, 1175     | -           | 2        |
| Administración de la Gestión Documental                   | -                           | 1233           | -           | 1        |
| Fortalecimiento Institucional                             | -                           | 1271           | -           | 1        |
| Provisión de Soluciones Tecnológicas                      | -                           | 1059           | -           | 1        |
| Subsistema de Gestión de la Calidad                       | -                           | 851            | -           | 1        |
| <b>Total</b>                                              | <b>0</b>                    | <b>6</b>       | <b>0</b>    | <b>6</b> |

**Tabla N° 9 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

En atención al reporte generado por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), de lo señalado en la tabla N° 8, se puede indicar que, salvo los planes 1655 y 1657 asociados al proceso “Gestión Financiera”, a los quince (15) restantes, no se identificó la formulación de nuevo plan.

Similar situación se evidencia de lo dispuesto en la tabla N° 9, toda vez que salvo los planes 1233 y 1271 asociados a los procesos “Administración de la Gestión Documental” y “Fortalecimiento Institucional” respectivamente, a los cuatro (4) restantes, no se identificó la formulación de nuevo plan, precisando que los procesos señalados en la cita tabla se encuentran obsoletos, esto a partir de la expedición de la resolución N° 2023120020001126-6 del 20 de febrero de 2023.

Aunado a que no fue dispuesto análisis y con ello justificación que ilustrara esta la no generación de nuevo plan, esto en atención de lo preceptuado tanto en la actividad Clave de Éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, así como el “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 1. Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan como no eficaz” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos”** (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”, para los procesos “Gestión Financiera”, “Direccionamiento Estratégico”, “Gobierno y Gestión de Datos e Información”, “Gestión de Mejora”, “Gestión de Trámites”, “Gestión Estratégica de Personas”, “Gestión de Bienes y Servicios”, “Identificación y Seguimiento de Liquidaciones Voluntarias”, “Provisión de Soluciones Tecnológicas”, “Sistema de Gestión de la Calidad”; toda vez que no se evidenció generación de nuevo plan, tal y como lo establece el flujo de trabajo de la actividad clave de éxito anteriormente citada, en donde se indica: “El profesional designado de la Oficina de Control Interno al culminar los tiempos definidos para cumplir con las acciones de mejora, evaluará la eficacia del plan. Si considera que las acciones realizadas no impactaron en la mejora de los hallazgos o no se culminaron dentro de los plazos pactados en el cronograma formulado, procede al cierre del Plan de Mejoramiento como no eficaz.

**Como consecuencia de lo anterior, el líder del proceso objeto de Plan de Mejoramiento, debe proceder a formular de nuevo dicho plan, sin perjuicio de las acciones o consecuencias del incumplimiento”.** (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Actuación que igualmente se encuentra establecida en el “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), el cual, en la política de operación N° 3.7 señala:

“Cuando un **plan de mejoramiento o plan de tratamiento del riesgo es cerrado como “no eficaz”, el líder del proceso**, componente, programa o proyecto, luego de recibir la alerta del cierre (No eficaz) en el sistema dispuesto por la entidad, **debe evaluar si requiere formular un nuevo plan de mejoramiento, para lo cual tendrá un tiempo no mayor 10 días hábiles**, acción que debe quedar registrada en el aplicativo dispuesto para tal fin; igualmente **si decide no generar plan de mejoramiento se debe justificar dicha decisión**”; precisando, que no se identificó justificación sobre el particular por parte de los procesos a cargo de la temática. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Atender las regulaciones establecidas al interior de la Entidad, y para el caso, lo atinente a la generación de nuevos planes, cobra importancia para subsanar las situaciones objeto de mejora, emprender los correctivos del caso y con ello, evitar o reducir la materialización de riesgos tanto de gestión como de corrupción, eventos que contribuyen con la optimización de los procesos, lo cual redundaría en el logro y cumplimiento de las metas institucionales, asegurando así un desarrollo continuo y sostenible.

Es importante señalar que si bien es cierto que a partir de la expedición de la resolución N° 2023120020001126-6 del 20 de febrero de 2023, los procesos en mención se encuentran obsoletos, es necesario, que los asuntos allí abordados pueden ser objeto de análisis para que, con el

acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso “*Gestión de Mejora*”, se emprendan las gestiones que se consideren necesarias a fin de determinar que, aquellos planes ligados a procesos que fueron derogados por la referida resolución, sean acogidos y desarrollados por los nuevos procesos, de conformidad a su competencia.

Acciones que contribuirían a reducir potenciales repercusiones respecto de las temáticas identificadas, y con ello, garantizar que los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua sean insumo para la adecuada y oportuna toma de decisiones por parte de los responsables de los procesos.

Ahora, de los veintitrés (23) planes evaluados como “*No Eficaz*”, solo cuatro (4) planes (tablas N° 10 y 11) presentan “*comentarios*” por parte de los procesos a cargo, que a continuación se relacionan, precisando que el común denominador es que no se generaría nueva actuación.

| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6<br>del 20.02.2023 | Tipificación<br>Hallazgo           | Plan NO<br>Eficaz | Comentario Líder del Proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestión Financiera                                    | Análisis de<br>Riesgos<br>Fiscales | 1655              | "No se genera plan de mejoramiento de acuerdo con correo recibido de John Ávila de 01/04/2025 en el que se manifiesta: se ha justificado el cargue de las evidencias del riesgo fiscal 1655, obteniendo su aprobación. Como sugerencia, nos ha indicado realizar el cargue de evidencia sobre el acceso a los aplicativos en el equipo de respaldo de la entidad y la posibilidad de ejecutar nuestras actividades desde cualquier otro lugar, garantizando así la presentación y el pago de impuestos".                                                                                                                                                     |
| Gestión Financiera                                    | Análisis de<br>Riesgos<br>Fiscales | 1657              | "No se genera plan de mejoramiento de acuerdo con correo recibido de Lorena Fajardo de 02/04/2025 en el que se manifiesta: "De acuerdo con la reunión sostenida ayer con Richard Cadena, se ha justificado el cargue de las evidencias del riesgo fiscal 1657, obteniendo su aprobación tras aclarar las causas que generaron la confusión. Por lo anterior, se ha determinado que no es necesario generar un nuevo plan, conforme a lo notificado de tu parte. Asimismo, se nos sugirió precisar dentro de las evidencias de esta vigencia la relevancia de la vigencia 2020 en relación con el plan, debido a la caducidad de la acción de determinación". |

**Tabla N° 10 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

| Otros<br>Procesos                             | Tipificación<br>Hallazgo | PM NO<br>Eficaz | Comentario Líder del Proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Administración<br>de la Gestión<br>Documental | No<br>Conformidad        | 1233            | "Conforme el Manual para la Gestión de Planes de Mejoramiento Internos DEMN02. Política de Operación 3.7, que señala: "Cuando un plan de mejoramiento o plan de tratamiento del riesgo es cerrado como "no eficaz", el líder del proceso, componente, programa o proyecto, luego de recibir la alerta del cierre (No eficaz) en el sistema dispuesto por la entidad, debe evaluar (...) si decide no generar plan de mejoramiento se debe justificar dicha decisión y, adicionalmente, los memorandos adjuntos que sustentan la finalización del plan dirigidos en su oportunidad tanto a la OCDI como a la DID, por esta parte me permito informar para los efectos que se estimen pertinentes: "La Dirección Administrativa - Grupo Interno de Trabajo de Correspondencia establece la terminación y retiro definitivo del plan de mejoramiento 1233 por el cumplimiento formal de las actividades a cargo en un 100% en el sistema ITS de la entidad, especialmente el cargue de evidencias de gestión y actividades a cargo en el aplicativo de planeación. Los posibles efectos derivados de cualquier ineficacia a por parte de las diferentes áreas de la entidad, fueron debidamente informados y se encuentra bajo competencia de la OCDI de la entidad." Consultar radicados 20249300400070443/33803; 20249300400114553". |
| Fortalecimiento<br>Institucional              | No<br>conformidad        | 1271            | "En reunión realizada el día 11 de abril de 2024, se sustentó el hallazgo y sus actividades de cierre, determinándose además, que no se generaría un nuevo PM, ya que, a parte de esta sustentación el mismo, es producto de una auditoría externa realizada por el anterior ente certificador (SGS) y el cual ya fue validado directamente por el nuevo ente certificador BVQ quien certifica a la entidad por tres años más hasta enero de 2027, por ello, no es necesario crear un nuevo PM sobre una condición, evaluada externamente y la cual funciona actualmente sin inconvenientes. Es importante describir, que desde el SGA se tuvo conocimiento de este PM hasta el pasado jueves 11 de abril de 2024, fecha en la cual se realizó una reunión convocada por la OAP para su evaluación y determinación de requerimiento o no de un nuevo PM".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**Tabla N° 11 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Resaltando que los comentarios y justificaciones del porque no se desarrollaba nueva gestión, se encuentran amparados en el “*Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos*” (GMMN02), el cual señala: “(...) ***si decide no generar plan de mejoramiento se debe justificar dicha decisión***”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Sin embargo, si bien el proceso da margen para este tipo de actuaciones, también lo es que, los hallazgos se disponen como insumo clave frente a la identificación de debilidades y con ello, emprender mejoras sobre el particular, además, situaciones que no son detectadas, pueden conllevar a la aparición de riesgos que potencialmente se puedan materializar.

### c. Planes Abiertos

De conformidad a la evidencia consignada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se identificaron treinta y nueve (39) planes que se encuentran en estado “abierto”, los cuales, de acuerdo con la “tipificación” definida, se encuentran distribuidos así:

| Tipificación Hallazgo         | Total, Tipificación Planes Abiertos |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| No Conformidad                | 30                                  |
| Observación                   | 5                                   |
| Plan de Tratamiento de Riesgo | 4                                   |
| <b>Total</b>                  | <b>39</b>                           |

**Tabla N° 12– Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Planes que, en atención a la estructura por procesos, se encuentran distribuidos en los que a continuación se relacionan:

| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023  | Planes en proceso - Abierto                                                        | Planes Cierre incumplimiento<br>fecha - Abierto | Total Planes<br>Abiertos |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Gobierno y Gestión de Datos e Información           | 1452, 1557, 1561, 1562, 1564, 1565, 1566, 1619, 1643, 1652, 1683, 1669, 1670, 1693 | 1642, 1659                                      | 16                       |
| Gestión Estratégica de Personas                     | 1410, 1412, 1413, 1416, 1621, 1648, 1676                                           | -                                               | 7                        |
| Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor | 1661, 1679, 1684. 1697, 1834, 1844                                                 | -                                               | 6                        |
| Gestión de Bienes y Servicios                       | 1667, 1668                                                                         | -                                               | 2                        |
| Gestión de Trámites                                 | 1601, 1721                                                                         | -                                               | 2                        |
| Actuaciones Disciplinarias                          | 1847                                                                               | -                                               | 1                        |
| Gestión de Mejora                                   | 1710                                                                               | -                                               | 1                        |
| <b>Total</b>                                        |                                                                                    |                                                 | <b>35</b>                |

**Tabla N° 13 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

| Otros Procesos                          | Planes en proceso - Abierto | Planes Cierre incumplimiento<br>fecha - Abierto | Total Planes<br>Abiertos |
|-----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Provisión de Soluciones Tecnológicas    | 1057                        | 1056                                            | 2                        |
| Representación Judicial y Extrajudicial | 1191                        | -                                               | 1                        |
| Administración de la Gestión Documental | -                           | 1231                                            | 1                        |
| <b>Total</b>                            |                             |                                                 | <b>4</b>                 |

**Tabla N° 14 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

De lo anterior a continuación, se hace una descripción del estado de los planes anteriormente relacionados:

## ➤ Planes Abiertos - Cierre Incumplimiento Fecha - Sin avance

Se identificó que el plan 1056 fue formulado el 06 de diciembre de 2021 con finalización el 31 de diciembre de 2024.

| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 | Nº Plan | Tipificación   | Fecha Reporte<br>Hallazgo | Fecha Finalización<br>Plan | Porcentaje<br>avance |
|----------------------------------------------------|---------|----------------|---------------------------|----------------------------|----------------------|
| Gobierno y Gestión de Datos e Información          | 1056    | No Conformidad | 19/11/2021                | 31/12/2024                 | 0%                   |

**Tabla N° 15 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Es decir, han transcurrido aproximadamente un poco más de tres (3) años de su formulación, sin que a la fecha de reporte generado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se tenga algún avance sobre el particular.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 2. Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Ejecutar el Plan y reportar avances en el módulo de mejoramiento”, del proceso “Gestión de Mejora”, para el proceso “Gobierno y Gestión de Datos e Información”, toda vez que si bien fueron formuladas actividades, también lo es que, las mismas, después de haber transcurrido aproximadamente un poco más de tres (3) años de su formulación, no cuentan con algún avance sobre el particular, presentando “Cierre incumplimiento de fecha”, tal y como lo establece el flujo de trabajo de la actividad clave de éxito anteriormente citada, en donde se indica:**

*“El profesional asignado por el líder del proceso, **de acuerdo con el cronograma del Plan de Mejoramiento, va reportando el avance en la gestión de las actividades formuladas en aplicativo dispuesto por la entidad**”, así como la fase “Realizar Seguimiento al Plan de Mejoramiento”, la que a su vez indica **“El líder del proceso como responsable de realizar las acciones definidas en el plan de mejoramiento, se soportará en el profesional del área designado como gestor; a través de este último se promoverá que las acciones a tomar, se realicen de acuerdo con las fechas establecidas**. Cuando se culminen las acciones deberá realizar seguimiento y evaluación indicando si éstas fueron eficaces, lo anterior a través del aplicativo dispuesto por la entidad”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).*

Actuación que igualmente se encuentra establecida en el “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), el cual, en la política de operación N° 3.1 señala:

*“**El líder del proceso, componente, programa o proyecto según corresponda, es el responsable de las acciones correctivas (plan de mejoramiento), quien se soportará en el profesional asignado del área, y debe definir acciones para eliminar la observación o No Conformidad detectada**, así como el tratamiento al riesgo materializado, las cuales quedaran registradas en el aplicativo o herramienta dispuesta para tal fin”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).*

La importancia del establecimiento de un adecuado plan, la formulación de actividades y cumplimiento de estas dentro de los tiempos definidos, reviste en subsanar las situaciones objeto

de mejora, detectar eventuales desviaciones y de esta forma emprender los correctivos del caso, a fin de reducir o evitar la materialización de riesgos tanto de gestión como de corrupción.

## ➤ Planes Abiertos - Sin formulación Actividades

De conformidad a la evidencia consignada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fueron detectados dieciséis (16) planes, frente a los cuales no han sido formuladas acciones tendientes a subsanar las situaciones identificadas, planes que se encuentran distribuidos en los procesos que se relacionan a continuación:

| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023  | Nº Plan | Tipificación   | Fecha Reporte Hallazgo |
|-----------------------------------------------------|---------|----------------|------------------------|
| Gestión de Mejora                                   | 1710    | No Conformidad | 15/01/2025             |
| Gestión de Trámites                                 | 1601    | No Conformidad | 31/05/2024             |
|                                                     | 1721    | No Conformidad | 22/01/2025             |
| Gestión Estratégica de Personas                     | 1621    | No Conformidad | 2/07/2024              |
|                                                     | 1648    | No Conformidad | 12/09/2024             |
|                                                     | 1676    | No Conformidad | 31/10/2024             |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información           | 1566    | No Conformidad | 7/02/2024              |
|                                                     | 1683    | No Conformidad | 7/11/2024              |
|                                                     | 1693    | Observación    | 23/12/2024             |
| Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor | 1697    | No Conformidad | 26/12/2024             |
|                                                     | 1844    | No Conformidad | 2/04/2025              |
|                                                     | 1679    | Observación    | 5/11/2024              |
|                                                     | 1834    | Observación    | 21/03/2025             |
| Actuaciones Disciplinarias                          | 1847    | Observación    | 2/04/2025              |
| Gestión de Bienes y Servicios                       | 1667    | No Conformidad | 20/12/2024             |
|                                                     | 1668    | No Conformidad | 9/10/2024              |

**Tabla N° 16 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

De lo señalado en la tabla N° 18 y en atención al reporte generado por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se puede precisar que, no se identificó gestión tendiente a la formulación de actividades y planes y con ello, eliminar los hallazgos detectados (Observaciones y No Conformidades), esto en atención de lo preceptuado tanto en la actividad Clave de Éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, así como el “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 3. Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Formular el Plan de Mejoramiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos”** (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”, para los procesos “Gestión de Mejora”, “Gestión de Trámites”, “Gestión Estratégica de Personas”, “Gobierno y Gestión de Datos e Información”, “Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor”, “Actuaciones Disciplinarias” y “Gestión de Bienes y Servicios”; toda vez que no se evidenció generación de actividades tendientes a la formulación de plan, tal y como lo establece el flujo de trabajo de la actividad clave de éxito anteriormente citada, en donde se indica: **“El líder del proceso con el gestor de su dependencia o**

**profesional que designe inicia el tratamiento del servicio no conforme y las no conformidades, identificando la causa que las originó, utilizando una de las alternativas que presenta el aplicativo dispuesto por la entidad. Una vez realizado este análisis se formula un plan de acción para eliminar las causas identificadas.**

Esta información es diligenciada en el aplicativo de planes de mejoramiento definido por la Entidad.

Entre las metodologías que se pueden aplicar para el análisis de causas están: lluvia de ideas, espina de pescado, técnica de los cinco por qué, Pareto, entre otras. **Esto con el fin de identificar qué aspecto de la entidad fue afectado y su causa raíz.**

**El profesional designado por el líder del proceso verificará que las acciones propuestas permitan dar tratamiento efectivo al producto no conforme y/o a las no conformidades desde el punto de vista de solución del problema y eliminación de causas, de ser afirmativa la respuesta, aprobarán la acción en el aplicativo dispuesto por la entidad**". (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Actuación que igualmente se encuentra establecida en el "Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos" (GMMN02), el cual, en la política de operación N° 3.1 señala:

**"El líder del proceso, componente, programa o proyecto según corresponda, es el responsable de las acciones correctivas (plan de mejoramiento), quien se soportará en el profesional asignado del área, y debe definir acciones para eliminar la observación o No Conformidad detectada, así como el tratamiento al riesgo materializado, las cuales quedaran registradas en el aplicativo o herramienta dispuesta para tal fin"**. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

La importancia de la formulación de actividades para el establecimiento de un adecuado plan reviste en subsanar la causa raíz del hallazgo formulado, detectar eventuales desviaciones y de esta forma emprender los correctivos del caso, a fin de reducir o evitar la materialización de riesgos tanto de gestión como de corrupción.

Ahora, respecto de los cinco (5) planes que a continuación se relacionan, (que ya fueron expuestos en la tabla N° 16), es importante señalar que al efectuar su consulta a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), en el reporte "Buscar Plan" se visualiza que están abiertos, sin la generación de actividades; ahora, al consultar por el reporte "Listado Total de Planes" figuran igualmente abiertos, pero con la diferencia, que se identifica la generación de actividades.

| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 | N° Plan | Tipificación   | Fecha Reporte Hallazgo | Fecha Finalización Plan |
|----------------------------------------------------|---------|----------------|------------------------|-------------------------|
| Gestión de Trámites                                | 1601    | No Conformidad | 31/05/2024             | 28/06/2024              |
| Gestión Estratégica de Personas                    | 1621    | No Conformidad | 2/07/2024              | 31/03/2025              |
|                                                    | 1648    | No Conformidad | 12/09/2024             | 31/03/2025              |
| Gestión de Bienes y Servicios                      | 1667    | No Conformidad | 09/10/2024             | 20/12/2024              |
|                                                    | 1668    | No Conformidad | 9/10/2024              | 20/12/2024              |

**Tabla N° 17 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Siendo entonces, que las visualizaciones que generan el reporte “*Listado Total de Planes*” no advierte que esas actividades aún no han sido objeto de aprobación por parte del líder del proceso, es decir, formalmente no se han definido actividades para emprender la mejora a que haya lugar.

