INFORME EJECUTIVO
AUDITORÍA AL PROCESO *"GESTIÓN DE TRÁMITES"*
VIGENCIA 2025 Y PRIMER TRIMESTRE DE 2026

Evaluador	Destinatario	Fecha del informe
Oficina de Control Interno	Superintendente Nacional de Salud, e integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI).	22 de octubre de 2026

1. SÍNTESIS

El equipo auditor designado por la Oficina de Control Interno determinó cuatro (4) hallazgos y seis (6) recomendaciones. El proceso dispone de controles, pero las debilidades identificadas en su diseño y ejecución afectan la oportunidad, la trazabilidad y la confiabilidad de la información. La prioridad radica en fortalecer el reparto de solicitudes, la coordinación y el seguimiento, para reducir reprocesos y sustentar decisiones con evidencia verificable.

2. EQUIPO AUDITOR

Integrantes	Cargo
Luz Nidia Pacheco Arévalo (Líder)	Profesional Especializado
Ana María Ángel Acosta	Profesional Especializado
Héctor Javier Díaz Mireles	Contratista

3. OBJETIVO

Evaluar de manera independiente, objetiva y con enfoque basado en riesgos, la gestión y la efectividad de los controles implementados en el proceso *"Gestión de Trámites"*, a cargo de la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud, en sus etapas de recepción, verificación, análisis, decisión, comunicación y registro, con el propósito de determinar el cumplimiento del marco normativo y procedimental aplicable, la adecuada administración de los riesgos, y la integridad, confiabilidad y oportunidad de la información; así como establecer su contribución al logro de los objetivos institucionales, la transparencia, la

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.
www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

mejora continua, la calidad del servicio al ciudadano y la generación de valor público.

4. ALCANCE Y METODOLOGÍA

Vigencia 2025 y primer trimestre de 2026, desde la recepción hasta la decisión, comunicación y registro. Se analizaron y evaluaron siete (7) trámites mediante muestreo no estadístico, cinco actas de autoevaluación, indicadores, soporte tecnológico y riesgos de gestión y corrupción, mediante revisión documental, entrevistas y mesas de trabajo.

La auditoría se realizó en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos (PAAS) de la vigencia 2026. La evaluación se sustentó en el marco normativo y procedimental aplicable, los instrumentos institucionales de gestión de riesgos y los requisitos establecidos para las reuniones de autoevaluación, cuyo detalle se encuentra en el informe final.

5. ANÁLISIS DE RIESGOS

RIESGO EVALUADO	RESULTADO RELEVANTE PARA LA GESTIÓN
Decisiones incorrectas Gestión TRPR01-1	Residual moderado según el mapa. Requiere profundizar causas, precisar cobertura y clasificación de controles y sustentar la valoración residual.
Inoportunidad Gestión TRPR01-2	Residual alto según el mapa. El seguimiento mensual puede ser tardío ante términos menores; requiere prevención y tratamiento con efecto adicional verificable.
Integridad pública Tres riesgos de corrupción	Los tres figuran en zona residual extrema. Existen vacíos en causas, controles y tratamiento. La valoración requiere revisión integral antes de validarse con la metodología actual.

Se precisa que, las categorías corresponden al mapa de riesgos analizado y evaluado. Las oportunidades de mejora (recomendaciones) en la gestión de riesgos de integridad no constituyen evidencia de actos de corrupción o soborno que fueran evidenciados durante el proceso auditor, por cuanto, no se presentó materialización de los riesgos citados.

6. RESULTADOS DE AUDITORÍA

Los cuatro (4) hallazgos definitivos, una vez evaluada la respuesta al informe preliminar, se sintetizan así:

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Estamos certificados

- **Hallazgo 1. Debilidades en la gestión de los trámites de retiro voluntario parcial de las EPSI.**

En MALLAMAS y ANAS WAYUU se identificaron deficiencias de coordinación, formalización de remisiones y trazabilidad del seguimiento, con reiteraciones y devoluciones que exigieron gestiones adicionales. Las definiciones jurídicas sucesivas incidieron en la atención. El hallazgo se limita a dichas debilidades; la duración total no se califica por sí sola como incumplimiento del parámetro de 165 días ni se atribuye exclusivamente a la SDEAS.

