

Fecha del Informe Final	Día	19	Mes	12	Año	2024
-------------------------	-----	----	-----	----	-----	------

Nombre de la actividad	Auditoría interna de gestión al proceso “ <i>Direccionamiento Estratégico</i> ”.
Objetivo de la Auditoría	Realizar evaluación independiente a la efectividad de los controles en el marco del proceso “ <i>Direccionamiento Estratégico</i> ” liderado por la Oficina Asesora de Planeación - OAP, así como; el adecuado manejo de los riesgos e indicadores, la pertinencia y oportunidad en la aplicabilidad de sus Actividades Claves de Éxito, como también, la observancia de la política, planes, programas, proyectos y normatividad legal vigente, generando una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, en cumplimiento de los objetivos institucionales de la Superintendencia Nacional de Salud.
Alcance	Auditoría Interna de Gestión con enfoque en riesgos al proceso “ <i>Direccionamiento Estratégico</i> ” liderado por la Oficina Asesora de Planeación, para el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2023, y, de 01 enero al 30 de junio de 2024.
Criterios normativos	• Decreto 1080 de 2021 • Decreto 1499 de 2017 • Ley 1474 de 2011 • Ley 152 de 1994 • Decreto Único Reglamentario 1083 de 2015 • Decreto 648 de 2017 • Decreto 612 de 2018 • Decreto 2590 del 23 de diciembre de 2022 • Decreto 2295 del 29 de diciembre de 2023 • Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, Departamento Administrativo de la Función Pública. • Procesos y actividades claves de éxito aprobados en la Entidad (Evaluación de efectividad de controles). • Mapa de Riesgos Institucionales de Gestión y Corrupción (Evaluación de efectividad de controles). • Las demás normas que apliquen en desarrollo del ejercicio auditor
Autores	• Luis Alberto Triana Lozada, Profesional Especializado (Líder de auditoría) • Hector Javier Diaz Mireles, Profesional Especializado (Auditor)

Contenido	1. Informe	2
	2. Análisis y Evaluación al Proceso "Direccionamiento Estratégico"	2
	2.1.Actividad Clave de Éxito "Liderar y articular Sistema Integrado de Gestión"3	
	2.2.Actividad Clave de Éxito "Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC".....	5
	2.3.Actividad Clave de Éxito "Formular proyectos de inversión"	9
	2.4.Actividad Clave de Éxito "Formular indicadores"	17
	3. Evaluación de Riesgos de Gestión y Corrupción del proceso "Direccionamiento Estratégico"	26
	4. Respuesta a resultados de auditoría (hallazgos) desde el proceso auditado y análisis de la Oficina de Control Interno	34
	5. Resumen de hallazgos	43
	6. Resumen de recomendaciones	43
	7. Conclusiones	44

1. Informe

En cumplimiento de las funciones asignadas por la Ley, en especial lo establecido en la Ley 87 de 1993 y demás normas aplicables, y en atención a las actividades definidas en el Plan Anual de Auditorías y Seguimientos (PAAS) para la vigencia 2024, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2024, el equipo designado por la jefatura de la Oficina de Control Interno, realizó auditoría al proceso "Direccionamiento Estratégico", y sus actividades claves de éxito "Liderar y articular Sistema Integrado de Gestión; Diseñar, promover y adoptar lineamientos, instrumentos y metodologías para IVC; Formular proyectos de inversión; Formular indicadores", liderado por la Oficina Asesora de Planeación – OAP de la Superintendencia Nacional de Salud.

Conforme en lo anterior, se realizó evaluación independiente sobre la efectividad de los controles, así como, la apropiada gestión de los riesgos, el uso y aplicación de indicadores, el cumplimiento en la aplicabilidad de las citadas actividades claves de éxito, la observancia de políticas, planes, programas, proyectos y normatividad legal vigente, que apunten a generación de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, en cumplimiento de los objetivos institucionales.

2. Análisis y Evaluación al Proceso "Direccionamiento Estratégico"

Su función se encuentra enmarcada con respecto a "Formular la planeación estratégica de la entidad. así como los lineamientos, metodologías e instrumentos para ejercer la supervisión integral a los sujetos vigilados, a través de la articulación de las necesidades de gobierno, del sector, de la alta dirección, partes interesadas y grupos de valor, con el fin de dar cumplimiento a la misión, visión y objetivos institucionales", a su vez; se encuentra compuesto por siete (7) actividades claves de éxito, entre las cuales se encuentran: 1. Desarrollar el diagnóstico de capacidades y entornos, 2. Liderar y articular el Sistema Integrado de Gestión, 3. Diseñar, promover y adoptar lineamientos, instrumentos y metodologías para IVC, 4. Formular planes

institucionales, 5. Formular proyectos de inversión, 6. Gestionar riesgos, 7. Formular indicadores.