Situaciones que podrían inducir al error y que ameritan que se efectúen gestiones sobre el particular a fin de que el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) genere reportes similares y con ello reducir la probabilidad de análisis erróneos.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 4. Inconsistencia en los reportes generados por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)** al proceso “*Gestión de Mejora*”; toda vez que se evidenció que las consultas efectuadas a través del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), en el reporte “*Buscar Plan*” se visualizaron planes en estado “*abierto*”, sin la generación de actividades, situaciones que no resultan similares con el reporte “*Listado Total de Planes*”, en donde figuran igualmente abiertos, pero con generación de actividades.

### ➤ Hallazgos Sin formulación de Planes

Finalmente, se tiene que, de las auditorías desarrolladas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2024, se identificó que dos (2) procesos, no generaron actuación alguna respecto de hallazgos (observaciones y no conformidades), ni observaciones que justificaran que “*no aplica plan*”, los cuales se relacionan a continuación:

| Proceso Auditado                          | N° Radicado                          | Tipificación Hallazgo | Hallazgo                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gobierno y Gestión de Datos e Información | 2024140000013213<br>3 de 31/12/2024  | Observación           | Debilidad en la formalización de entrega de cargos de exfuncionarios de la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Subdirección de Tecnologías de la Información. |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en el cumplimiento en la aplicación de controles relacionados con políticas de seguridad y privacidad de la información.                                  |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en el cumplimiento por parte de PMU de las recomendaciones.                                                                                               |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en el cumplimiento de la realización de Análisis de Vulnerabilidades, monitoreo, remediación y seguimiento de estas.                                      |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en la definición de Roles y Responsabilidad por falta de segregación de funciones en los Sistemas de Información Génesis y Gaudi.                         |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en cumplimiento de anexo 3 de la resolución 1519 de 2020.                                                                                                 |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en el cumplimiento del numeral 3.2.6 anexo 3 de la resolución 1519.                                                                                       |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en el cumplimiento del numeral 3.2.20 anexo 3 de la resolución 1519 de 2020.                                                                              |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en el cumplimiento del numeral 3.2.22 del anexo 3 de la resolución 1519 de 2020.                                                                          |
|                                           |                                      | Observación           | Debilidad en el cumplimiento de anexo 1 de la resolución 00500 de 2021.                                                                                             |
| Gestión de Trámites                       | 2024140000004879<br>3 del 16/05/2024 | No Conformidad        | Incumplimiento tiempos regulados en la Circular Externa No. 2022151000000051-5 del 03 de agosto de 2022.                                                            |

| Proceso Auditado | N° Radicado | Tipificación Hallazgo | Hallazgo                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  |             | No Conformidad        | Incumplimiento a la política de operación “Análisis de información” del Manual para la reforma estatutaria de las EPS, cambios de la naturaleza jurídica y de la razón social de la EMP Y SAP y cambios en la composición de la propiedad de EPS, EMP, SAP”.                     |
|                  |             | No Conformidad        | Incumplimiento a la Política de Sistema Integrado de Gestión.                                                                                                                                                                                                                    |
|                  |             | No Conformidad        | Incumplimiento control asociado al Riesgo de Gestión “Posibilidad de afectación reputacional por investigaciones de órganos de control debido a la inoportunidad en la resolución de los trámites a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud”.                             |
|                  |             | No Conformidad        | Incumplimiento a las regulaciones establecidas en el Proceso “Direccionamiento Estratégico” - “Manual para la elaboración y control de Documentos”.                                                                                                                              |
|                  |             | No Conformidad        | Incumplimiento de acción en plan de tratamiento asociado al riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por investigaciones de órganos de control debido a la inoportunidad en la resolución de los trámites a cargo de la SNS”.                                   |
|                  |             | No Conformidad        | Incumplimiento de control asociado al riesgo de corrupción “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio para alterar los tiempos, las condiciones o requisitos mínimos del trámite del vigilado, o de cualquier otra acción de supervisión”. |
|                  |             | No Conformidad        | Incumplimiento de los preceptos contenidos en la Resolución N. 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021.                                                                                                                                                                     |

**Tabla N° 18 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera **No Conformidad N° 5. Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”**, fase “*Analizar los hallazgos y proceder a definir su tratamiento*” y “*Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos*” (GMMN02), del proceso “*Gestión de Mejora*”, para los procesos “*Gobierno y Gestión de Datos e Información*” y “*Gestión de Trámites*”; toda vez que no se evidenció generación plan de mejoramiento y con ello actividades tendientes a subsanar hallazgos (Observaciones y No Conformidades) detectadas, tal y como lo establece el flujo de trabajo de la actividad clave de éxito anteriormente citada, en donde se indica: “**El líder del proceso, programa o proyecto, luego de recibir la alerta del cargue de los hallazgos en el sistema dispuesto por la entidad, dispone de 10 días hábiles para identificar la acción o tratamiento de mejora a aplicar**”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Actuación que igualmente se encuentra establecida en el “*Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos*” (GMMN02), el cual, en la política de operación N° 3.1 señala:

“**El líder del proceso, componente, programa o proyecto según corresponda, es el responsable de las acciones correctivas (plan de mejoramiento), quien se soportará en el profesional asignado del área, y debe definir acciones para eliminar la observación o No Conformidad detectada, así como el tratamiento al riesgo materializado, las cuales quedaran registradas en el aplicativo o herramienta dispuesta para tal fin**”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Este tipo de actuaciones puede acarrear otro tipo de situaciones para la Entidad, como lo es:

- Atraso en el desempeño: Sin PM, no hay guía clara para corregir errores o potencializar fortalezas, lo cual, conllevaría a mantener las mismas debilidades sin darles adecuada solución.

- Repetición de errores: Al no analizar y corregir las debilidades, estas potencialmente se podrían repetir continuamente, afectando el desempeño y calidad de los procesos.
- Disminución de la eficiencia y la efectividad: La inoportunidad en implementación de acciones correctivas o preventivas, implica posibles afectaciones de recurso humano, tiempo, entre otros, por no abordar temáticas que eliminan la causa raíz de los hallazgos generados, lo que consecuentemente puede conllevar a la materialización de riesgos tanto de gestión como de corrupción.

## ➤ Planes Abiertos – en Evaluación de la Oficina Asesora de Planeación

De conformidad al alcance establecido para la presente auditoría, se logró identificar que, la Oficina Asesora de Planeación, presenta un total de ocho (8) planes, para su correspondiente evaluación, los cuales se ilustran en las tablas N° 19 y 20, de ellos, siete (7) se encuentran abiertos, y el restante (1231) presenta la condición de “Cierre incumplimiento de fecha”; es importante mencionar que el plan 1191 se encuentra asociado al proceso “Representación Judicial y Extrajudicial”, el cual se encuentra obsoleto, esto a partir de la expedición de la resolución N° 2023120020001126-6 del 20 de febrero de 2023.

| Abierto - Ev. OAP                                   |         |                |
|-----------------------------------------------------|---------|----------------|
| Procesos Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023     | N° Plan | Tipificación   |
| Gestión Estratégica de Personas                     | 1410    | No Conformidad |
|                                                     | 1412    | No Conformidad |
|                                                     | 1413    | No Conformidad |
|                                                     | 1416    | No Conformidad |
| Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor | 1661    | No Conformidad |
|                                                     | 1684    | No Conformidad |
| Otros Procesos                                      | N° PM   | Tipificación   |
| Representación Judicial y Extrajudicial             | 1191    | No Conformidad |

**Tabla N° 19 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

| Abierto – Cierre Incumplimiento de Fecha - Ev. OAP |         |                |
|----------------------------------------------------|---------|----------------|
| Procesos Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023    | N° Plan | Tipificación   |
| Administración de la Gestión Documental            | 1231    | No Conformidad |

**Tabla N° 20 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 1. Gestión de los planes en trámite de evaluación de la Oficina Asesora de Planeación**, esto, en virtud de lo establecido en el proceso “Gestión de Mejora”, actividad clave de éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento” fase “Ejecutar evaluación del cumplimiento e impacto del Plan”, la cual si bien no regula tiempos para esta actuación si precisa “El profesional designado de la Oficina Asesora de Planeación, una vez cargada la evidencia al 100% de la gestión de la acción de mejora, procede a realizar evaluación de cumplimiento de la actividad realizada por el líder del plan de mejoramiento” y con ello, en atención a lo establecido en el flujo de trabajo del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), la Oficina de Control Interno cuente con esta información a fin de emitir la evaluación sobre el particular.

## ➤ Planes Abiertos – en Evaluación de la Oficina de Control Interno

De conformidad al alcance establecido para la presente auditoría, se logró identificar que, la Oficina de Control Interno, presenta un total de quince (15) planes, para su correspondiente evaluación, los cuales se ilustran en la siguiente tabla, indicando que, en el transcurso de la ejecución de la presente auditoría, once (11) planes fueron evaluados como “Eficaces” y los cuatro (4) restantes “No Eficaces”.

| Abierto - Ev. OCI                                  |         |                             |            |
|----------------------------------------------------|---------|-----------------------------|------------|
| Procesos<br>Res. 2023120020001126-6 del 20.02.2023 | Nº Plan | Tipificación                | Evaluación |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información          | 1231    | Plan Tratamiento de Riesgos | No Eficaz  |
|                                                    | 1643    | Plan Tratamiento de Riesgos | Eficaz     |
|                                                    | 1669    | Plan Tratamiento de Riesgos | No Eficaz  |
|                                                    | 1670    | Plan Tratamiento de Riesgos | Eficaz     |
|                                                    | 1452    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1557    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1562    | No Conformidad              | No Eficaz  |
|                                                    | 1564    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1565    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1619    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1642    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1652    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1659    | No Conformidad              | Eficaz     |
|                                                    | 1651    | Observación                 | No Eficaz  |
| Otros Procesos                                     | Nº Plan | Tipificación                | Evaluación |
| Provisión de Soluciones Tecnológicas               | 1057    | No Conformidad              | Eficaz     |

**Tabla N° 21 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

De lo anterior, la Oficina de Control Interno se permite hacer énfasis en el plan 1562, el cual se derivó de la formulación de no conformidad que a continuación se describe:

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

Entonces, en atención a la evidencia aportada, se identificó que fueron desarrolladas actividades tendientes a subsanar la situación detectada, sin embargo, de las cuatro (4) actividades formuladas, tres (3) de ellas hacen mención a: “*transición TRDv4 versus TRDv5*”, lo cual resulta ser contrario a las evidencias dispuestas, entre ellas, la Circular Interna 2024930030000033-4 del 05 de diciembre de 2024 de asunto “*Transición actualización de la Tabla de Retención Documental - TRD - Versión 3 vs. Versión 4*”, que señala en uno de sus apartes “(...) *el Grupo de Gestión Documental de la Dirección Administrativa está llevando a cabo la actualización de la Tabla de Retención Documental (TRD) - Versión 4, de acuerdo con la metodología establecida por el Archivo General de la Nación, conforme a lo señalado en el Acuerdo 001 de 2024*”, situación que resulta ser contraria con lo establecido a través de documento denominado “*TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL-TRD Versión 4 diciembre de 2020*”, que señala:

**“La TRD Versión 4 fue aprobada mediante Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Superintendencia Nacional de Salud en Sesión No 41 Comité Virtual del día 27 de enero de 2020.”**

La **TRD Versión 4** de la Superintendencia Nacional de Salud son presentadas al Archivo General de la Nación en enero de 2020 y en mesa de trabajo del 24 de abril de 2020 se acuerda la devolución de las mismas para realizar los ajustes correspondientes.

La Superintendencia Nacional de Salud solicita al Archivo General de la Nación la evaluación y convalidación de las Tablas de Retención Documental – TRD, mediante oficio del 29 de mayo de 2020, con número de radicado 1-2020-04307 (radicado de Superintendencia de Salud No. 2- 2020-63529).

El 17 de septiembre de 2020 el AGN emite el concepto técnico evalúa el nivel de cumplimiento del instrumento archivístico frente a los requisitos técnico-archivísticos los cuales son abordados y subsanados en el presente documento”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Igualmente se cuenta con “**Certificado de Convalidación de las Tablas de Retención Documental Versión 4 – Archivo General de la Nación**” del 02 de marzo de 2021, que señala en uno de sus apartes “Que la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA, radicó la versión definitiva de sus Tablas de Retención Documental con los soportes de elaboración y aprobación mediante número de radicado 1-2021-1309. Por lo tanto, el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado procede a expedir el presente certificado de convalidación de las Tablas de Retención Documental de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Así mismo, el “**Certificado de Registro Único de Series Documentales Tablas de Retención Documental Versión 4**” del 15 de marzo de 2021 señala “Que la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA aprobó sus Tablas de Retención Documental mediante acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en sesión en sesión virtual No. 41 del 27 al 29 de enero de 2020, de conformidad con lo señalado en el artículo 9 del Acuerdo 004 de 2019. Que la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA deberá publicar sus Tablas de Retención Documental en la página web de la entidad según las disposiciones del artículo 18 del Acuerdo 004 de 2019. Que en concordancia con los artículos 10 y 11 del Acuerdo 004 de 2019, el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado consideró que las Tablas de Retención Documental de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA cumplieran los requisitos técnicos archivísticos para ser convalidadas tal como se documentó en el concepto técnico del 17 de SEPTIEMBRE de 2020 y el acta de la mesa de trabajo del 04 de noviembre de 2020 Que el Comité

*Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado procedió a la convalidación de las Tablas de Retención Documental de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA, mediante certificado del 02 de marzo de 2021, pues el instrumento surtió de manera satisfactoria el procedimiento de evaluación y convalidación, por lo que cuenta con los requisitos archivísticos solicitados. Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 19 del Acuerdo 004 de 2019, las Tablas de Retención Documental de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA reunían los requisitos de aprobación y convalidación y, por lo tanto, se realizó su inscripción en el Registro Único de Series Documentales bajo el siguiente número: TRD-336". (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).*

Lo que finalmente fue regulado en la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Resolución 5116 del 21 de abril de 2021 "Por la cual se adopta y se implementa la Tabla de Retención Documental convalidada por el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado", la cual en su parte resolutive señala:

*"ARTÍCULO PRIMERO. **ADOPTAR las Tablas de Retención Documental-TRD- en su versión 4** de la Superintendencia Nacional de Salud - convalidadas por el Comité Evaluador de Documentos del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado*

*ARTÍCULO SEGUNDO. **IMPLEMENTAR la Tabla de Retención Documental -TRD- en su versión 4** en los Archivos de la Superintendencia Nacional de Salud.*

*ARTÍCULO TERCERO. **DIVULGAR para efectos de publicidad, la Tabla de Retención Documental en su versión 4** en la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del Acuerdo 004 de 2019 del Archivo General de la Nación, en concordancia con el artículo 2.8.3.1.2. del Decreto 1080 de 2015". (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).*

Entonces, no es dable que, si ya se cuenta formalmente con las TRD en su versión 4, se disponga a través de la circular anteriormente señalada de "**Transición actualización de la Tabla de Retención Documental - TRD - Versión 3 vs. Versión 4**", sin que haya mediado acto administrativo similar a la Resolución ya referida que disponga otras actuaciones sobre el particular, y con ello, dar paso a la igualmente ya citada circular. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 6. Materialización de Riesgo de Gestión "Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición"**, al proceso "Gobierno y Gestión de Datos e Información", actividad clave de éxito "Gestionar documentos", toda vez que, se evidenció debilidad en el autocontrol que sobre el particular debió efectuarse, a fin de evitar que la Entidad, en lo que refiere a las Tablas de Retención Documental, esté operando bajo versionamiento distinto al aprobado por parte del Archivo General de la Nación; situación que fuera detectada en ejercicio de la evaluación efectuada al plan N° 1562, el que por demás se evalúa como "no eficaz".

A su vez, se alerta a la alta Dirección, se consideren los impactos que este tipo de situaciones puedan generar y con ello, la necesidad de emprender gestiones y analizar las regulaciones que han sido expedidas en la Entidad sobre el particular, las cuales deben estar alineadas entre ellas y

así evitar que este tipo de situaciones conlleven a otros escenarios que puedan afectar las actuaciones que sobre la materia se dispongan, aunado a la transición que se avizora a efectos del concurso de méritos.

## ➤ Planes Rechazados

Según la fecha definida como corte para el seguimiento y de conformidad a la evidencia consignada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), fueron objeto de rechazo diecisiete (17) planes, los cuales de acuerdo con la “tipificación” se encuentran distribuidos así:

| Tipificación Hallazgo          | Planes Rechazados                              | Total, Tipificación Planes Rechazados |
|--------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Observación                    | 1623, 1681, 1671, 1672, 1673, 1680, 1677, 1846 | 8                                     |
| No conformidad                 | 1685, 1694, 1708, 1660, 1841, 1842, 1843       | 7                                     |
| Plan de Tratamiento de Riesgos | 1821                                           | 1                                     |
| Oportunidad de Mejora          | 1823                                           | 1                                     |
| <b>Total</b>                   |                                                | <b>17</b>                             |