- **Hallazgo 2. Debilidad en los términos establecidos para la gestión oportuna de los trámites.**

En EPS S.O.S. y EMI se superó el término de tres días hábiles para recibir, revisar y asignar la solicitud. Los traslados previos y las demoras en el reparto aplazaron el inicio de la evaluación y redujeron el margen para las etapas posteriores. La SDEAS reconoció la desviación. El hallazgo corresponde a la asignación inicial y no acredita el vencimiento del término total para ambos trámites.

- **Hallazgo 3. Debilidades en la operación, integración y trazabilidad de las herramientas tecnológicas que soportan la Gestión de Trámites.**

La información disponible no permitió reconstruir integralmente la configuración histórica de controles de AuraQuantic ni verificar, por incidencia, criticidad, responsable y tiempos de atención. Esto limita la evaluación retrospectiva y el análisis de recurrencias. Existen registros operativos y estados de cierre; la debilidad se refiere a la documentación recuperable, sin que se haya acreditado ausencia general de controles o indisponibilidad total de la plataforma.

La atención de este hallazgo requiere la articulación de los procesos *"Gestión de Tecnologías de la Información"* y *"Gestión de Trámites"*, conforme a las responsabilidades técnicas y funcionales de las dependencias intervinientes.

- **Hallazgo 4. Incumplimiento de los requisitos establecidos para la oportunidad, contenido y registro de las reuniones de autoevaluación.**

Ninguna de las cinco actas seleccionadas y evaluadas se encontró registrada en ITS con la asistencia y la presentación requeridas. También se identificaron

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
icontec Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

omisiones de asuntos exigibles e inconsistencias no conciliadas. La reunión de marzo de 2026 se celebró el 20 de abril, fuera del plazo establecido.

7. RECOMENDACIONES

- **Armonización de los lineamientos e información aplicable a la gestión de tramites**. Analizar la pertinencia de unificar requisitos y criterios entre el procedimiento, los manuales, las listas de chequeo, el SUIT y el portal institucional.

- **Fortalecer el control y trazabilidad documental en la evaluación de solicitudes de Capitalización y/o Cambio de Composición Accionaria.** Analizar la pertinencia de validar los datos de estudios de capitalización y cambios accionarios y conservar metodologías y matrices para verificar y reproducir las evaluaciones.

- **Ajuste del indicador de oportunidad.** Analizar la pertinencia de reformular el indicador para medir trámites finalizados dentro de su término aplicable, con reglas claras y análisis de casos en curso vencidos.

- **Fortalecer el diseño, valoración y tratamiento del riesgo de gestión TRPR01-1.** Analizar la pertinencia de profundizar causas, precisar controles y responsables y sustentar valoración residual y tratamiento.

- **Fortalecer el diseño, cobertura y tratamiento del riesgo de gestión TRPR01-2 asociado a la oportunidad de los trámites.** Analizar la pertinencia de reforzar la prevención, alertas y escalamiento, cubrir las causas y validar la valoración residual y el aporte adicional del tratamiento.

- **Análisis de pertinencia sobre la actualización y fortalecimiento integral de la gestión de los riesgos para la integridad pública.** Analizar la pertinencia de actualizar causas, controles y valoración, segregación de funciones, preservando la independencia de la Oficina de Control Interno como tercera línea de aseguramiento.

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados

8. CONCLUSIONES

Se reconoce la colaboración del proceso auditado, la existencia de procedimientos y controles documentados y las acciones en curso orientadas a la digitalización de trámites. No obstante, las debilidades identificadas en el diseño y ejecución de los controles aumentan la exposición a incumplimientos, reprocesos y pérdida de trazabilidad, y limitan la confiabilidad de la información para la toma de decisiones.

Por ello, se recomienda priorizar el fortalecimiento de la coordinación entre dependencias, la gestión de riesgos y el seguimiento a los trámites y a la autoevaluación, así como la armonización de los instrumentos operativos y la conservación de evidencia técnica suficiente y apropiada. Las acciones de mejora deben contar con responsables, plazos y evidencias que permitan verificar su efectividad.

Cordialmente,

Oscar Oswaldo Rincón Rodríguez
Jefe de Oficina Control Interno (e)
Superintendencia Nacional de Salud

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

ISO 14001:2015 BUREAU VERITAS Certification
Carbono Neutro Certificado
Estamos certificados