**Tabla N° 22 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Los anteriores planes de mejoramiento se encuentran distribuidos en los siguientes procesos:

| Procesos                      | Planes Rechazados | Justificación por parte del proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Total Planes Rechazados |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Gestión de Bienes y Servicios | 1671              | “De acuerdo con la observación anteriormente expuesta, se rechazarla teniendo en cuenta los siguientes términos: El informe fue analizado teniendo como referente principal la norma técnica NTC 6047 de 2013, con lo cual se realizaron observaciones de algunos ítems teniendo en cuenta la aplicación de la norma y sus implicaciones. Por otra parte se acogieron y direccionaron observaciones a las diferentes áreas. Cabe aclarar que se reviso el porcentaje de cumplimiento y los ajustes razonables para garantizar que todos los ciudadanos accedan efectivamente a los tramites y servicios de la administración publica. Con base en lo anteriormente mencionado, verificar los comentarios del informe de Neiva en el siguiente link: <a href="https://supersalud-my.sharepoint.com/:b/g/personal/ever_cardenas_supersalud_gov_co/EcYTWSJn2qFDrhGXHlhQ2HgBxdf_mgFTFEi1ewVIKoLHgw?e=UEVSnV">https://supersalud-my.sharepoint.com/:b/g/personal/ever_cardenas_supersalud_gov_co/EcYTWSJn2qFDrhGXHlhQ2HgBxdf_mgFTFEi1ewVIKoLHgw?e=UEVSnV</a> ”  | 7                       |
|                               | 1672              | “De acuerdo con la observación anteriormente expuesta, se rechazarla teniendo en cuenta los siguientes términos: El informe fue analizado teniendo como referente principal la norma técnica NTC 6047 de 2013, con lo cual se realizaron observaciones de algunos ítems teniendo en cuenta la aplicación de la norma y sus implicaciones. Por otra parte se acogieron y direccionaron observaciones a las diferentes áreas. Cabe aclarar que se reviso el porcentaje de cumplimiento y los ajustes razonables para garantizar que todos los ciudadanos accedan efectivamente a los tramites y servicios de la administración publica. Con base en lo anteriormente mencionado, verificar los comentarios del informe de Caribe en el siguiente link: <a href="https://supersalud-my.sharepoint.com/:b/g/personal/ever_cardenas_supersalud_gov_co/EQb30VIPY-FAmhNHR1mgWkoBe82HX3ls7RJK956Mu6Sunw?e=qmqkK0">https://supersalud-my.sharepoint.com/:b/g/personal/ever_cardenas_supersalud_gov_co/EQb30VIPY-FAmhNHR1mgWkoBe82HX3ls7RJK956Mu6Sunw?e=qmqkK0</a> ” |                         |
|                               | 1673              | “De acuerdo con la observación anteriormente expuesta, se rechaza teniendo en cuenta los siguientes términos: El informe fue analizado teniendo como referente principal la norma técnica NTC 6047 de 2013, con lo cual se realizaron observaciones de algunos ítems teniendo en cuenta la aplicación de la norma y sus implicaciones. Por otra parte se acogieron y direccionaron observaciones a las diferentes áreas. Cabe aclarar que se reviso el porcentaje de cumplimiento y los ajustes razonables para garantizar que todos los ciudadanos accedan efectivamente a los tramites y servicios de la administración publica. Con base en lo anteriormente mencionado, verificar los comentarios del informe de Choco en el siguiente link: <a href="https://supersalud-my.sharepoint.com/:b/g/personal/ever_cardenas_supersalud_gov_co/Eegh1w-K05VDk0LsaZCH3BoBz_JfH2cGa7n_HRaktWZfPA?e=eusiHp">https://supersalud-my.sharepoint.com/:b/g/personal/ever_cardenas_supersalud_gov_co/Eegh1w-K05VDk0LsaZCH3BoBz_JfH2cGa7n_HRaktWZfPA?e=eusiHp</a> ”     |                         |
|                               | 1685              | “Se rechaza la No conformidad, teniendo en cuenta los siguientes argumentos: Respecto al plan de mejoramiento No. 1396 el cual fue declarado como no efectivo por el Dr. Luis Alberto Triana, el mismo se tomaron acciones inmediatas generando nueva formulación y un nuevo plan en el aplicativo de ITS, con el No. 1567, las actividades se generaron con el fin de eliminar la causa raíz. La última evidencia del plan No. 1567, se cargó en el aplicativo ITS el 28/08/2024, quedando así al 100% en el proceso de Gestión de Bienes y Servicios, el mismo se culminó dentro de los tiempos establecidos, con el fin de cumplir con las acciones de mejora para el proceso. Respecto al plan de mejoramiento No. 1346, en ningún momento                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |

| Procesos                                            | Planes Rechazados | Justificación por parte del proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Total Planes Rechazados |
|-----------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                     |                   | se incumplió por cierre de fecha, el plan es derivado de un riesgo de corrupción, la fecha de cierre era 29/12/2023 y las actividades se cargaron así: una el 30/05/2023 para un 50% y la otra 06/12/2023 para finalizar al 100%. Considero que ya es problema del aplicativo ITS".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |
|                                                     | 1694              | "Se rechaza el cargue, toda vez que la descripción de la No conformidad, no coincide con la que se encuentra en el informe adjunto".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |
|                                                     | 1708              | "No se acepta en el Proceso de Gestión Financiera la No Conformidad, toda vez que la misma indica que Se formula No conformidad al Proceso "Gestión de Bienes y Servicios" y dicho proceso es el encargado de establecer el plan de mejoramiento y el encargado de la actividad de caja menor".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |
|                                                     | 1821              | "El plan de mejoramiento no fue aprobado para que se realicen correcciones".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |
| Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor | 1823              | "Por favor cambiar la tipificación del hallazgo a observación para poder cargar el plan".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5                       |
|                                                     | 1841              | "Por solicitud del funcionario se rechaza para su corrección"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |
|                                                     | 1842              | "Por solicitud del funcionario se rechaza para su corrección"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |
|                                                     | 1843              | "No estamos de acuerdo con la afirmación de la No conformidad, ya que no hay debilidad en el principio de calidad de la información "Ley de transparencia" porque el dato publicado en los informes del III y IV trimestre de 2024 son exactos de acuerdo con la estadística que se extrae de la herramienta diseñada. Es importante aclarar que la base de datos remitida a la Oficina de Control Interno de los derechos de petición recibidos en la Superintendencia Nacional de Salud se envió, incluyendo las consultas. Esto pudo haber originado las aparentes discrepancias entre ambos documentos. La consolidación de la información del tercer y cuarto trimestre de 2024 se realizó entre el 5 de agosto de 2024 y el 22 de enero de 2025 así: - Durante el tercer trimestre, se emitieron 7.479 respuestas, de las cuales 7.162 correspondieron a derechos de petición y 317 a consultas. - En el cuarto trimestre, se registraron 6.606 respuestas, con 6.207 derechos de petición y 399 consultas. Lo que se puede constatar en lo publicado en el sitio web <a href="http://www.supersalud.gov.co">www.supersalud.gov.co</a> en el enlace <a href="https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Proteccion%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx#k=filename%3A%22ACI*%22#l=9226">https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Proteccion%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx#k=filename%3A%22ACI*%22#l=9226</a> De acuerdo con lo anterior y para evitar malas interpretaciones, se remitirá la base de datos de los derechos de petición en virtud de la solicitud que hace la Oficina de Control Interno. Esta respuesta se remitió a la Oficina de Control Interno bajo el memorando de consecutivo No 20252000000042773. Por otra parte, es importante manifestar que en los seguimiento realizados por la Oficina de Control Interno no hay oportunidad de ejercer el derecho de contradicción en el cual se puede expresar nuestro punto de vista y argumentar en respuesta lo observado por el auditor; garantizando así el debido proceso".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |
|                                                     | 1846              | "No se realizará plan de mejora ya que la Delegada para la Protección al Usuario se encuentra ejecutando el plan de tratamiento al riesgo de gestión No. 1789, con el cual se busca contrarrestar las siguientes situaciones en las cuales incurren las EPS: - Desconocimiento de la Circular externa 202315100000010-5 de 2023. - Incumplimiento por parte de los vigilados en gestionar los reclamos en salud en el aplicativo. - Incumplimiento de los tiempos de respuesta de los reclamos en salud por los responsables del aseguramiento. Las acciones desplegadas en cumplimiento del plan incluyen requerimientos de vigilancia y seguimiento periódico al estado de las PQR. Adicionalmente en el II semestre del 2024, se realizaron las siguientes acciones: Acciones de inspección y vigilancia: La labor de inspección y vigilancia dentro del Grupo Interno de Trabajo de Inspección y Vigilancia a las PQRD consiste en la formulación de requerimientos de información a los distintos vigilados, cuando se advierte algún tipo de infracción a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así las cosas, en el periodo de julio a diciembre de 2024 se desarrollaron actividades de inspección y vigilancia mediante requerimientos a 358.711 reclamos en salud. A continuación, se dan a conocer algunas de las acciones específicas que se desarrollan frente a temas y poblaciones de especial relevancia. Reclamos en salud abiertos y vencidos. De forma mensual el Grupo Interno de Trabajo de Estadísticas y Análisis PQRD genera un informe con los reclamos en salud abiertos y vencidos de cada una de las entidades vigiladas. Con esa información se puede evidenciar el incumplimiento a los términos ordenados en la Circular Externa 202315100000010-5 de 2023 y realizar requerimientos de vigilancia con ordenes específicas. Para el segundo semestre del 2024 se realizaron acciones para 284,392 reclamos en salud. PQR con fallo de tutela. En relación con las acciones adelantadas en virtud de los reclamos en salud derivados de acciones de tutela, el insumo suministrado desde la Delegada para la Protección al Usuario constituyó la principal defensa jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, logrando, entre otros resultados, la inaplicación de sanciones contra el Superintendente Nacional de Salud. En el periodo se generaron 7.597 insumos consistentes en informes de gestión para igual número de casos. Población Materno perinatal. En relación con las labores de inspección y vigilancia adelantadas para la Población Materno perinatal las cuales se realizan en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y el plan específico de aceleración para la reducción de la mortalidad materna se realizaron requerimientos de vigilancia específicos a 1.155 PQR. Reclamos en |                         |

| Procesos                                  | Planes Rechazados | Justificación por parte del proceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Total Planes Rechazados |
|-------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                           |                   | salud relacionados con usuarios del departamento de La Guajira: En relación con las acciones de inspección y vigilancia adelantadas para los usuarios del departamento de La Guajira, las cuales se realizan en el marco la política del gobierno nacional encaminada a que la población de este departamento supere las brechas y desigualdades, entre otros en materia de salud, se realizó seguimiento mediante requerimientos de vigilancia para 3.576 casos. Es importante manifestar que esta respuesta fue remitida a la OCI bajo el consecutivo 20252000000042773, por otra parte, en los informes de seguimiento remitidos por dicha oficina no se cuenta con la oportunidad de ejercer el derecho a la contradicción y así expresar nuestros puntos de vista y argumentos en respuesta a los hallazgos encontrados por el auditor de esta forma se garantizará el debido proceso".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |
| Direccionamiento Estratégico              | 1623              | "No se generará plan de mejoramiento, teniendo en cuenta, que en la construcción de los indicadores se involucra a los grupos de valor (funcionarios, ciudadanía en la participación de la ciudadanía, participación de grupos de valor presenciales); adicional a esto se han realizado mejoras en los procesos de seguimiento y evaluación y se gestionó contratación con el fin de mejorar el proceso".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2                       |
|                                           | 1681              | "La observación en el informe es para el proceso de Auditorías y en el aplicativo la cargaste al proceso de direccionamiento estratégico. 2. De acuerdo a lo establecido en su proceso tienen 5 días para cargar el resultado de un seguimiento y este informe tiene fecha de 10 de mayo de 2024.".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |
| Gestión de Mejora                         | 1680              | "Tipificación "Oportunidad de Mejora" en los planes de mejoramiento, al proceso "Gestión de Mejora". Toda vez que se identificó que, de actuaciones realizadas por parte de la Oficina de Control Interno, respecto de seguimientos a la gestión institucional, sus resultados (no conformidad – observación), los casos referidos en la tabla N° 21, figuran en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) como "oportunidad de mejora", cuando la tipificación inicial fue otra, por lo tanto, se requiere que por parte del proceso "Gestión de Mejora", se efectúen los análisis que considere pertinentes, a fin de determinar si alguna parametrización del aplicativo debe ser objeto de ajuste, y con ello evitar que la situación expuesta se vuelva a presentar".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1                       |
| Gestión Financiera                        | 1677              | "En atención a la observación del Plan de Austeridad, indicamos que desde nuestra área no se cuenta con la competencia para establecer metas de ahorro, ni estrategias para la medición del Plan de Austeridad y Cronograma, únicamente participamos a través del grupo de presupuesto y de tesorería en algunas actividades como suministro de tickets y pago de viáticos pero que dependen netamente del direccionamiento estratégico de las acciones de inspección, vigilancia y control institucionales y por consiguiente de la programación de las áreas, así mismo se realizan verificaciones en el SIIF Nación con respecto a erogaciones por conceptos y rubros presupuestales, pero exclusivamente como registros en el sistema de información financiera y a su vez con algunas actividades en el cronograma, es importante anotar que el área que lidera tanto el plan como el cronograma es la Secretaría General, toda vez que dentro de su competencia tiene adscritas las direcciones administrativa, de contratación de talento humano y financiera, de acuerdo con lo descrito anteriormente solicitamos se reasigne el hallazgo al proceso que pueda jalonar estas acciones adecuadamente". | 1                       |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información | 1660              | "Indistintamente de que la actividad ya fue realizada, y ante reiteración de la No Conformidad, corresponde según se le ha informado al proceso desde la OAP, estructurar plan de mejoramiento, motivo por el cual no es dable aceptar el rechazo"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                       |
| Total                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 17                      |

**Tabla N° 23 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Insumo tomado del Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Resultado de la revisión a los planes en estado "Rechazado", cuentan con justificación, sin embargo, los hallazgos se disponen como insumo clave frente a la identificación de debilidades y con ello, emprender mejoras sobre el particular, además, situaciones que no son detectadas, pueden conllevar a la aparición de riesgos que potencialmente se puedan materializar.

Finalmente, es importante señalar que, bajo la premisa que en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), los planes que son asignados a la Oficina de Control Interno deben ser evaluados como "eficaces" o "no eficaces" tal y como lo regula la actividad clave de éxito en las fases que a continuación se exponen:

- “Cerrar el Plan con eficacia. El Profesional designado de la Oficina de Control Interno al culminar los tiempos definidos para cumplir con las acciones de mejora, **evaluará la eficacia del plan** y procederá a cerrarlo con observación de eficacia”.
- “Cerrar el Plan como no eficaz. El profesional designado de la Oficina de Control Interno al culminar los tiempos definidos para cumplir con las acciones de mejora **evaluará la eficacia del plan**. Si considera que **las acciones realizadas no impactaron en la mejora de los hallazgos o no se culminaron dentro de los plazos pactados en el cronograma formulado, procede al cierre del Plan de Mejoramiento como no eficaz**”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

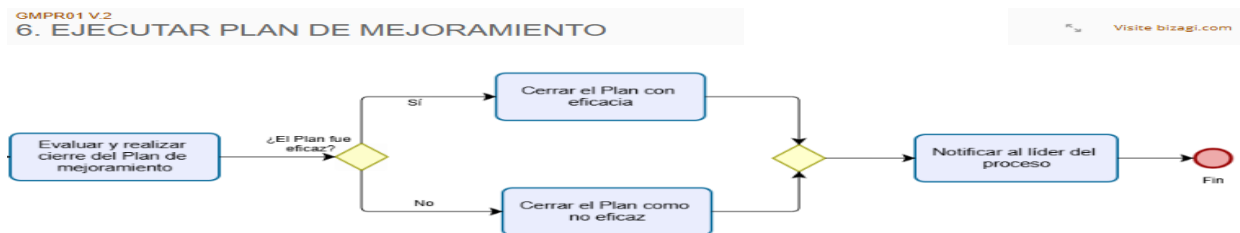


Imagen N° 1 – Fuente: Actividad clave de éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento”- proceso “Gestión de Mejora”

No obstante, se identificó que, en mensajes y reportes generados por el aplicativo, se dispone del término “efectivo”, tal y como se ilustra en las imágenes N° 2, 3 y 4.

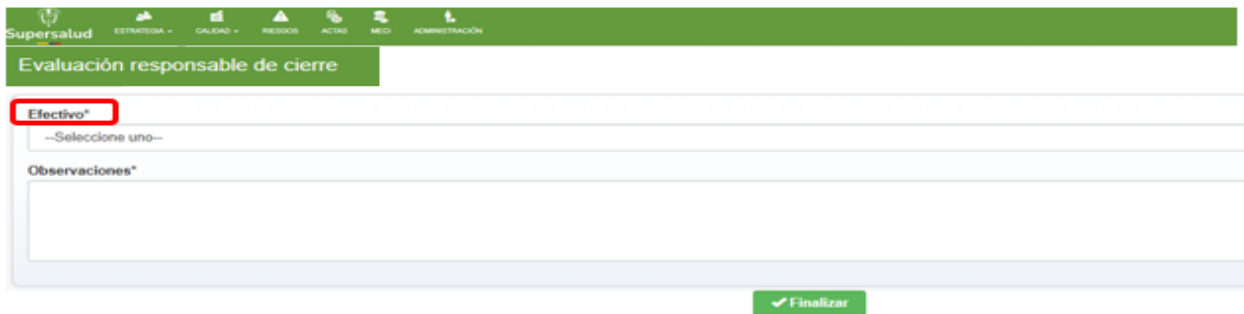
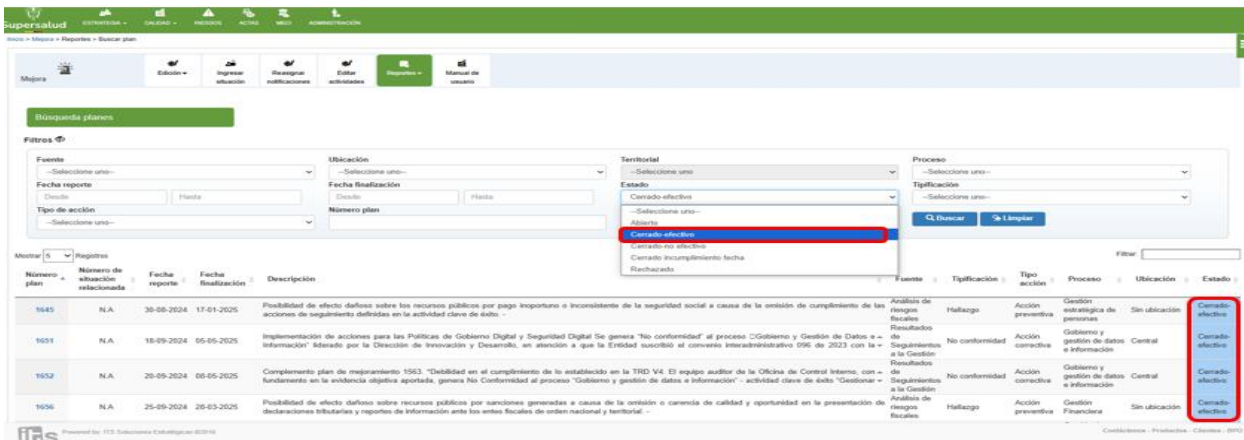


Imagen N° 2 – Fuente: Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)



| Número plan | Número de situación relacionada | Fecha reporte | Fecha finalización | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Estado           |
|-------------|---------------------------------|---------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1645        | N.A.                            | 30-08-2024    | 17-01-2025         | Presibilidad de efecto defensivo sobre los recursos públicos por pago importante e inconsistente de la seguridad social a causa de la omisión de cumplimiento de las acciones de seguimiento definidas en la actividad clave de datos.                                                                                                                                                                                                                                                             | Cerrado efectivo |
| 1651        | N.A.                            | 18-09-2024    | 05-05-2025         | Implementación de acciones para las Políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital. Se genera 'No conformidad' al proceso 'Gobierno y gestión de datos e información', actividad clave de datos 'Gestiones e Información' liderado por la Dirección de Innovación y Desarrollo, en atención a que la Entidad suscribió el convenio interadministrativo 096 de 2023 con la 'e'.                                                                                                                  | Cerrado efectivo |
| 1652        | N.A.                            | 25-09-2024    | 05-05-2025         | Complemento plan de mejoramiento 1563. "Debilidad en el cumplimiento de lo establecido en la TRD V4. El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia objetiva aportada, genera 'No Conformidad' al proceso 'Gobierno y gestión de datos e información', actividad clave de datos 'Gestiones e Información' liderado por la Dirección de Innovación y Desarrollo, en atención a que la Entidad suscribió el convenio interadministrativo 096 de 2023 con la 'e'. | Cerrado efectivo |
| 1656        | N.A.                            | 25-09-2024    | 25-03-2025         | Presibilidad de efecto defensivo sobre recursos públicos por sanciones generadas a causa de la omisión o carencia de calidad y oportunidad en la presentación de declaraciones tributarias y reportes de información ante los entes fiscales de orden nacional y territorial.                                                                                                                                                                                                                      | Cerrado efectivo |

Imagen N° 3 – Fuente: Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)



# Supersalud

Imagen N° 4 – Fuente: Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)

Situaciones que no guardan relación entre sí, ni con lo descrito en el “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), el cual, en la política de operación N° 3.3 señala: “**La Oficina de Control Interno, a través de actividades de seguimiento y evaluación, debe establecer la eficacia** y el cumplimiento de los planes de mejoramiento, exceptuando los planes de mejoramiento generados a partir de las auditorías internas del Sistema Integrado de Gestión realizadas por la Oficina Asesora de Planeación”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 7. Inconsistencia en la terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), respecto de la actividad clave de éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan con Eficacia – No Eficacia”, asociada al proceso “Gestión de Mejora”, toda vez que se evidenció, que la terminología “eficacia” utilizada en el flujo de trabajo de la actividad clave de éxito en mención, igualmente citada en el “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), el cual, en la política de operación N° 3.3 señala: “**La Oficina de Control Interno, a través de actividades de seguimiento y evaluación, debe establecer la eficacia** y el cumplimiento de los planes de mejoramiento, exceptuando los planes de mejoramiento generados a partir de las auditorías internas del Sistema Integrado de Gestión realizadas por la Oficina Asesora de Planeación”, difiere con lo relacionada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) “efectividad”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).**

Lo anterior, con el propósito se efectúen las gestiones que se consideren pertinentes a fin de estandarizar los términos y sus efectos en las actuaciones que sobre el particular son desarrollados tanto por la Oficina Asesora de Planeación como por la Oficina de Control Interno respecto de la evaluación de los planes de la Entidad, evento que deber ser analizado y con ello objeto de ajuste, tomando como referencia, entre otras, las Guías emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Decreto 1080 del 10 de septiembre de 2021, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”.

## 1.1.2 Actividad Clave de Éxito “Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo”

Para efectos de la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno, en relación con las gestiones desarrolladas en ejecución del proceso “Gestión de Mejora” - actividad clave de éxito “Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, se tuvo como parámetro la información que se encuentra dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), herramienta dispuesta por la Entidad, en la que también se reporta el monitoreo a los riesgos de cada proceso y la verificación de las evidencias cargadas con la periodicidad establecida en la “Políticas de Administración del Riesgo”.

Del universo de procesos con los que cuenta la Superintendencia Nacional de Salud, se identifican quince (15) procesos, los cuales están debidamente publicados en la página web de la entidad, precisando que, el equipo auditor estableció como muestra no estadística<sup>2</sup>, los riesgos de gestión y corrupción de los procesos que en períodos anteriores no fueron evaluados y que además de ello, se encuentran en zona de riesgo inherente y residual “Extrema y Alta” vigencia 2024; análisis expresado de forma detallada en la siguiente tabla:

| Proceso para evaluar                      | N° de Riesgos Identificados ITS | Zona de Riesgo Inherente Extremo y Alto | Zona de Riesgo Residual Extremo y Alto |
|-------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Gobierno y Gestión de Datos e Información | 11                              | 6                                       | 6                                      |
| Gestión de Bienes y Servicios             | 8                               | 1                                       | 0                                      |

**Tabla 24** - Fuente propia equipo Auditor – Información extraída del mapa de **Riesgos de Gestión** Institucional SNS publicado el 31.01.2025.

| Proceso para evaluar                      | N° de Riesgos Identificados ITS | Zona de Riesgo Inherente Extremo y Alto | Zona de Riesgo Residual Extremo y Alto |
|-------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Gobierno y Gestión de Datos e Información | 4                               | 4                                       | 4                                      |
| Gestión de Bienes y Servicios             | 4                               | 3                                       | 3                                      |

**Tabla 25** - Fuente propia equipo Auditor – Información extraída del mapa de **Riesgos de Corrupción** Institucional SNS publicado el 31.01. 2025.

### 1.1.2.1 Mapa de Riesgos de Gestión

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno efectuó evaluación a los riesgos de gestión que se encuentran dispuestos en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), identificados para los procesos “Gobierno y Gestión de Datos e Información”, gestionado por la Dirección de Innovación y Desarrollo, y proceso “Gestión de Bienes y Servicios”, gestionado por la Dirección Administrativa, los PTR y la “efectividad” de las evidencias cargadas como soporte a las actividades propuestas por el líder del proceso; de lo cual, a continuación se presentan los siguientes análisis.

### Riesgos de Gestión proceso: Gobierno y Gestión de Datos e Información.

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                      | PTR                                                                                                                                                                                      | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. El profesional asignado de cada dependencia verifica trimestralmente, la aplicación de las políticas y controles establecidos sobre la protección de la información, las operaciones informáticas, el manejo del expediente físico o electrónico, la | <b>PTR 1642</b><br>Generar y aplicar lineamientos para la digitalización técnica de documentos de archivo electrónico y físico en un repositorio institucional con medidas de seguridad. | Revisada la evidencia objetiva cargada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se observa cumplimiento frente a la descripción de esta, sin embargo, las mismas no fueron cargadas en las fechas establecidas para dar cumplimiento a la |

<sup>2</sup> Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas – V4 2020 “Muestreo no estadístico: Dentro de éstos se encuentran el muestreo “indiscriminado”, donde auditor selecciona la muestra sin emplear una técnica estructurada, pero evitando cualquier desvío consciente o predecible”.

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| gestión de seguridad sobre el personal, la seguridad lógica y la seguridad física. Evidencia: Correo electrónico o informe de seguimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Evidencia:</b> Documento con lineamientos de digitalización de documentos de archivo.                                                                                                                                                                                                                                               | acción propuesta por el líder del proceso. De otra parte, la OAP en seguimiento a la actividad no reportó ninguna observación, para el responsable de la acción.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>2.1.</b> El Coordinador del Grupo de Sistemas de Información, conjuntamente con el equipo desarrollador de la Subdirección de Tecnologías de la Información o las áreas funcionales, realiza reuniones de seguimiento y control de los proyectos que se encuentran en proceso de desarrollo; en caso de evidenciarse cambios en las prioridades, lineamientos institucionales o del sector que afecten o modifiquen los requerimientos iniciales, se establecerán los respectivos planes de choque que permitan alinear los desarrollos a las necesidades actuales. Evidencias: actas de reunión (ITS) o correos electrónicos o grabaciones de reuniones vía Teams; listas de asistencia y registros en Devops.</p> <p><b>2.2.</b> El Coordinador del Grupo de Sistemas de Información, conjuntamente con el equipo desarrollador de la Subdirección de Tecnologías de la Información, realiza reuniones de seguimiento y control de los cronogramas de los proyectos que se encuentran en proceso de desarrollo; en caso de evidenciarse incumplimiento en las metas de las actividades programadas dentro de los cronogramas dispuestos, se establecerán los respectivos planes de choque que permitan alinear las actividades al cumplimiento de las metas establecidas. Evidencias: actas de reunión (ITS) o correos electrónicos o grabaciones de reuniones vía Teams; listas de asistencia y registros en Devops.</p> | <p><b>PTR 1596</b><br/>Establecer un formato de caso de uso, que permita registrar en detalle la funcionalidad requerida, incluyendo la firma del usuario funcional responsable y del funcionario de la Subdirección de Tecnologías de la Información STI que construye el caso de uso. <b>Evidencia:</b> Formatos de caso de uso.</p> | <p>Se identifica cumplimiento de la evidencia "Formato de caso de uso" el cual fue aprobado y publicado de acuerdo con los lineamientos establecidos por el SIG, para ese momento.</p> <p>Es importante que el gestor líder realice avances de cumplimientos durante el período, puesto que esto permitirá gestionar a tiempo y subsanar alguna posible situación contraria a las actividades planeada sobre el Plan de Tratamiento.</p> |
| <p><b>2.3.</b> El profesional asignado para esta actividad, junto con las áreas funcionales, realiza reunión inicial de entendimiento de requerimientos y reglas de negocio, para establecer la viabilidad de la solicitud y posteriormente reuniones periódicas, con el fin de construir y firmar los requerimientos establecidos conforme a lo definido en los proyectos que se encuentran en proceso de desarrollo; en caso de presentarse modificaciones al requerimiento inicial, deberá reunirse con el equipo desarrollador para establecer los respectivos planes de choque que permitan ajustar los desarrollos a los nuevos requerimientos establecidos. Evidencias: Documento de requerimientos firmados, Listas de asistencia, registros en Devops.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>PTR 1596</b><br/>Gestionar contratación o vinculación de profesionales que fortalezcan los grupos de Sistemas de Información y Estrategia, Gobierno y Arquitectura de TI. <b>Evidencia</b> Formato formalizado ante la Oficina Asesora de Planeación</p>                                                                         | <p>Se identifica cumplimiento frente a las evidencias aportadas por el responsable gestor frente a la acción "Gestionar contratación o vinculación de los profesionales (...)". Se adjuntan actas sobre la contratación de los profesionales denominados en la actividad, se verifica formato formalizado ante la OAP.</p>                                                                                                               |

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>3.1.</b> Los profesionales de la Subdirección asignados para estas actividades realizan las actividades de monitoreo preventivo de: servidores, verificación de actualizaciones de los Sistemas Operativos; bases de datos; redes; control de ejecución de Backus de Sistemas, DB, correo electrónico y OneDrive; monitoreo a las herramientas de trendMicro y Fortinet y Defender 365; y efectuara el registro del seguimiento en la bitácora de seguimiento. En caso de detectar fallas en alguno de estos servicios se deberá escalar al proveedor para que efectué los ajustes a que haya lugar, monitoreando el cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio -ANS; si sobrepasa el tiempo máximo establecido, será penalizado sobre los Acuerdos de Nivel de Servicios ANS pactados de acuerdo con las cláusulas contractuales. Evidencias: Bitácoras de Monitoreo (servidores, sistemas operativos, bases de datos, redes, control de ejecución de backups, TrendMicro, Fortinet y Defender 365); informes mensuales de proveedores, correos electrónicos en caso de requerirse.</p> <p><b>3.2.</b> Los profesionales asignados para realizar las labores de seguimiento a las actividades ejecutadas por los proveedores, de acuerdo con la operación, realizan verificación quincenal de los casos registrados en la herramienta de gestión CA, validando la oportunidad en la atención de los casos, para que estos no superen el porcentaje de incumplimiento permitido en los contratos. En caso de detectar fallas en el cumplimiento de los tiempos, se le indica dicha situación al proveedor que aplique a través de correos electrónicos y/o comunicación oficial y si sobrepasa el tiempo máximo establecido será penalizado sobre los Acuerdos de Niveles de Servicio -ANS pactados. Evidencias: Reportes C.A; informes mensuales de proveedores; reportes de excel de seguimiento de casos en CA (sabana de casos Mesa de servicio) e Informes de supervisión donde se valida el cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS).</p> | <p><b>PTR 1595</b><br/>Realizar reuniones quincenales con el equipo de trabajo, con el fin de validar el cumplimiento al seguimiento de los casos en los que se evidencia incumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio ANS, con el propósito de que se gestionen de manera inmediata y así no tener que llegar a aplicar las cláusulas sancionatorias establecidas en el contrato. <b>Evidencia:</b> Lista de asistencia.</p> | <p>De acuerdo con la información evidenciada en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), se concluye que, aunque los soportes documentales describen datos respecto de los casos de contratos con observaciones de incumplimiento, estos no son claros ni expresan con exactitud la eficiencia de la evidencia descrita a la acción. Si bien es cierto que una lista de asistencia registra la presencia de personas en un evento o lugar, estas no garantizan la validación de un cumplimiento en materia de un Acuerdo de Nivel de Servicios, como tampoco lo es enlaces a los que no se puede acceder para verificar el cumplimiento de la acción. Así mismo se identificó información que no es clara, ni permite saber con exactitud si los casos registrados en la herramienta de gestión CA, fueron cerrados con oportunidad. Por tal razón se recalca determinar con mayor claridad los soportes que evidencien las acciones propuestas a los Planes de Tratamiento, igualmente se recomienda a la OAP realizar el acompañamiento y asesoría en la formulación y cumplimiento efectivo tanto de las acciones como de las evidencias propuestas. Se constató que la OCI realizó observaciones en su momento sobre la no pertinencia de las evidencias, de otro lado No se cumple con los tiempos de reporte establecido, para el cargue de la información en el aplicativo de Gestión ITS.</p> |
| <p><b>4.1.</b> El profesional encargado, válida cada vez que se recibe una solicitud, que la información esté completa en cuanto al grupo al que va dirigida la solicitud, que se quiere comunicar, cómo se quiere comunicar y cuándo se quiere comunicar para adelantar el proceso de comunicación. De ser necesario solicitará a través de correo electrónico información adicional al área para continuar con la gestión de la solicitud, en caso de no recibirla se devolverán. Evidencia: correo electrónico</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>PTR 1552</b><br/>Socializar y capacitar a las dependencias participantes, el Proceso Gobierno y Gestión de datos e información, flujos de proceso, manuales y formatos respectivos. <b>Evidencia:</b> correo electrónico.</p>                                                                                                                                                                                                  | <p>Al validar los soportes cargados en el aplicativo ITS como evidencias sobre las actividades realizadas y propuestas al PTR 1552, se observó que pese a que se comparten piezas publicitarias explicativas frente al diligenciamiento de formatos entre otros, estas comunicaciones, a través de correos electrónicos, no tienen las características de una "Socialización y Capacitación" acciones descrita al PTR y que deberían alinearse con la descripción</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4.2.</b> El Subdirector de Analítica y el profesional encargado, cada vez que recibe una solicitud de publicación de datos e información de inspección, vigilancia y control, realizarán las verificaciones de acuerdo con las metodologías establecidas por la entidad, antes de entregar a la dependencia solicitante y registrarán el seguimiento en el instrumento interno</p>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>al control del riesgo manifestada en los siguientes términos así: "verificaciones de acuerdo con las metodologías establecidas por la entidad, antes de entregar a la dependencia solicitante y registrarán el seguimiento en el instrumento interno". Precisa entonces mencionar que las evidencias cargadas en ITS "Evidencias solicitudes y piezas internas", no determinan si se realizó "verificaciones de acuerdo con las metodologías establecidas por la entidad, (...)". Por tal razón es importante que de manera clara se exprese lo que evidentemente se compromete a realizar el área frente a los controles propuestos.</p> <p>Así mismo, se exhorta a la OAP verificar si las evidencias aportadas por el líder del proceso son efectivas antes de emitir aprobación, de tal forma que se generen las alertas correspondientes, frente a la falta de cohesión y congruencia sobre las evidencias propuestas.</p> |
| <p><b>4.3.</b> El Subdirector de Analítica y el profesional encargado, realiza seguimiento y monitoreo a las publicaciones y/o actualizaciones de los reporting services, informes sectoriales, conjunto de datos abiertos y demás servicios de información de acuerdo con lo definido y estipulado en: actividades claves de éxito, requerimientos recibidos y normatividad vigente. En caso de identificar posible inoportunidad en la publicación, genera las alertas respectivas ante la Dirección de Innovación y Desarrollo o sus subdirecciones mediante correo electrónico y/o memorando.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>4.4.</b> El profesional encargado cada vez que recibe una solicitud valida el cumplimiento de los tiempos mínimos establecidos para la gestión verifica que el contenido de la información este completo y adicionalmente que dicha solicitud, esté aprobada por el jefe del área o profesional encargado. Evidencia: correo electrónico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>PTR 1552</b><br/>Realizar mesas de trabajo al interior de la Dirección de Innovación y Desarrollo y sus Subdirecciones, con el fin de socializar las versiones actualizadas del Proceso Gobierno y Gestión de datos e información, flujos de proceso. <b>Evidencia:</b> Listas de asistencia 2. Acta de autoevaluación 3. Presentaciones</p> | <p>Al validar los cargues documentales ejecutados por el gestor responsable de las evidencias propuestas al PTR, no se evidencia cumplimiento sobre la totalidad de estos, puesto que, solo se identifican pantallazos que relacionan los encuentros virtuales para validar información sobre la asistencia a las revisiones documentales y presentaciones en PW, no obstante, estas no determinan eficiencia al control propuesto como tampoco lo es, lo descrito en la evidencia "correos electrónicos". Por tal razón se exhorta tanto al gestor líder del proceso en el análisis a las evidencias definidas para el control, como a la OAP, para que realice monitoreo y observaciones oportunas en los seguimientos, enfatizando generar sinergia entre los compromisos pactados y los soportes a los mismos.</p>                                                                                                             |
| <p><b>4.5.</b> Los profesionales encargados realizan cuatrimestralmente una revisión de los contenidos del sitio web, según los lineamientos establecidos en el Manual de Publicación de Contenidos del sitio Web y de ser necesario se generan alertas mediante correo electrónico a las áreas responsables cuando se identifique información desactualizada. Evidencia correo electrónico.</p>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>5.</b> Verificar por parte del coordinador o funcionario encargado de hacer seguimiento semanalmente a la gestión de los actos administrativos en la base de datos de notificaciones, validando que las actuaciones se hayan tramitado en los tiempos establecidos y surtiendo las tareas ordenadas en cada uno de los actos. En caso de observar una falla o incumplimiento se solicitará el ajuste correspondiente Evidencia: Sistema de Gestión, Superargo.</p>                                                                                                                              | <p><b>PTR 1594</b><br/>Retroalimentar a las áreas, en el cumplimiento de los tiempos establecidos para envío de actos administrativos. <b>Evidencias:</b> Requerimientos a las áreas cuando no se cumpla.</p>                                                                                                                                      | <p>De acuerdo con la actividad planteada y a la evidencia cargada en el aplicativo de gestión ITS, referente a las acciones y evidencias anidadas en el Plan de Tratamiento 1594, se comprobó que se cuenta con listas de asistencias frente a la temática propuesta, No obstante, estas no resultan ser efectivas en la verificación a la aprehensión de los asistentes, así mismo no garantizan que la retroalimentación en el cumplimiento de los "tiempos establecidos para el envío de los actos administrativos" fue entendida y clara para</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PTR                                                                                                                                                                                                                     | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                         | los asistentes al evento. Por tal razón se reitera tanto al gestor líder del proceso, para que se analice y determine si las evidencias asociadas al PTR son claras y coadyuvan en la mitigación del riesgo. Así mismo, es importante recomendar a la OAP oriente a los líderes de los procesos, sobre la pertinencia y objetividad de las evidencias expuestas a realizar sobre el PTR y que tengan hilo conductor con las causas y los riesgos del proceso. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>PTR 1594</b><br><i>Solicitud de la sistematización del procedimiento, al área encargada.</i><br><b>Evidencia:</b> Requerimientos que sean necesarios.                                                                | Se evidencia la trazabilidad a los requerimientos en cumplimiento a la actividad descrita en el PTR, así mismo estas son pertinentes a la acción.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>6. El profesional asignado para esta actividad, realiza monitoreo diario del comportamiento de las herramientas de seguridad con el fin de identificar alertas, validar el comportamiento de los módulos implementados e identificar y evaluar futuras opciones de implementación, con el fin de minimizar el riesgo de ataques cibernéticos. De identificarse fallas, uso inadecuado o desactualización de la herramienta se escalará al proveedor de las mismas, con el fin de realizar las actualizaciones a nuevas versiones pertinentes y gestionar el plan de acción a seguir. Evidencias: Informe trimestral y semestral de la gestión, monitoreo y afinamiento de implementación de las herramientas y futuras opciones de implementación</b> | <b>PTR 1551</b><br><i>Gestionar la transferencia de conocimiento sobre el manejo de las herramientas de seguridad.</i><br><b>Evidencia:</b> Citación a capacitaciones, certificado de asistencia.                       | Se evidencia cumplimiento a la actividad descrita, así mismo a las evidencias cargadas pertinentes a la acción. Sin embargo, se recomienda al facilitador del proceso realizar las anotaciones que puedan orientar al evaluador sobre el desarrollo de las acciones al PTR.                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <i>Gestionar la contratación del Recurso Humano requerido para responder a los retos y demandas de la entidad en temas relacionados con Seguridad de la Información.</i><br><b>Evidencia:</b> Contrato; acta de inicio. | Se evidencia cumplimiento a la actividad descrita, así mismo a las evidencias cargadas pertinentes a la acción. Sin embargo, se recomienda al facilitador del proceso realizar las anotaciones que puedan orientar al evaluador sobre el desarrollo de las acciones al PTR.                                                                                                                                                                                   |

**Tabla N° 26 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno, **Riesgos de Gestión proceso “Gobierno y Gestión de datos e Información 2024”**, tomada del aplicativo de gestión ITS vigencia 2024.

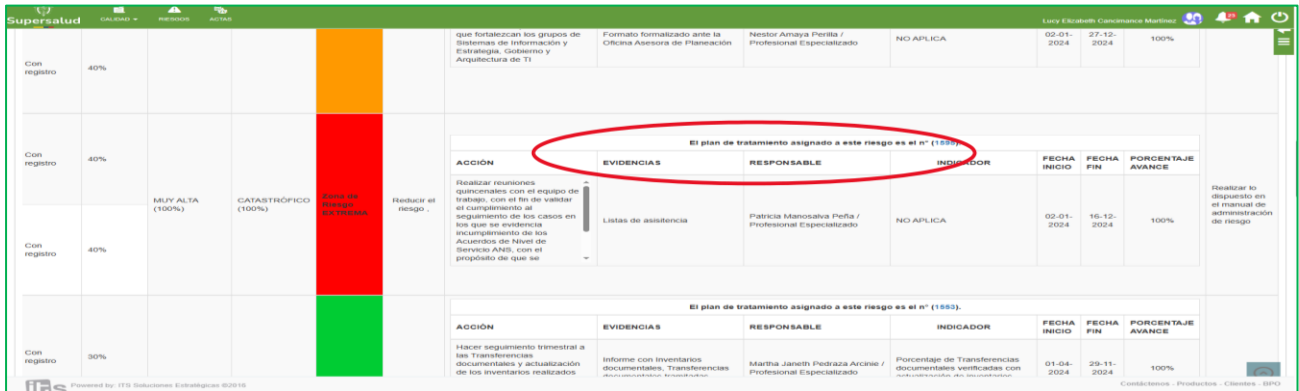
## Riesgos de Gestión proceso: Gestión de Bienes y Servicios

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plan de Mejoramiento                                                                                                                                                                                                                                                                 | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. El funcionario responsable verifica diariamente las solicitudes allegadas al correo rfsoluciones@supersalud.gov.co con el fin de identificar los requerimientos de los funcionarios y de manera oportuna direccionando inmediatamente la solicitud al funcionario encargado. Evidencia: Correo electrónico</b> | <b>PTR 1529</b><br><i>Realizar socialización al Grupo de Recursos Físicos para el manejo oportuno y los tiempos de respuesta de las solicitudes allegadas al correo rfsolucionessupersalud.gov.co en las reuniones de autoevaluación.</i><br><b>Evidencia:</b> Listado de Asistencia | Al verificar las evidencias consideradas como soportes frente a la actividad propuesta al PTR 1529, esta corresponde a la descrita a la acción, pese a ello, el equipo auditor determina que la descripción de la evidencia es débil y deficiente, toda vez que una lista asistencia solo comprueba asistencia por parte de los convocados al evento, más no garantiza la aprehensión frente al “manejo oportuno y los tiempos de respuesta de las solicitudes allegadas”. Por tal razón, se reitera que, el gestor líder del proceso analice y determine si las evidencias asociadas al PTR se encuentran bien redactadas, son claras y coadyuvan en la mitigación del riesgo. Así mismo, es importante recomendar a la OAP oriente a los líderes de los procesos, sobre la pertinencia y objetividad de las evidencias expuestas a realizar sobre el PTR y que estas tengan hilo conductor con las causas y los riesgos residuales del proceso. |

**Tabla N° 27 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno, **Riesgos de Gestión proceso “Gestión de Bienes y Servicios”**, tomada del aplicativo de gestión ITS vigencia 2024.

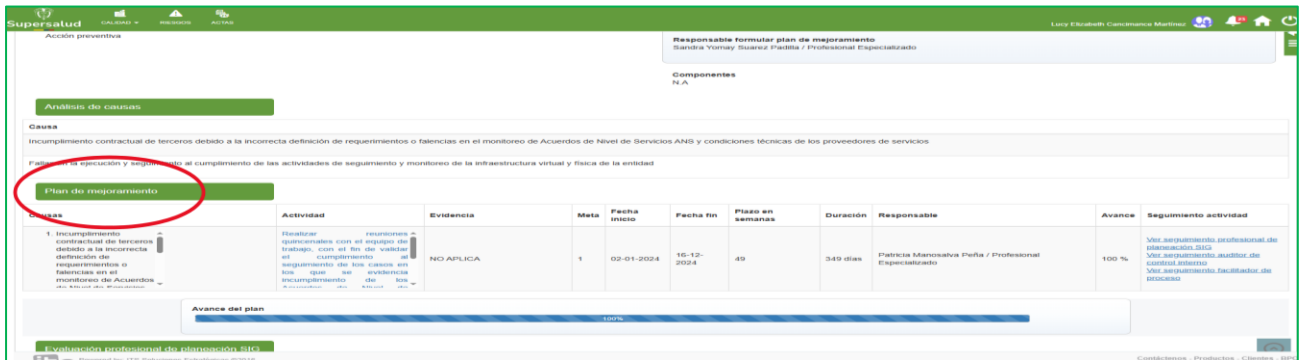
Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 2. Soportes documentales determinados como evidencias asociadas a los PTR**, a los procesos de la Entidad, toda vez que de la evaluación efectuada, si bien es cierto, se identificó la definición de soportes para dar cumplimiento a las acciones de PTR, también lo es que, se debe propender porque las evidencias que se disponen para esta temática sean, en la medida de las posibilidades, mucho más robustas, esto con el ánimo se minimice toda probabilidad de ocurrencia del riesgo, y de impacto sobre el particular, tal es el caso, de listas de asistencia a un evento de capacitación, o cuando la evidencia es un soporte que demuestra ejecución del control a través de un correo electrónico, a pesar de que la intención es válida, para el caso de acciones dispuestas en aminorar la posible materialización de riesgos de corrupción, estas pueden ser no pertinentes.

Ahora bien, verificada la información contenida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), referente al mapa de riesgos institucionales identificado con código DEFT22v1, se evidencia que este dispone de datos e información asignados a “*Planes de Tratamientos*” en los riesgos identificados a cada proceso, sin embargo, al entrar a revisar en detalle dichos PTR, la denominación cambia de terminología, es decir se convierten en “*Planes de Mejoramiento*”, cuya finalidad conducen a acciones que soportadas en evidencias pertinentes y finalmente al evaluarse genera como resultados la calificación de “*Eficacia o No*” de dicho plan, de allí que resulta no haber concordancia entre los dos (2) términos utilizados e identificados en el aplicativo para esta gestión; lo anterior, se ilustra en las imágenes N° 5 y 6.



| Riesgo       | Impacto | Probabilidad    | Nivel de Riesgo     | Acción                                                                                                                                                                                                                                 | Evidencias                                                                       | Responsable                                             | Indicador                                                                             | Fecha Inicio | Fecha Fin  | Porcentaje Avance |
|--------------|---------|-----------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-------------------|
| Con registro | 40%     |                 | ALTA                | que fortalezcan los grupos de sistemas de información y Estrategias, Gobierno y Arquitectura de TI                                                                                                                                     | Formato formalizado ante la Oficina Asesora de Planeación                        | Nestor Amaya Perilla / Profesional Especializado        | NO APLICA                                                                             | 02-01-2024   | 27-12-2024 | 100%              |
| Con registro | 40%     | MUY ALTA (100%) | CATASTRÓFICO (100%) | Reducir el riesgo                                                                                                                                                                                                                      | El plan de tratamiento asignado a este riesgo es el n° (1895)                    |                                                         |                                                                                       |              |            |                   |
| Con registro | 40%     |                 |                     | Realizar reuniones quincenales con el equipo de trabajo, con el fin de validar el cumplimiento al seguimiento de los casos en los que se evidencia incumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio ANS, con el propósito de que se | Listas de asistencia                                                             | Patricia Manosalva Peña / Profesional Especializado     | NO APLICA                                                                             | 02-01-2024   | 16-12-2024 | 100%              |
| Con registro | 30%     |                 |                     | Hacer seguimiento trimestral a las Transferencias documentales y actualización de los inventarios realizados                                                                                                                           | Informe con Inventarios documentales, Transferencias documentales, Actualización | Marta Janeth Pedraza Aceiro / Profesional Especializado | Porcentaje de Transferencias documentales verificadas con actualización de inventario | 01-04-2024   | 29-11-2024 | 100%              |

Imagen N° 5 - Fuente: Aplicativo de gestión ITS



| Actividad                                                                                                                                                                                                              | Evidencia | Meta | Fecha Inicio | Fecha Fin  | Plazo en semanas | Duración | Responsable                                         | Avance | Seguimiento actividad                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|--------------|------------|------------------|----------|-----------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Incumplimiento contractual de terceros debido a la incorrecta definición de requerimientos o falencias en el monitoreo de Acuerdos de Nivel de Servicios ANS y condiciones técnicas de los proveedores de servicios | NO APLICA | 1    | 02-01-2024   | 16-12-2024 | 49               | 349 días | Patricia Manosalva Peña / Profesional Especializado | 100 %  | Ver seguimiento, profesionales de planeación, DIT, Ver seguimiento auditor de control interno, Ver seguimiento, facultador de procesos |

Imagen N° 6 - Fuente: Aplicativo de gestión ITS

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno **reitera** la **No Conformidad N° 7. Inconsistencia en la terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).**

## 1.1.2.2 Mapa de Riesgos de Corrupción

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno efectuó evaluación a los riesgos de corrupción que se encuentran dispuestos en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), identificados para los procesos “Gobierno y Gestión de Datos e Información”, gestionado por la Dirección de Innovación y Desarrollo, y proceso “Gestión de Bienes y Servicios”, gestionado por la Dirección Administrativa, los PTR y la “efectividad” de las evidencias cargadas como soporte a las actividades propuestas por el líder del proceso; de lo cual, a continuación se presentan los siguientes análisis.

### Riesgos de Corrupción proceso: Gobierno y Gestión de Datos e Información.

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PTR                                                                                                                                                                                                                                | Responsable Control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1.1.</b> Cada vez que se recepcione (<b>sic</b>) un requerimiento de acceso a las Bases de Datos o los sistemas de información será escalada al Subdirector de Tecnologías de la Información, para que defina la autorización de acceso; el profesional de la Subdirección de Tecnologías de la Información, previa aprobación dará cumplimiento a la solicitud y concederá los permisos requeridos; en caso contrario se informa al usuario que requiere el servicio que no procede la solicitud. <b>Evidencias:</b> Casos registrados en la herramienta de gestión CA</p> <p><b>1.2.</b> El profesional asignado para realizar las labores de monitoreos de usuarios y permisos en bases de datos misionales y Sistemas Operativos debe generar Informe mensual del resultado de monitoreo. En caso de detectar accesos no autorizados, se debe requerir inmediatamente el bloqueo de acceso y escalar la solicitud para que se efectúe El profesional asignado para realizar la habilitación del Sistema de Recepción, Validación y Cargue para las “Retransmisiones”, la cual es habilitada en base de datos por la Subdirección de Tecnologías de la Información STI, descarga el formato Excel con la información de la lista en SharePoint creada por la Subdirección de Analítica para tal fin y únicamente dispondrá el sistema para aquellas entidades que fueron autorizadas a la retransmisión de acuerdo con el registro realizado para cada delegatura en donde la retransmisión se encuentre en estado aprobado. En caso de recibir solicitudes por otro medio deberá informar al usuario con copia al jefe inmediato que requiere el servicio que no procede la solicitud. <b>Evidencias:</b> Excel descargado de la lista de SharePoint con las retransmisiones aprobadas y tramitadas durante el semestre; en caso de requerirse, correos electrónicos donde se evidencie la no procedencia de la solicitud la investigación correspondiente. <b>Evidencia:</b> Informe mensual del resultado de monitoreo, registros en la herramienta</p> | <p><b>PTR 1592</b><br/>Realizar mesa de trabajo con las áreas misionales con el fin de evidenciarles que ellos deben incluir dentro de sus riesgos de corrupción la posible afectación. <b>Evidencia:</b> Lista de Asistencia.</p> | <p>Se verifica que las evidencias cargadas en el aplicativos, respecto al PTR 1592, corresponden a la definida en la actividad, se recomienda realizar cargues periódicos que permitan identificar la eficiencia del control. Sin embargo, se reitera la necesidad que además de una lista de asistencia, se pueda comprobar información adicional que dé cuenta de los compromisos pactados y los responsables (áreas misionales) que participan en la “<b>mesas de trabajo</b>” mencionadas en acción al PTR.</p> |

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PTR                                                                                                                                                                                                                                | Responsable Control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>de gestión CA, correo electrónico y comunicación interna en caso de requerirse investigación</p> <p><b>1.3.</b> El profesional asignado para realizar la habilitación del Sistema de Recepción, Validación y Cargue para las “Retransmisiones”, la cual es habilitada en base de datos por la Subdirección de Tecnologías de la Información STI, descarga el formato Excel con la información de la lista en SharePoint creada por la Subdirección de Analítica para tal fin y únicamente dispondrá el sistema para aquellas entidades que fueron autorizadas a la retransmisión de acuerdo con el registro realizado para cada delegatura en donde la retransmisión se encuentre en estado aprobado. En caso de recibir solicitudes por otro medio deberá informar al usuario con copia al jefe inmediato que requiere el servicio que no procede la solicitud. <b>Evidencias:</b> Excel descargado de la lista de SharePoint con las retransmisiones aprobadas y tramitadas durante el semestre; en caso de requerirse, correos electrónicos donde se evidencie la no procedencia de la solicitud</p> |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>2.</b> El profesional asignado de cada dependencia-verifica, cada vez que se requiera, la completitud, integridad y disponibilidad del expediente dado en préstamos (análogo o digital) a los funcionarios y es registrado en el formato de control de préstamos y en el repositorio del GGD. En caso de encontrar inconsistencia se levanta un acta y se remite al líder de proceso y al coordinador de gestión documental para tomar las acciones pertinentes. Adicionalmente el profesional designado del Grupo de Gestión Documental realiza seguimiento a todas las dependencias para verificar el cumplimiento de este lineamiento. <b>Evidencia:</b> Formato de control de préstamos, Repositorio e Informe.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>PTR 1550</b><br/>Orientar a la parte interesada en la denuncia a tramitar y en la forma como puede realizarse la reconstrucción archivística de los expedientes. <b>Evidencia:</b> Correo o memorando denuncia.</p>          | <p>Al realizar verificación de las evidencias comprometidas e inmersas en las actividades asignadas al PTR 1550, se identifica que, pese a que no se cuenta con los “correos o memorandos denuncia” de pérdida de expedientes, se carga otro tipo de soporte estimado como acciones al plan. No obstante, se debe considerar la posibilidad de que, al no reportarse pérdida de información, se describan y ejecuten otro tipo de estrategias efectivas, que demuestren medidas preventivas en aras de custodiar la información archivística de la entidad.</p> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Implementar personal de seguridad dentro del inmueble del Archivo Central, que inspeccione la entrada y salida del personal, en cuanto a tenencia de documentos físicos o electrónicos. <b>Evidencia:</b> Informe semestral</p> | <p>Se identifica el cargue de la evidencia descrita en la acción del PTR 1550, sin embargo, se reitera la necesidad de que la evidencia involucre las labores que en línea objetiva demuestren lo propuesto en la acción.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Verificar la aplicabilidad del formato de control de préstamos y el registro en el Repositorio del GGD. <b>Evidencia:</b> Informe trimestral</p>                                                                                | <p>Se resalta la relación de datos consignados en el documento “informe trimestral” aportado como evidencia dentro acción al Plan, pese a ello, la información reportada no permite verificar la efectividad al control de la acción.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>3.</b> El auxiliar a cargo de la base de datos del Grupo de Notificaciones mensualmente revisa y analiza los tiempos utilizados para el proceso de notificaciones, con el fin de detectar atipicidades o anomalías en los tiempos de gestión frente al proceso. En caso</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>PTR 1591</b><br/>Participación del Grupo de Notificaciones en las actividades programadas por el Grupo de Talento Humano con respecto a</p>                                                                                  | <p>Evalúadas las evidencias aportadas en el aplicativo de gestión ITS, y que deben estar relacionadas con la descripción de la acción del PTR 1591 y en hilo conductor con la descripción del control,</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Responsable Control                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| de detectarse alguna atipicidad o anomalía se informará al coordinador del grupo. <b>Evidencia:</b> Correo Electrónico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | la implementación de la Política de Transparencia y Lucha contra la corrupción PEMN12 (Código de Integridad), en su componente de Garantizar acciones de fortalecimiento organizacional que promueva el desarrollo de una cultura de integridad entre sus servidores públicos en pro del constante cambio cultural, la defensa de lo público, el servicio a la ciudadanía y la apropiación institucional, al igual que apoyar las acciones de sensibilización, apropiación de valores y pedagogía de la Política de Integridad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, liderado por el Grupo de Talento Humano acompañando las actividades programadas. <b>Evidencia:</b> Lista de Asistencia. | se determinó que, para el segundo corte porcentual de la vigencia 2024 (50%) estas no corresponden y no son afines o conducentes a eliminar la causa raíz. pese a que son temáticas importantes.<br><br>Sin embargo, la OAP, no generó observación alguna que pusiera en evidencia la debilidad del reporte. |
| 4. El profesional especializado o auxiliar del grupo de corresponda verifican y hacen seguimiento mensualmente según corresponda, la trazabilidad de cada guía en la plataforma de mensajería expresa o de 4-72, validando que las mismas sean entregadas o devueltas satisfactoriamente dentro de los tiempos establecidos en los contratos. En caso contrario, se requiere inmediatamente la prueba de entrega o la devolución al operador postal o de mensajería expresa. Igualmente se verifica que el auxiliar de 4-72 esté revisando permanentemente que el motorizado realiza efectivamente la entrega de las comunicaciones o que, en el evento de una devolución, la causal sea válida. <b>Evidencia:</b> Plataforma de las empresas postal y de mensajería expresa, bases de datos, correos electrónicos y registro en el sistema SuperArgo. | <b>PTR 1549</b><br>Solicitar al contratista del personal en misión que mínimo dos veces al año comunique y recuerde mediante correo electrónico el cumplimiento del Código de Integridad de Servicios Postales Nacionales. <b>Evidencia:</b> 1. Correo electrónico<br>2. Lista de asistencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se identifica cumplimiento en el cargue de la información aportada como evidencia a la acción del PTR 1549, puesto que la temática seleccionada garantiza un desempeño de integridad frente a la información de la entidad.                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Incluir en los contratos de correo, las cláusulas que hagan referencia a seguridad de la información. <b>Evidencia:</b> Contratos en ejecución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se identifica cumplimiento en el cargue de la información aportada como evidencia a la acción del PTR 1549 los documentos contractuales establecen lo propuesto en la acción, razón por la cual se considera que hay afinidad y conducencia en la descripción del riesgo.                                    |

**Tabla N° 28 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno, **Riesgos de Corrupción proceso “Gobierno y Gestión de datos e información”**, tomada del aplicativo de gestión ITS vigencia 2024.

## Riesgos de corrupción proceso: Gestión de Bienes y Servicios

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PTR                                                                                                                                                                                          | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1. El funcionario responsable del parque automotor realiza el seguimiento al aplicativo GPS verificando que los registros de los desplazamientos se encuentren en los parámetros normales y de acuerdo con la planilla de Servicios Operativos Brindados. <b>Evidencia:</b> Informe y aplicativo GPS | <b>PTR 1525</b><br>Realizar socialización por medio de una pieza gráfica a los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud, comunicando el proceso a seguir para la prestación del | Evaluada la información aportada como evidencia al control, se podría decir que se efectuó con lo descrito en el PTR 1525, no obstante, esta acción no asegura la efectividad de atacar la causa raíz analizada al PTR |

| Control Preventivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PTR                                                                                                                                                                                                                                                          | Análisis OCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1.2.</b> El funcionario encargado del Grupo de Recursos Físicos verifica cada vez que se requiera, previamente a la designación del conductor, que prestará el servicio, que se haya remitido al correo <a href="mailto:rfsoluciones@supersalud.gov.co">rfsoluciones@supersalud.gov.co</a> por parte del directivo encargado de la dependencia. En caso de no haber solicitud de correo previa, no se realizará la prestación del servicio.</p> <p><b>Evidencia</b> Correo electrónico</p>                | <p>servicio de vehículos <b>Evidencia:</b> Pieza publicada</p>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>2.</b> El personal de Almacén analiza que las cantidades de las solicitudes de los pedidos sean las necesarias, para su normal funcionamiento requeridos por parte de las dependencias, con el fin de evitar la acumulación innecesaria de elementos en las dependencias, en caso de solicitar cantidades desproporcionadas se verificará con el área solicitante (<b>sic</b>) la necesidad de los elementos.</p> <p><b>Evidencia</b> solicitud de pedidos por correo electrónico y salida de almacén</p> | <p><b>PTR 1618</b><br/>Realizar validación aleatoria trimestralmente de las entregas físicas de insumos, (Solicitud de pedidos vs solicitud de pedido aprobada por el almacén).</p> <p><b>Evidencia:</b> Solicitudes de pedidos Vs solicitudes aprobadas</p> | <p>Revisada y evaluada la información aportada como soporte a la evidencia consignada en el PTR 1618, por parte del responsable de su ejecución, ésta en efecto corresponde a lo descrito “<i>Solicitudes de pedidos Vs solicitudes aprobadas</i>”, a pesar de ello, no es posible identificar que se haya hecho un análisis o validación aleatoria trimestralmente que sustente si el pedido del área solicitante sea necesario, a fin de evitar acumulación innecesaria de elementos en las dependencias solicitantes.</p> |

**Tabla N° 29 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno, **Riesgos de Corrupción proceso “Gestión de Bienes y Servicios”**, tomada del aplicativo de gestión ITS vigencia 2024.

Con fundamento en los análisis realizados en tabla anterior, la Oficina de Control Interno **reitera la Recomendación N° 2. Soportes documentales determinados como evidencias asociadas a los PTR de los procesos “Gobierno y Gestión de Datos e Información” y “Gestión de bienes y servicios”.**

Ahora bien, cobra relevancia mencionar, que el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), dispone del “*criterio*” denominado “*Seguimiento Actividad*”, mediante el cual se pueden efectuar “*seguimientos*” al desarrollo de las actividades propuestas y realizadas, como también, a las evidencias aportadas por el responsable de formular y ejecutar el PTR, sin embargo, se identificó que este debe ser objeto de mayor usabilidad y con ello aumento de las frecuencias de monitoreo.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 3. Usabilidad del “criterio” denominado “Seguimiento Actividad” dispuesto en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) e incremento de monitoreos de los PTR**, toda vez que se considera relevante dar mayor usabilidad como medio de “*monitoreo*”, junto con el incremento en las frecuencias, lo cual contribuiría en la generación de alertas tempranas a los procesos, frente a posibles desviaciones respecto de la gestión de actividades y evidencias que no resulten ser suficientes para atender la temática dispuesta dentro del PTR.

A corte abril de la vigencia 2025, el equipo auditor, realiza verificación a los riesgos de gestión y corrupción asociados a los procesos objeto de análisis mediante esta auditoría con PTR, los cuales se detallan en la siguiente tabla.

| Procesos                                  | N° de Riesgos Identificados ITS |            | Planes de Tratamiento identificados |            |
|-------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
|                                           | Gestión                         | Corrupción | Gestión                             | Corrupción |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información | 11                              | 4          | 10                                  | 4          |

| Procesos                      | Nº de Riesgos Identificados ITS |            | Planes de Tratamiento identificados |            |
|-------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
|                               | Gestión                         | Corrupción | Gestión                             | Corrupción |
| Gestión de Bienes y Servicios | 8                               | 4          | 3                                   | 4          |

**Tabla 30** - Fuente propia equipo Auditor – Información extraída del mapa de **Riesgos de Gestión y Corrupción** Institucional SNS publicado el 31.01.2025, para los procesos: “Gobierno y Gestión de Datos e Información” y “Gobierno y Gestión de Bienes y Servicios”

De otra parte se analiza que, si bien es cierto, la entidad cuenta con la “**Política de Administración del Riesgo**”, actualizada el 15 de enero de 2025, donde se imparten lineamientos para el monitoreo a los riesgos institucionales a saber: Gestión, Corrupción, de Seguridad y Privacidad de la Información y Riesgos Fiscales; política que indica entre otras temáticas, la periodicidad para registrar monitoreo en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), el cual establece ejecutarse de forma “**trimestral**”, así mismo, indica que “**este monitoreo se realiza en el marco de la autoevaluación enero, abril, julio y octubre de cada vigencia**”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

No obstante, para la fecha de publicación de la “Política de Administración del Riesgo”, también se contaba la Resolución N° 2021160000013752 – 6 de 2021 “**Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud**”, la cual en su artículo 3º instruye “**aspectos para tratar y periodicidad a las reuniones**”, definiendo que para los riesgos de gestión y riesgos de corrupción la periodicidad está definida para ejecutarse “**mínimo semestralmente**”; significando esto, que los lineamientos de la “Política de Administración del Riesgo” resultan ser contrarios a los establecidos en la citada resolución. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

Por lo anteriormente expuesto, el equipo auditor genera **Recomendación N° 4. Articulación de lineamientos impartidos** al proceso “Gestión de Mejora”, toda vez que, se detectó la generación de directrices en contrario a actos administrativos como lo es la Resolución N° 2021160000013752 – 6 de 2021, situaciones que deben ser objeto de análisis a fin de evitar que estas situaciones puedan impactar negativamente en el desarrollo efectivo de los objetivos trazados en cada proceso, por tal razón, se invita a la Oficina Asesora de Planeación reflexionar sobre las consecuencias en las decisiones no articuladas con los actos administrativos existentes en la entidad, toda vez estas deben ser armónicas y conducentes a crear una relación de equilibrio entre el cumplimiento de metas y las órdenes impartidas a través de los actos administrativos generados por la Supersalud.

En el marco de la mejora continua de los procesos institucionales y en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 5. Coordinar y ejecutar un plan de capacitación dirigido a los responsables de las distintas dependencias de la entidad**, al proceso “Gestión de Mejora” tendiente a fortalecer las competencias en los siguientes aspectos:

1. Formulación de Planes de Mejoramiento: Capacitación en metodologías, identificación de causas raíz, definición de acciones efectivas, seguimiento y evaluación de resultados, conforme a los hallazgos derivados de auditorías internas, o ejercicios de autoevaluación institucional.
2. Gestión de Riesgos y Riesgos de Corrupción: Formación en identificación, análisis, valoración y tratamiento de riesgos, con énfasis en los riesgos de corrupción, en concordancia con la Política de Gestión del Riesgo y las herramientas del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

3. Uso del Aplicativo de Administración de Planes y Riesgos: Capacitación práctica sobre el aplicativo institucional destinado al registro, seguimiento y control de los planes de mejoramiento y de gestión de riesgos, con el objetivo de asegurar una adecuada utilización, trazabilidad de la información y toma de decisiones basada en datos.

Esta estrategia contribuirá al fortalecimiento de la gestión institucional, al cumplimiento de los objetivos estratégicos y al mejoramiento del desempeño organizacional, asegurando la alineación con las políticas públicas y los marcos normativos vigentes.

Finalmente, en atención a la importancia del autocontrol como principio fundamental de la gestión pública y considerando la necesidad de fortalecer la formulación y seguimiento de los planes, así como la gestión efectiva de los riesgos (incluyendo los riesgos de corrupción), la Oficina de Control Interno considera importante que por parte de los diferentes líderes de proceso de la Superintendencia Nacional de Salud se tengan en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Aplicar el Principio de Autocontrol: Promover una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo, mediante la revisión permanente de los procesos a su cargo, la identificación oportuna de desviaciones y la implementación de acciones correctivas o preventivas que permitan garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2. Fortalecer la Gestión de Planes de Mejoramiento y Riesgos: Asumir el liderazgo en la formulación, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento derivados de auditorías, evaluaciones internas y autoevaluaciones; así como en la identificación, análisis y control de riesgos, incluyendo aquellos asociados a posibles actos de corrupción.

3. Participar Activamente en las Capacitaciones: Asistir y garantizar la participación del personal de sus procesos en las actividades de formación que convoque la Oficina Asesora de Planeación, con el propósito de adquirir las competencias necesarias para el uso adecuado del aplicativo institucional y para una gestión más eficaz y transparente.

La implementación efectiva de estas acciones contribuirá a consolidar una administración más eficiente, transparente y orientada al logro de resultados, en cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

### **1.3 Resolución N. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS”**

La Oficina de Control Interno, en atención a la actividad auditora, efectuó evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la resolución 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, de lo cual, se tomaron como muestra las reuniones de autoevaluación efectuadas durante el la vigencia 2024 a marzo de 2025, realizadas por parte de la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso “Gestión de Mejora”, objeto de auditoría, como se ilustra a continuación:

| ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN N. 2021160000013752–6                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                   |    |                   |    |                   |    |                   |    |                    |    |                    |    |                     |    |                    |    |                    |    |                    |    |                    |    |                            |    |   |  |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|----|-------------------|----|-------------------|----|-------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|---------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|----------------------------|----|---|--|---|--|
| Tema reunión autoevaluación                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Periodicidad     | Ene 2024          |    | Feb 2024          |    | Mar 2024          |    | Abr 2024          |    | May 2024           |    | Jun 2024           |    | Jul 2024            |    | Agos 2024          |    | Sept 2024          |    | Oct 2024           |    | Nov 2024           |    | Dic 2024                   |    |   |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | GE-9488<br>13 Feb |    | GE-9711<br>12 Mar |    | GE-9798<br>09 Abr |    | GE-9907<br>20 May |    | GE-10152<br>18 Jun |    | GE-10171<br>12 Jul |    | GE-10300<br>14 Agos |    | GE-10422<br>12 Sep |    | GE-10510<br>15 Oct |    | GE-10594<br>14 Nov |    | GE-10668<br>06 Dic |    | GE-10830<br>16 Ene<br>2025 |    |   |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | C                 | NC | C                 | NC | C                 | NC | C                 | NC | C                  | NC | C                  | NC | C                   | NC | C                  | NC | C                  | NC | C                  | NC | C                  | NC | C                          | NC |   |  |   |  |
| <b>Medición del Desempeño.</b> Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.                                                                                      | Mensual          | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                  |    | X                  |    | X                   |    | X                  |    | X                  |    |                    |    | X                  |    | X                          |    |   |  |   |  |
| <b>Mejora.</b> Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)                                                                                    | Mensual          | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                  |    | X                  |    | X                   |    | X                  |    | X                  |    |                    |    | X                  |    | X                          |    |   |  |   |  |
| <b>Proyectos de Inversión.</b> Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)                                                                                                                                                                                                             | Mensual          | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                  |    | X                  |    | X                   |    | X                  |    | X                  |    |                    |    | X                  |    | X                          |    |   |  |   |  |
| <b>Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA.</b> Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).                                                                                       | Mensual          | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                  |    | X                  |    | X                   |    | X                  |    | X                  |    |                    |    | X                  |    | X                          |    |   |  |   |  |
| <b>Sistema Integrado de Gestión-SIG - Revisión de los procesos liderados por el área.</b> Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.                                                                                          | Trimestral       | N.A.              |    | N.A.              |    | X                 |    | X                 |    | X                  |    | X                  |    | N.A.                |    | X                  |    | X                  |    |                    |    | X                  |    | X                          |    |   |  |   |  |
| <b>Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción.</b> Revisar y gestionar los riesgos asociados a los procesos a cargo analizando, entre otros, la eficacia de los controles, posible materialización y planes de tratamiento, con el fin de generar realizar los ajustes que se consideren pertinentes.                                 | Mínimo semestral | X                 |    | N.A.              |    |                   |    |                   |    |                    |    | X                  |    | N.A.                |    |                    |    |                    |    |                    |    |                    |    | X                          |    |   |  |   |  |
| <b>Revisión por la Dirección.</b> Hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos relacionados con la dependencia y que fueron identificados en el informe anual de revisión por la Dirección.                                                                                                                                   | Una vez al año   | N.A.              |    |                   |    |                   |    |                   |    |                    |    |                    |    |                     |    |                    |    |                    |    |                    |    |                    |    |                            |    | X |  | X |  |
| <b>Art.2.</b> Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo. | -                | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                 |    | X                  |    | X                  |    | X                   |    | X                  |    | X                  |    | X                  |    | X                  |    | X                          |    |   |  |   |  |

**Tabla N° 31 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

| ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN N. 2021160000013752-6                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                    |    |                    |    |                    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|
| Tema reunión autoevaluación                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Periodicidad     | Ene 2025           |    | Feb 2025           |    | Mar 2025           |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | GE-10983<br>14 Feb |    | GE-11322<br>12 Mar |    | GE-11468<br>11 Abr |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | C                  | NC | C                  | NC | C                  | NC |
| <b>Medición del Desempeño.</b> Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.                                                                                      | Mensual          | X                  |    | X                  |    | X                  |    |
| <b>Mejora.</b> Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)                                                                                    | Mensual          | X                  |    | X                  |    | X                  |    |
| <b>Proyectos de Inversión.</b> Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)                                                                                                                                                                                                             | Mensual          | X                  |    | X                  |    | X                  |    |
| <b>Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA.</b> Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).                                                                                       | Mensual          |                    |    | X                  |    | X                  |    |
| <b>Sistema Integrado de Gestión-SIG - Revisión de los procesos liderados por el área.</b> Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.                                                                                          | Trimestral       | N.A.               |    | X                  |    | X                  |    |
| <b>Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción.</b> Revisar y gestionar los riesgos asociados a los procesos a cargo analizando, entre otros, la eficacia de los controles, posible materialización y planes de tratamiento, con el fin de generar realizar los ajustes que se consideren pertinentes.                                 | Mínimo semestral | N.A.               |    |                    |    | X                  |    |
| <b>Revisión por la Dirección.</b> Hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos relacionados con la dependencia y que fueron identificados en el informe anual de revisión por la Dirección.                                                                                                                                   | Una vez al año   | N.A.               |    |                    |    |                    |    |
| <b>Art.2.</b> Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo. | -                | X                  |    | X                  |    | X                  |    |

**Tabla N° 32 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, al efectuar evaluación respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la Resolución N° 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “*Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud*”, y de conformidad a las evidencias aportadas, observó que, por parte de la Oficina Asesora de Planeación, las reuniones de autoevaluación si bien son desarrolladas, también se identificó que las actas que a continuación se relacionan cuentan con “*Fecha límite de aprobación*” superior al mes en que fue desarrollada la Reunión de Autoevaluación.

| N° Acta Reunión Auto Evaluación | Fecha desarrollo Reunión de Autoevaluación | Fecha Límite Aprobación |
|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|
| GE-10152                        | 18 de Junio de 2024                        | 17 de Junio de 2024     |
| GE-10422                        | 12 Septiembre de 2024                      | 01 de Octubre de 2024   |
| GE-10510                        | 15 Octubre de 2024                         | 06 de Noviembre de 2024 |
| GE-10594                        | 14 Noviembre de 2024                       | 03 de Diciembre de 2024 |
| GE-10983                        | 14 de Febrero de 2025                      | 27 de Febrero de 2025   |
| GE-11322                        | 12 de Marzo de 2025                        | 15 de Abril de 2025     |
| GE-11468                        | 11 de Abril de 2025                        | 19 de Mayo de 2025      |

**Tabla N° 33 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 6. Reducción de tiempos para la Aprobación de las actas de Reunión de Autoevaluación** al proceso “*Gestión de Mejora*”, toda vez que, si bien estas se realizan, también lo es que debe efectuarse análisis a fin de determinar la viabilidad de reducir los tiempos de aprobación de estas.

La aprobación oportuna de las actas dentro del mismo mes en que se realiza la respectiva reunión es fundamental para garantizar la continuidad, transparencia y eficacia de la gestión institucional, lo que igualmente contribuye a:

1. Asegurar la trazabilidad y la integridad de las decisiones: Las actas reflejan los acuerdos, compromisos y deliberaciones institucionales, su aprobación oportuna valida formalmente lo acordado y permite que las acciones derivadas se ejecuten sin retrasos ni ambigüedades.
2. Mejorar la eficiencia en la planeación y seguimiento: Las decisiones registradas en las actas suelen tener implicaciones en la gestión de proyectos, recursos y responsabilidades, su aprobación oportuna facilita el seguimiento de los compromisos y contribuye a una gestión más ordenada y coherente.

Por lo tanto, se concluye que aprobar las actas dentro del mes correspondiente no solo es una buena práctica administrativa, sino también una condición esencial para la buena gobernanza, la rendición de cuentas y el cumplimiento efectivo de los compromisos institucionales, las actas sin aprobar o aprobadas con retraso pueden ser observadas como debilidades en el control documental y en la gestión administrativa.

Por último, se identificó que la Reunión de Autoevaluación referente al mes de Abril de la vigencia 2024, fue desarrollada solo hasta el 20 de Mayo de 2024, tal y como se evidenció a través del acta “*GE-9907 del 20 de Mayo de 2024*”, situación que identificó debilidad respecto de las regulaciones establecidas en la Resolución N° 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “*Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud*”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 1. Celebración extemporánea de Reunión de Autoevaluación** al proceso “*Gestión de Mejora*”, toda vez que se identificó que la Reunión de Auto Evaluación referente al mes de Abril de la vigencia 2024, fue desarrollada solo hasta el 20 de Mayo de 2024, tal y como se evidenció a través del acta “*GE-9907 del 20 de Mayo de 2024*”, evidenciando debilidad respecto de las regulaciones establecidas en la Resolución N° 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “*Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud*”., la cual en su artículo 3° señala: “Aspectos para tratar y periodicidad de las reuniones. Los líderes de dependencia, en conjunto con los funcionarios a su cargo, **deberán en los primeros diez días hábiles de cada mes**, de manera presencial o virtual, tratar en las reuniones de autoevaluación al menos los siguientes temas (...)”. (Negrilla, Cursiva y subrayado extratextuales).

De ello, es importante citar lo regulado en el decreto 1499 del 2017 (MIPG), y en concreto a lo definido a través de las Dimensiones N. 2 y 7, en donde se precisa:

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

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

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

[...] “en cada uno de los aspectos de la dimensión de gestión para resultados, los responsables deberán **adoptar mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones**, la eficacia y la eficiencia operacional de la entidad y la corrección oportuna de las deficiencias. **La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación** y se comprueba por medio de la auditoría interna.”.

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

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

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

## 2. RESUMEN DE HALLAZGOS

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan los hallazgos detectados en desarrollo de la auditoría:

| Nº | OBSERVACIONES                                          | PROCESO           |
|----|--------------------------------------------------------|-------------------|
| 1  | Celebración extemporánea de Reunión de Autoevaluación. | Gestión de Mejora |

Tabla N° 34 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

| Nº | NO CONFORMIDADES                                                                                                                                                                                                                               | PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan como no eficaz” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”. | Gestión Financiera, Direccionamiento Estratégico, Gobierno y Gestión de Datos e Información, Gestión de Mejora, Gestión de Trámites, Gestión Estratégica de Personas y Gestión de Bienes y Servicios; así como los procesos Identificación y Seguimiento de Liquidaciones Voluntarias, Provisión de Soluciones Tecnológicas y Subsistema de Gestión de la Calidad. |

| Nº | NO CONFORMIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PROCESO                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2  | Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Ejecutar el Plan y reportar avances en el módulo de mejoramiento”, del proceso “Gestión de Mejora”.                                                                                                                                | Gobierno y Gestión de Datos e Información                                                                                                                                                                                          |
| 3  | Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Formular el Plan de Mejoramiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”.                                                                                         | Gestión de Mejora, Gestión de Trámites, Gestión Estratégica de Personas, Gobierno y Gestión de Datos e Información, Relacionamento con la Ciudadanía y Grupos de Valor, Actuaciones Disciplinarias y Gestión de Bienes y Servicios |
| 4  | Inconsistencia en los reportes generados por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).                                                                                                                                                                                                                                                 | Gestión de Mejora                                                                                                                                                                                                                  |
| 5  | Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Analizar los hallazgos y proceder a definir su tratamiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”.                                                               | Gobierno y Gestión de Datos e Información y Gestión de Trámites                                                                                                                                                                    |
| 6  | Materialización de Riesgo de Gestión “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición”. | Gobierno y Gestión de Datos e Información                                                                                                                                                                                          |
| 7  | Inconsistencia en la terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), respecto de la actividad clave de éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan con Eficacia – No Eficacia”.                                                                                                                     | Gestión de Mejora                                                                                                                                                                                                                  |

Tabla N° 35 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

### 3. RESUMEN DE RECOMENDACIONES

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan las recomendaciones detectadas en desarrollo de la auditoría:

| Nº | RECOMENDACIONES                                                                                                                                              | PROCESO                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1  | Gestión de los planes en trámite de evaluación de la Oficina Asesora de Planeación.                                                                          | Gestión de Mejora      |
| 2  | Soportes documentales determinados como evidencias asociadas a los PTR.                                                                                      | Procesos de la Entidad |
| 3  | Usabilidad del “criterio” denominado “Seguimiento Actividad” dispuesto en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) e incremento de monitoreos de los PTR. | Gestión de Mejora      |
| 4  | Articulación de lineamientos impartidos.                                                                                                                     | Gestión de Mejora      |
| 5  | Coordinar y ejecutar un plan de capacitación dirigido a los responsables de los distintos procesos de la entidad.                                            | Gestión de Mejora      |
| 6  | Reducción de tiempos para la Aprobación de las actas de Reunión de Autoevaluación.                                                                           | Gestión de Mejora      |

Tabla N° 36 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

### 4. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORÍA (HALLAZGOS, RECOMENDACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno realizó traslado del informe preliminar de auditoría mediante radicado N° 20251400000054473 del 28.05.2025, por el término de cinco (5) días hábiles, con el fin garantizar el derecho a la defensa y contradicción del auditado, así como materializar el principio rector del debido proceso, para lo cual, la Oficina Asesora de Planeación en calidad de dependencia líder del proceso auditado, mediante radicado N° 20251200200056403 del

04.06.2025, presentó “Observaciones al Informe Preliminar Auditoría proceso Gestión de Mejora”, pronunciamientos los cuales fueron objeto del correspondiente análisis así;

### 1. Respuesta emitida por la Oficina Asesora de Planeación.

*“Hallazgos – No conformidad:*

*Analizados los hallazgos de no conformidad y realizando un ejercicio preliminar de equiparación de causa se identificó que para las no conformidades:*

- 1- Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan como no eficaz” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”.*
- 2- Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Ejecutar el Plan y reportar avances en el módulo de mejoramiento”, del proceso “Gestión de Mejora”.*
- 3- Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Formular el Plan de Mejoramiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”*

*Los tres hallazgos comparten una causa común, por lo que resulta indispensable simplificar la gestión de los planes de mejoramiento en la entidad. Por ello, solicitamos, que se analicen y se unifiquen en una sola no conformidad, con el fin de elaborar un único plan de mejoramiento que contemple acciones dirigidas a subsanar la causa raíz que los origina evitando la duplicidad de actividades y planes de mejoramiento.*

*De igual manera, solicitamos que las no conformidades número 4: 'Inconsistencia en los reportes generados por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)' y número 7: 'Inconsistencia en la terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), respecto de la actividad clave de éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan con Eficacia – No Eficacia”, sean unificadas en una única no conformidad. Esto, dado que las posibles acciones correctivas estarán relacionadas con requerimientos que deberán ser gestionados con el contratista encargado del aplicativo ITS. La unificación facilitaría el desarrollo y seguimiento del plan de mejoramiento, evitando así la elaboración de dos planes con actividades similares a ejecutar por el mismo contratista.*

*De esta manera, se tendría un total de tres no conformidades por gestionar, las cuales se organizarían de la siguiente forma (...).”*

**Análisis Oficina de Control Interno.** Bajo la consideración emitida por el líder del proceso “Gestión de Mejora”, tendiente a unificar las no conformidades N° 1, 2, 3 y 5 así como los N° 4 y 7, se atiende favorablemente la solicitud, precisando que las actividades que se dispongan para subsanar las situaciones detectadas deben comportar gestiones tendientes a cada una de las fases de la actividad clave de éxito que motivaron el hallazgo, lo que por demás será objeto de evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.

Por lo tanto los hallazgos se disponen así:

| Nº | NO CONFORMIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, del proceso “Gestión de Mejora”, en sus fases:<br>a. “Cerrar el Plan como no eficaz” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos”.<br>b. “Ejecutar el Plan y reportar avances en el módulo de mejoramiento”, del proceso “Gestión de Mejora”.<br>c. “Formular el Plan de Mejoramiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos”.<br>d. “Analizar los hallazgos y proceder a definir su tratamiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”. | Gestión Financiera, Direccionamiento Estratégico, Gobierno y Gestión de Datos e Información, Gestión de Mejora, Gestión de Trámites, Gestión Estratégica de Personas y Gestión de Bienes y Servicios<br>Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor, Actuaciones Disciplinarias; así como los procesos Identificación y Seguimiento de Liquidaciones Voluntarias, Provisión de Soluciones Tecnológicas y Subsistema de Gestión de la Calidad. |
| 2  | Inconsistencia en los reportes generados así como terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Gestión de Mejora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3  | Materialización de Riesgo de Gestión “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Gobierno y Gestión de Datos e Información                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Tabla N° 37 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

Ante la respuesta emitida desde la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso “Gestión de Mejora”, la Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual, se mantienen y se reiteran los hallazgos (observaciones y no conformidades), así como las recomendaciones, precisando que las acciones de mejoramiento que se consideren emprender se materialicen, aspectos que serán objeto de seguimiento posterior.

## 2. A continuación, la Oficina Asesora de Planeación indica:

“A hora bien, como líder de proceso remitimos el informe preliminar de auditoría a los procesos que se encuentran relacionados en los hallazgos con el objetivo de la legítima defensa, observaciones que adicionamos al presente, con la finalidad que las mismas sean tenidas en cuenta y analizadas por los auditores.”

### a. Respuesta emitida por la Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional.

“De conformidad con el informe de auditoría presentado por la Oficina de Control Interno, y en atención al proceso gestión de mejora, la Oficina de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional como parte activa del proceso acepta la recomendación emitida por parte de la misma y Trabaja en sus reuniones de autoevaluación, sobre la socialización permanente del proceso de Gobierno y Gestión de Datos e Información”.

**Análisis Oficina de Control Interno.** Ante la respuesta emitida desde la Oficina de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional, la Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual, se

mantiene y ratifica la Recomendación N° 2, precisando que las acciones de mejoramiento que se consideren emprender se materialicen, aspectos que serán objeto de seguimiento posterior.

**b. Respuesta emitida por la Superintendencia Delegatura para la Protección al Usuario.**

*“Una vez revisado el informe del asunto, nos permitimos informar lo siguiente”:*

➤ *Planes Abiertos: El auditor identificó 4 planes abiertos sin formular el plan de mejora, se informa que respecto a los planes 1844 y 1834 se formularon y se encuentran en gestión, en cuanto al plan 1679 se encuentran en evaluación por la OAP. Sobre el plan 1697 se requerirá de forma inmediata al responsable de su elaboración.*

**Análisis Oficina de Control Interno.** Ante la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, la Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual, se mantiene y ratifica la No Conformidad N° 3 (ahora N° 1), con la salvedad que los hallazgos (no conformidades), de acuerdo a solicitud efectuada por parte de la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso “Gestión de Mejora” fueron “unificados”, tal y como se ilustra en las tablas N° 37 y 39; precisando que las acciones de mejoramiento que se consideren emprender se materialicen, aspectos estos serán objeto de seguimiento posterior.

**c. Respuesta emitida desde la Dirección Administrativa.**

*“Observaciones PTR - PM1564 Respetuosamente solicitamos validar la evaluación final por parte del auditor; toda vez que, el PM dio cumplimiento a las acciones propuestas, se dio respuesta a los tiempos establecidos, las acciones generaron el impacto esperando; sin embargo, dentro del reporte del informe de auditoría se evidencia que este aún sigue en estado abierto.*



*PTR1561 RT/ Causa: Aplicación inadecuada de acciones de autocontrol por parte de los referentes documentales en las regionales, frente a la apropiación y ejecución de las directrices archivísticas institucionalmente definidas.*

*Desde el Grupo de Gestión Documental (GGD), liderado por el responsable del proceso de gestión documental, se llevaron a cabo las actividades estipuladas en el presente Plan de Mejoramiento (PM). No obstante, se ha dificultado la articulación de acciones cuya ejecución recae en actores externos, como es el caso de las regionales, en las cuales se evidenció la situación objeto del hallazgo.*

*Es relevante señalar que, desde el GGD, se realizaron acercamientos con los referentes documentales de cada regional —identificados como actores clave en la no conformidad—; sin embargo, no se obtuvo una respuesta oportuna ni acciones que contribuyeran al cierre efectivo del PM.*

*PTR1667 - PTR1668 En relación con los Planes de Mejoramiento (PM) en referencia, se informa que las actividades fueron formuladas oportunamente; no obstante, no contaron con el aval por parte de la Oficina Asesora de Planeación (OAP). Adicionalmente, se está a la espera de la realización de una mesa de trabajo con la Oficina de Control Interno (OCI), con el propósito de coordinar las acciones previamente definidas en el marco del presente PM, en atención a los compromisos derivados del informe de auditoría.*

*PTR1710 y 1566 -1231 Las actividades del presente se encuentran en ejecución; toda vez que el PM fue formulado desde el pasado 15 de mayo y se vienen adelantando las gestiones necesarias para su cumplimiento”*

*PTR 1550 Frente a las actividades del Plan de Tratamiento se indica que el GGD ha venido adelantando acciones para mitigar el riesgo de pérdida de información en los Archivos de Gestión y Central; se concluye que desde esta dependencia nos encontramos analizando actividades adicionales que permitan coadyuvar en el proceso de mitigación, en atención a la observación por parte del auditor " No obstante, se debe considerar la posibilidad de que, al no reportarse pérdida de información, se describan y ejecuten otro tipo de estrategias efectivas, que demuestren medidas preventivas en aras de custodiar la información archivística de la entidad".*

*“Como parte del proceso de mejora continua, de manera atenta solicitamos aclaración frente al ítem Plan de Tratamiento VS # de Riesgos, toda vez, que se infiere que el total de riesgos debe responder al total de PTR”.*

| Procesos                                  | N° de Riesgos Identificados ITS |            | Planes de Tratamiento Identificados |            |
|-------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
|                                           | Gestión                         | Corrupción | Gestión                             | Corrupción |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información | 11                              | 4          | 10                                  | 4          |

**Análisis Oficina de Control Interno.** Ante la respuesta emitida desde la Dirección Administrativa, la Oficina de Control Interno indica lo siguiente:

➤ Plan 1564, de conformidad con la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, en efecto, este plan se encontraba en estado “Abierto”, sobre lo cual se precisa que las actividades generadas para el plan, fueron cargadas dentro de los tiempos definidos para dar cumplimiento a los mismos, precisando que este evento en particular no configura hallazgo alguno dentro del informe emitido, pero si evidencia inconsistencias en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Sin embargo, esta situación sí reitera la No Conformidad N° 4 (ahora N° 2) “Inconsistencia en los reportes generados así como terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)”, generada al proceso “Gestión de Mejora”, con la salvedad que los hallazgos (no conformidades), de acuerdo a solicitud efectuada por parte de la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso “Gestión de Mejora” fueron “unificados”, tal y como se ilustra en las tablas N° 37 y 39; precisando que las acciones de mejoramiento que se consideren emprender se materialicen, aspectos estos serán objeto de seguimiento posterior.

Por lo anterior, Oficina de control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada.

➤ Plan 1561. De conformidad con la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, en efecto, este plan se encontraba en estado “Abierto”, para evaluación de la Oficina Asesora de Planeación, por lo anterior, la Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual se mantiene y ratifica la Recomendación N° 1.

➤ Planes 1566, 1667, 1668, 1710. De conformidad con la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, en efecto, estos planes se encontraban en estado “Abierto - sin formulación actividades”, por lo anterior, la Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual se mantiene y ratifica la No Conformidad N° 3 (ahora N° 1).

➤ Plan 1231. De conformidad con la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, en efecto, este plan se encontraba en estado “Cierre incumplimiento de fecha”, para evaluación de la Oficina Asesora de Planeación, por lo anterior, Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual se mantiene y ratifica la Recomendación N° 1.

➤ Plan 1550. De conformidad con la información que se encuentra dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, avala que el Grupo de Gestión Documental, “ha venido adelantando acciones para mitigar el riesgo de pérdida de información en los archivos Gestión y Central, por lo anterior, la Oficina de control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual se mantiene y ratifica la Recomendación N° 2.

➤ La Oficina de Control Interno respecto de las “Observaciones generales” emitidas por la Dirección Administrativa se permite indicar que si bien la Recomendación N° 6 y la Observación N° 1 fueron dirigidas al proceso “Gestión de Mejora”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, también lo es que en efecto y tal y como lo manifiesta esa Dirección, éstas resultan ser temáticas transversales que pueden ser aplicadas en toda la Entidad, por lo anterior, Oficina de Control Interno concluye pleno asentimiento de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, razón por la cual, se mantiene y ratifica la Recomendación N° 6 y la Observación N° 1.

➤ **“Aclaración tabla N° 30. Verificación a los riesgos de gestión y corrupción asociados a los procesos objeto de esta auditoría”.**

De conformidad con la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, se aclara que este reporte obedece a la identificación de los diez (10) Planes de Tratamiento definidos por el proceso “Gobierno y Gestión e Información”, indicándose que el restante se encuentra en zona de riesgo baja, evento que motivo al líder del proceso a no generar

plan, por lo cual, se concluye que el número de planes en mención, fueron los que se establecieron como muestra de auditoría.

#### **d. Respuesta emitida por la Dirección de Contratación.**

*“Una vez revisado el informe preliminar de la auditoría interna al proceso “Gestión de Mejora” evidenciamos que el proceso de Gestión de Bienes y Servicios se encuentra inmerso en tres (3) No conformidades, respecto de las cuales la Dirección de Contratación precisa lo siguiente:*

*-Frente a la No conformidad No. 1, por la no eficacia el plan de mejora No. 1666 por debilidades evidenciadas en la supervisión del Contrato No. 132 de 2023, contrato de la Delegada de Investigaciones Administrativas; las actividades propuestas por esta dependencia fueron declaradas NO EFICAZ y no se evidencia nuevo plan de mejora.*

*Si bien es cierto, la No Conformidad No. 1666 surgió en el marco de la auditoría interna vigencia 2023 al proceso de Gestión de Bienes y Servicios en sus actividades claves de éxito: Gestionar PAA, Gestionar etapa precontractual, Gestionar etapa contractual y Gestionar etapa poscontractual, a cargo de la Dirección de Contratación, también lo es que se determinó que el responsable de formular el plan de mejoramiento es el proceso “Control” liderado por la Delegada de Investigaciones Administrativas”, por tratarse de un contrato ejecutado y supervisado por esta delegada.*

*Como se puede apreciar en el aplicativo ITS, la formulación del plan de mejora para la No Conformidad No. 1666, se llevó a cabo por uno de los funcionarios adscritos a la Delegada de Investigaciones Administrativas.*

*De esta manera, se solicita al equipo auditor que, en el Informe Final, para la No Conformidad No. 1 Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan como no eficaz” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”, se elimine o reemplace el proceso “Gestión de Bienes y Servicios actividades claves de éxito: Gestionar PAA, Gestionar etapa precontractual, Gestionar etapa contractual y Gestionar etapa poscontractual” y, en su lugar se incluya al proceso “Control” en lo que tiene que ver con el plan de mejora No. 1666, para que el líder de este proceso en conjunto con su gestor, lleven a cabo la generación del nuevo plan de mejoramiento, por ser el proceso y/o dependencia responsable del mismo. –*

*Frente a la No conformidad No. 3, Planes abiertos sin formulación de actividades, el equipo auditor señala que no evidencia actividades para los planes de mejora No. 1667 y 1668. Al respecto la Dirección de Contratación precisa que el responsable de la formulación de los planes de mejora No. 1667 y No. 1668, es la Dirección Administrativa – Grupo de Gestión Documental.*

*-Frente a la No conformidad No. 7, Planes rechazados, la Dirección de Contratación señala que los siete (7) planes allí asociados al proceso de Gestión de Bienes y Servicios, no tienen injerencia con las actividades claves de éxito a su cargo - Gestionar PAA, Gestionar etapa precontractual, Gestionar etapa contractual y Gestionar etapa poscontractual-: 1671: Norma NTC 6047 de 2013, acceso a usuarios Regional Sur 1672: Norma NTC 6047 de 2013, acceso a usuarios con discapacidad Regional Caribe – Rioacha*

*1673: Norma NTC 6047 de 2013, acceso a usuarios Regional Chocó*

*1685: Caja menor*

1694: Caja menor  
1708: Caja menor  
1821: Caja menor”

**Análisis Oficina de Control Interno.** Ante la respuesta emitida desde la Dirección de Contratación, la Oficina de Control Interno indica que respecto de los planes 1666, 1667 y 1668, en atención con la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, en efecto, estos planes se encontraban a cargo del proceso “*Gestión de Bienes y Servicios*”, precisando que si bien esta temática pueda estar siendo desarrollada por otras áreas responsables, el líder del proceso es quien está a cargo de la ejecución de los planes en mención.

Lo anterior, en consonancia con lo preceptuado por la Resolución N° 2021160000017173 - 6 del 09 de diciembre de 2021, “*Por la cual adopta el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*”, en la cual se prevé cuáles son las responsabilidades de líderes de proceso, destacando las siguientes:

“Artículo 13. LÍDER DE PROCESO. Los Jefes de dependencia (Superintendentes Delegados, Secretario General, Jefes de Oficinas Asesoras, Jefes de Oficina, Directores y Subdirectores), como niveles jerárquicos máximos dentro de la entidad, son líderes de su respectivo proceso y les corresponde orientar desde la fase de planeación hasta la evaluación, el mejoramiento continuo de los procesos asignados, siendo su rol necesario para la operación y cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión y su marco de referencia- MIPG.” Negrillas y subrayado Extratextuales.

“Artículo 14. RESPONSABILIDADES DEL LÍDER DE PROCESO. Son responsabilidades de los líderes de proceso:

2) Proponer ajustes al diseño de los procesos y lograr la implementación de estos, con el fin de lograr las metas y objetivos de operación.

5) Realizar seguimiento, monitoreo y cumplimiento sobre la operación de los procesos para identificar acciones de mejora, con el acompañamiento técnico y asesoría de la Oficina Asesora de Planeación”. Negrillas y subrayado Extratextuales.

Lo cual igualmente se encuentra como propósitos enmarcado por MIPG a través de la tercera Dimensión “*Gestión con valores para resultados*”, en donde se busca fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público, entendiéndose que de alguna manera, unos son insumo de otros, y la alteración de alguna de sus fases, puede afectar tanto positiva como negativamente la actuación de alguna de las partes interesadas.

Al igual que la Dimensión N. 7: “*Control Interno*” la cual, en uno de sus apartes señala: “(...) se busca que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales (...)”. Negrillas y subrayado Extratextuales.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, no es dable atender favorablemente la solicitud efectuada.

Finalmente, es necesario precisar que ante lo expuesto por la Dirección de Contratación: “Frente a la No conformidad No. 7, Planes rechazados, la Dirección de Contratación señala que los siete (7) planes allí asociados al proceso de Gestión de Bienes y Servicios, no tienen injerencia con las actividades claves de éxito a su cargo - Gestionar PAA, Gestionar etapa precontractual, Gestionar etapa contractual y Gestionar etapa poscontractual”, en el informe no se indica que la No Conformidad N° 7 (ahora N° 2) esté configurada para “Planes rechazados”, y por ende, no se hace alusión al proceso “Gestión de Bienes y Servicios”; aclarando que el hallazgo se formuló por “Inconsistencia en la terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), respecto de la actividad clave de éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento”, fase “Cerrar el Plan con Eficacia – No Eficacia”; al proceso “Gestión de Mejora”.

Entonces, de la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, los planes 1671, 1672, 1673, 1694, 1708 y 1821, en efecto se encontraban a cargo del proceso “Gestión de Bienes y Servicios”, precisándose nuevamente, que si bien esta temática pueda estar siendo ejecutada por otras áreas responsables, el líder del proceso es quien está a cargo de las situaciones que se deriven de la ejecución de los planes que se asocian a ese proceso, bajo el esquema de estructura por procesos que desarrolla la Entidad.

La Oficina de Control Interno concluye, de los resultados obtenidos con la evaluación realizada, que se mantiene y ratifica las No conformidades N° 1 y 3 (ahora N° 1), con la salvedad que los hallazgos (no conformidades), de solicitud efectuada por parte de la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso “Gestión de Mejora” fueron “unificados”, tal y como se ilustra en las tablas N° 37 y 39; precisando que las acciones de mejoramiento que se consideren emprender se materialicen, aspectos que serán objeto de seguimiento posterior.

## e. Respuesta emitida por la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud.

“En atención al correo anterior, me permito remitir nuestras observaciones frente al documento enviado: Con relación a lo consignado en la página 5 del informe, específicamente sobre los planes de mejoramiento por proceso, la Oficina de Control Interno señala lo siguiente:

| Procesos<br>Res. 20231200001156-S del 20.02.2023    | Planes Eficaz                                                                                              | Planes Cierre Incumplimiento<br>fecha - Eficaz | Total Planes Eficaz |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------|
| Gestión Estratégica de Personas                     | 1409, 1411, 1418, 1420, 1422, 1423, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1645       | 1419, 1421                                     | 19                  |
| Gestión Financiera                                  | 1401, 1433, 1434, 1436, 1499, 1501, 1502, 1503, 1504, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1656 | -                                              | 18                  |
| Gobierno y Gestión de Datos e Información           | 1549, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1563, 1568, 1591, 1592, 1593, 1594, 1596                         | 1550, 1595                                     | 16                  |
| Gestión de Bienes y Servicios                       | 1470, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1567, 1618, 1662, 1663, 1664, 1665                         |                                                | 14                  |
| Gestión de Trámites                                 | 1485, 1486, 1487, 1488, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616,                                          | 1640, 1641                                     | 13                  |
| Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor | 1427, 1483, 1493, 1581, 1582                                                                               | 1492                                           | 6                   |
| Gestión de Mejora                                   | 1425, 1626, 1627, 1629                                                                                     | 1546, 1631                                     | 6                   |
| Gestión Jurídica                                    | 1402, 1515, 1517, 1519, 1520                                                                               | -                                              | 5                   |
| Auditorías                                          | 1393, 1496, 1497                                                                                           | 1494, 1495                                     | 5                   |

Como puede observarse, se indica que los planes de mejoramiento N.º 1494 y 1495 fueron cerrados como cumplidos, pero que dicho cumplimiento se habría dado de manera extemporánea.

Sin embargo, adjunto evidencia que contradice esta afirmación y sustenta el cumplimiento dentro del plazo establecido:

El plan de mejoramiento 1494 tenía como fecha máxima de cumplimiento el 27 de diciembre de 2024, tal como se señala a continuación.

| Número plan | Fecha reporte | Fecha finalización | Descripción                                                                                                                                                     | Fuente                            | Tipificación | Tipo acción       | Proceso    | Utilización     | Estado                      | Actividad                                                                             | Evidencia | Fecha inicio | Fecha fin  | Responsable                                      | Avance |
|-------------|---------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------------------|--------|
| 1494        | 29-01-2024    | 17-01-2025         | - Posibilidad de recibir o solicitar cualquier diagnóstico o beneficio, a cualquier grupo o de un tercero para obtener o recibir los beneficios de la actividad | Análisis de riesgos de corrupción | Hallazgo     | Acción preventiva | Auditorías | Sin utilización | Cierre incumplimiento fecha | Jornada de fortalecimiento en el ejercicio auditor desde la mirada de control interno | No aplica | 15-02-2024   | 20-02-2024 | Zareth Manzon Gamica / Profesional Especializado | 100 %  |

La evidencia que daba cierre y cumplimiento se cargó el 3 de octubre de 2024, casi dos meses antes de su fecha límite:

| Seguimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Delegatura de Prestadores de Servicios de Salud: Capacitación regionales: *12 de septiembre *76 participantes *el 70,6% aprobó el test post capacitación Capacitación sede central: 13 de septiembre *141 participantes *el 74,58% aprobó el test post capacitación Se adjuntan: -listas de asistencia -presentación - resultados de las pruebas aplicadas. Cargue adjuntos lista de asistencia jornada de fortalecimiento control interno 12 de septiembre.xlsx lista de | 100 % | 2024-10-03 | U3<br>lista de asistencia jornada de fortalecimiento control interno 13 de septiembre.xlsx_2024-10-03<br>Presentación_Jornada-Fortalecimiento_DPSS_12-09-2024.pptx_2024-10-03<br>Resultado Jornada de Capacitación Control Interno_12 septiembre.xlsx_2024-10-03<br>Resultado Jornada de | Aprobado |
| Zareth Manzon Gamica / Profesional Especializado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |
| Cerrar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |

Y la OAP se pronunció frente al cumplimiento del PM 1494 de la siguiente manera

Evaluación profesional de planeación SIO

¿Se cumplen las acciones propuestas en el plan de mejoramiento?  
SI

¿Las acciones se cumplieron el tiempo establecido?  
SI

¿Las acciones generaron el impacto esperado?  
SI

Comentarios  
El responsable de la actividad reporta que se cumplió el 100%, se visualizan listas de asistencia, actas y resultados de encuesta de apropiación de conocimientos, del fortalecimiento frente a la mirada de control interno.

Ahora, respecto al plan de mejoramiento 1495, la situación es la misma, este plan tenía como fecha máxima de cumplimiento el 27 de diciembre de 2024, tal como se señala a continuación:

| Número plan | Fecha reporte | Fecha finalización | Descripción                                                                                                                                                     | Fuente                            | Tipificación | Tipo acción       | Proceso    | Utilización     | Estado                      | Actividad                                                                             | Evidencia | Fecha inicio | Fecha fin  | Responsable                                      | Avance |
|-------------|---------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------------------|--------|
| 1495        | 29-01-2024    | 17-01-2025         | - Posibilidad de recibir o solicitar cualquier diagnóstico o beneficio, a cualquier grupo o de un tercero para obtener o recibir los beneficios de la actividad | Análisis de riesgos de corrupción | Hallazgo     | Acción preventiva | Auditorías | Sin utilización | Cierre incumplimiento fecha | Jornada de fortalecimiento en el ejercicio auditor desde la mirada de control interno | No aplica | 15-02-2024   | 20-02-2024 | Zareth Manzon Gamica / Profesional Especializado | 100 %  |

La evidencia que daba cierre y cumplimiento se cargó el 3 de octubre de 2024, casi dos meses antes de su fecha límite:

| Seguimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |            |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------------------------------------------|
| auditor desde la mirada de control interno, ambas de manera virtual, fueron dictadas por el jefe encargado de la Oficina de Control Interno, el dr. Jorge Alejandro Cárdenas, atendiendo la invitación extendida desde la Delegatura de Prestadores de Servicios de Salud: Capacitación regionales: *12 de septiembre *76 participantes *el 70,6% aprobó el test post capacitación Capacitación sede central: 13 de septiembre *141 | 100 % | 2024-10-03 | Zareth Manzon Garnica / Profesional Especializado |
| fortalecimiento control interno 12 de septiembre.xlsx_2024-10-03 lista de asistencia jornada de fortalecimiento control interno 13 de septiembre.xlsx_2024-10-03 Resultado Jornada de Capacitación Control Interno _12 septiembre.xlsx_2024-10-03 Resultado Jornada de Capacitación Control Interno _13 septiembre.xlsx_2024-10-03                                                                                                  |       |            | Aprobado                                          |
| Cerrar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |            |                                                   |

Y a respecto, la OAP se pronunció frente al cumplimiento del PM 1494 de la siguiente manera:

Evaluación profesional de planeación SIG

¿Se cumplieron las acciones propuestas en el plan de mejoramiento?

Si

¿Las acciones se cumplieron el tiempo establecido?

Si

¿Las acciones generaron el impacto esperado?

Si

Comentarios

El responsable de la actividad reporta que se cumplió el 100%, se evidencian listas de asistencia, presentación y resultados de encuesta de apropiación de conocimientos.

Por lo anterior, solicitamos realizar los ajustes pertinentes para corregir lo reportado ya que, conforme a lo remitido se evidencia cumplimiento en los términos señalados en los planes de mejoramiento”.

**Análisis Oficina de Control Interno.** Ante la respuesta emitida desde la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud, respecto de los planes 1494 y 1495, la Oficina de Control Interno se permite indicar que de conformidad con la información dispuesta en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), a corte 14.04.2025, en efecto, estos se encontraban en estado “Cierre Incumplimiento de fecha”, de lo cual igualmente se señala, que las actividades generadas para los planes, fueron cargadas dentro de los tiempos definidos para dar cumplimiento a los mismos, precisando que este evento en particular no configura hallazgo alguno dentro del informe emitido, pero si evidencia inconsistencias en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS).

Sin embargo, esta situación sí mantiene y reitera la No Conformidad N° 4 (ahora N° 2) “Inconsistencia en los reportes generados así como terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)”, generada al proceso “Gestión de Mejora”, con la salvedad que los hallazgos (no conformidades), de solicitud efectuada por parte de la Oficina Asesora de Planeación como líder del proceso “Gestión de Mejora” fueron “unificados”, tal y como se ilustra en las tablas N° 37 y 39; precisando que las acciones de mejoramiento que se consideren emprender se materialicen, aspectos que serán objeto de seguimiento posterior.

## 5. RESUMEN DE HALLAZGOS

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan los hallazgos detectados en desarrollo de la auditoría:

| Nº | OBSERVACIONES                                          | PROCESO           | CONCLUSIÓN                                                            |
|----|--------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1  | Celebración extemporánea de Reunión de Autoevaluación. | Gestión de Mejora | No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Observación. |

**Tabla N° 38 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

| Nº | NO CONFORMIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CONCLUSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Incumplimiento de lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar plan de mejoramiento”, del proceso “Gestión de Mejora”, en sus fases:<br>a. “Cerrar el Plan como no eficaz” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos”.<br>b. “Ejecutar el Plan y reportar avances en el módulo de mejoramiento”, del proceso “Gestión de Mejora”.<br>c. “Formular el Plan de Mejoramiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos”.<br>d. “Analizar los hallazgos y proceder a definir su tratamiento” y “Manual para la gestión de planes de mejoramiento internos” (GMMN02), del proceso “Gestión de Mejora”. | Gestión Financiera, Dirección Estratégico, Gobierno y Gestión de Datos e Información, Gestión de Mejora, Gestión de Trámites, Gestión Estratégica de Personas y Gestión de Bienes y Servicios<br>Relacionamiento con la Ciudadanía y Grupos de Valor, Actuaciones Disciplinarias; así como los procesos Identificación y Seguimiento de Liquidaciones Voluntarias, Provisión de Soluciones Tecnológicas y Subsistema de Gestión de la Calidad. | Del pronunciamiento efectuado por la Oficina Asesora de Planeación se unifican las No Conformidades N° 1, 2, 3 y 5.<br><br>De los pronunciamientos efectuados por otras dependencias, se efectuaron los análisis correspondientes, determinándose que se mantiene y ratifica la No Conformidad. |
| 2  | Inconsistencia en los reportes generados así como terminología definida en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Gestión de Mejora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | De pronunciamiento efectuado por la Oficina Asesora de Planeación se unifican las No Conformidades N° 4 y 7.<br><br>Se mantiene y ratifica la No Conformidad.                                                                                                                                   |
| 3  | Materialización de Riesgo de Gestión “Posibilidad de afectación reputacional por las no conformidades y/o hallazgos identificados en las auditorías internas y/o externas, que verifican el cumplimiento de requisitos sobre las bases metodológicas de la función archivística que definen su organización, conservación y disposición”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Gobierno y Gestión de Datos e Información                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la No Conformidad.                                                                                                                                                                                                                        |

**Tabla N° 39 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

## 6. RESUMEN DE RECOMENDACIONES

De conformidad con la evidencia objetiva aportada, a continuación, se relacionan las recomendaciones detectadas en desarrollo de la auditoría:

| Nº | RECOMENDACIONES                                                                                                                                              | PROCESO                | CONCLUSIÓN                                                                                                                                                                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Gestión de los planes en trámite de evaluación de la Oficina Asesora de Planeación.                                                                          | Gestión de Mejora      | No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la No Conformidad.                                                                                                         |
| 2  | Soportes documentales determinados como evidencias asociadas a los PTR.                                                                                      | Procesos de la Entidad | Solo la Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional se pronunció con asentimiento de la Recomendación.<br><br>Se mantiene y ratifica la Recomendación. |
| 3  | Usabilidad del “criterio” denominado “Seguimiento Actividad” dispuesto en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) e incremento de monitoreos de los PTR. | Gestión de Mejora      | No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Recomendación.                                                                                                          |

| Nº | RECOMENDACIONES                                                                                                   | PROCESO           | CONCLUSIÓN                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 4  | Articulación de lineamientos impartidos.                                                                          | Gestión de Mejora | No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Recomendación. |
| 5  | Coordinar y ejecutar un plan de capacitación dirigido a los responsables de los distintos procesos de la entidad. | Gestión de Mejora | No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Recomendación. |
| 6  | Reducción de tiempos para la Aprobación de las actas de Reunión de Autoevaluación.                                | Gestión de Mejora | No se efectuó pronunciamiento, se mantiene y ratifica la Recomendación. |

**Tabla N° 40 – Fuente:** Elaboración propia de la Oficina de Control Interno

## 7. CONCLUSIONES

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno concluye el cumplimiento del objetivo propuesto por la auditoría, consistente en establecer el grado de conformidad a través de evaluación por parte de la tercera línea de defensa, respecto de la gestión emprendida por el proceso “*Gestión de Mejora*” - Actividades clave de éxito “*Ejecutar Plan de Mejoramiento*” y “*Realizar Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Riesgo*”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, en la Superintendencia Nacional de Salud, para el período comprendido entre la vigencia 2024 a abril de 2025.

A través del presente informe, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno pone en consideración de la Alta Dirección Institucional, una opinión técnica y soportada a partir de la evidencia objetiva aportada, que le permita, de considerarlo útil y conducente, tomar las decisiones que conlleven al mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

La presente auditoría, se realizó conforme al reporte generado por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), en donde se han incorporado gestiones y actividades tendientes a subsanar hallazgos (no conformidades y observaciones) producto del ejercicio de auditorías de gestión y seguimientos, así como los Planes de Tratamiento a Riesgos (PTR); lo que ha motivado la formulación de los planes por parte de los diferentes procesos.

De la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno respecto de las acciones emprendidas por parte de los diferentes procesos a fin de subsanar los hallazgos detectados en escenarios de auditorías y seguimientos desarrollados, fue evaluada la “*Eficacia*”, la cual se realiza con el objeto de establecer si las acciones realizadas eliminaron la(s) causa(s) que generaron el hallazgo.

Se precisa que la Oficina de Control Interno, podrá evaluar la eficacia de los planes y de sus acciones, durante el desarrollo de actividades tales como auditorías y seguimientos a los diferentes procesos que son ejecutados en la Superintendencia Nacional de Salud, enfatizando que una vez realizada la evaluación de la “*eficacia*” del plan, pero si el auditor concluye que el hallazgo persiste, con base en la evidencia aportada, calificará el plan como “*no eficaz*” y con ello, se requiera que el líder del respectivo proceso reformule el plan, atendiendo las regulaciones establecidas en los procesos que sobre el particular desarrolla la Entidad.

Así mismo, es importante mencionar que los planes que no se les ha efectuado trámite alguno o aquellos que sus actividades no presentaron mayor evolución, sean motivo de gestión por parte de los líderes de los procesos, y con ello propender por el autocontrol que demanda el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que en su manual operativo (versión N° 5) señala en uno de sus apartes:

*“Los aspectos clave para el Sistema de Control Interno (SCI) a tener en cuenta por parte de la 1ª Línea:*

- El conocimiento y apropiación de las políticas, procedimientos, manuales, protocolos y otras herramientas que permitan tomar acciones para el autocontrol en sus puestos de trabajo.*
- La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.*
- El seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda.*
- La formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados”.* (Negrilla extratextual).

Se precisa que de los procesos referidos en la extensión del informe, algunos hacen relación a los que han sido adoptados por la Superintendencia Nacional de Salud mediante resolución 2023120020001126-6 del 20 de febrero de 2023, igualmente, se relacionan, de conformidad a la información generada por el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), procesos que fueron derogados por la resolución en mención, sin embargo, aquellos planes ligados a estas condiciones deben ser acogidos y desarrollados por los nuevos procesos, de conformidad a su competencia, por lo tanto, la Oficina de Control Interno considera relevante que por parte de la Oficina Asesora de Planeación se analicen estas situaciones y junto con lo diferentes líderes de procesos vigentes, adelantar acciones que permitan generar planes acordes a los hallazgos detectados, y ejercer los controles que se consideren necesarios a fin de garantizar la mejora continua en los procesos, situación que es el fin único que se persigue con este tipo de ejercicios.

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

Por lo anterior, el presente informe final de Auditoría de Gestión es remitido al señor Superintendente Nacional de Salud y a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 648 de 2017 *“Artículo 2.2.21.4.7. PARÁGRAFO 1º. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera”* y el Decreto 338 de 2019 *“Artículo 1. Modifíquese el Parágrafo 1 del artículo 2.2.21.4.7 del Capítulo 4 del Título 21 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, el cual quedará así: PARÁGRAFO 1. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva y deberán ser remitidos al nominador cuando este lo requiera”.*

De acuerdo con lo expuesto en el informe final de auditoría, los hallazgos detectados serán incorporados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), por lo que la Oficina de Control Interno solicita al líder del proceso así como sus partes interesadas (áreas participantes) motivo de auditoría, que una vez se reciba las respectivas notificaciones en el referido aplicativo, se dé trámite a la formulación de los planes de mejoramiento a que haya lugar, de conformidad con los lineamientos institucionales, los cuales estarán encaminados a subsanar las situaciones evidenciadas y a los que la oficina de Control Interno posteriormente realizará seguimiento.

Cordialmente,

**Angela Inés Barbosa Pacheco**

Jefe Oficina de Control Interno (e)

Proyectó: Equipo auditor designado