De anteriores actividades claves de éxito descritas, el equipo auditor designado por la Oficina de Control Interno realizó la selección de cuatro (4) de estas, con el objeto de realizar evaluación y determinar su cumplimiento. A continuación, se relaciona el análisis realizado sobre la muestra objeto de auditoría:

2.1. Actividad Clave de Éxito “Liderar y articular Sistema Integrado de Gestión”

Para verificar el cumplimiento de la actividad clave de éxito “Liderar y Articular el Sistema Integrado de Gestión”, liderada por la Oficina Asesora de Planeación, se procedió a verificar la documentación publicada tanto en la intranet como en la página web de la Entidad, así como la información que fue suministrada por el proceso.

De igual forma, se realizó prueba de recorrido el 16 de octubre del corriente año, en donde se analizaron las evidencias aportadas, observándose la efectividad de los puntos de control implementados por el proceso.

Verificación de las acciones implementadas en la actividad clave de éxito evaluada		
Acción	Evidencia	Observaciones OCI
Elaborar la propuesta de Política del Sistema Integrado de Gestión.	Propuesta para la elaboración de la Política, por parte del área interesada, remitida a la OAP	Se evidenció la propuesta, observándose conformidad en la actividad realizada
Punto de control: Revisar la propuesta de la Política del Sistema Integrado de Gestión.	Solicitudes con el visto bueno del jefe o directivo del área que propone la política, donde se sustente la creación o actualización de la política siguiendo los lineamientos dados desde la OAP.	Se revisó aleatoriamente que el jefe o directivo del área que propone la política y el líder del proceso, envíen la propuesta a la OAP, observándose conformidad.
Punto de control: Revisar la propuesta de política institucional.	Evaluación de los aspectos establecidos Componente política Descripción Encabezado Contenido o declaración de la Política Objetivo Definir el propósito, motivación, Identificación de la problemática, oportunidad o necesidad que se busca resolver o trabajar con la implementación de la política	Se verificó que el profesional de la OAP asignado haya revisado las propuestas para establecer si están de acuerdo con lo exigido o debe ser devuelto al proceso o área que solicita; observándose conformidad.
Incluir en el acta de comité de Gestión y Desempeño la no aprobación de la política.	Actas del Comité de Desempeño Institucional	Se revisaron las actas, donde fueron incluidas las propuestas de aprobación de la política; observándose conformidad.
Incorporar la política aprobada en el Manual de políticas institucionales.	Política aprobada en el Formato de políticas institucionales cumpliendo los criterios de accesibilidad correspondientes.	Se observa conformidad en la aprobación de la Política de acuerdo con la evidencia aportada por el proceso.
Realizar diagnóstico del Sistema Integrado de Gestión	Documento con la revisión de los avances del SIG en la vigencia anterior, al igual que los resultados de la revisión por la dirección, las brechas identificadas en la encuesta FURAG y oportunidades de mejora, así como el	En atención a la evidencia aportada y evaluada por el equipo auditor se pudo observar conformidad, en las actividades

Verificación de las acciones implementadas en la actividad clave de éxito evaluada		
Acción	Evidencia	Observaciones OCI
	resultado del Índice de desempeño institucional.	que viene realizando la Oficina Asesora de Planeación.
Revisar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión.	Documentos que dan línea al Sistema Integrado de Gestión, de acuerdo con los resultados del diagnóstico del Sistema Integrado de Gestión, al igual que los resultados de la revisión por la dirección.	En atención a la evidencia aportada y evaluada por el equipo auditor se pudo observar conformidad respecto de las actividades que viene realizando la Oficina Asesora de Planeación.
Elaborar propuesta de ajuste.	Propuesta de ajuste a los documentos del Sistema Integrado de Gestión, en los que haya identificado oportunidades de mejora. Relación de asistencia a las mesas de trabajo para articular temáticas con otras dependencias.	En atención a la evidencia aportada y evaluada por el equipo auditor se pudo observar conformidad respecto de las actividades que viene realizando la Oficina Asesora de Planeación.
Punto de control: Revisar propuesta.	Propuesta de ajuste y correo electrónico con el aval u observaciones.	En atención a la evidencia aportada y evaluada por el equipo auditor se pudo observar conformidad respecto de las actividades que viene realizando la Oficina Asesora de Planeación.
Presentar al comité para aprobación.	Propuesta de ajuste para su aprobación del diagnóstico del Sistema Integrado de Gestión.	Se observa conformidad, con la actividad realizada por la OAP.
Elaborar estrategia del Sistema Integrado de Gestión	Estrategia del Sistema Integrado de Gestión, teniendo en cuenta los resultados y cronograma de actividades, que se integra al PAG.	Se observa conformidad, en las actividades realizadas.
Ejecutar la estrategia definida	Cronograma con las actividades o temáticas a desarrollar en las mesas de trabajo con los líderes de componentes y políticas de MIPG, entre otros.	Se logró evidenciar la realización de las actividades establecidas en el cronograma.
Actualizar roles y responsabilidades	Relación de las mesas de trabajo realizadas revisión de los roles y responsabilidades del SIG.	Se observa conformidad, en las actividades realizadas.
Identificar o actualizar los acuerdos de niveles de servicio	Acuerdos de Niveles de Servicios (ANS)	Los funcionarios asignados por la OAP identifican y realizan la actualización de los Acuerdos de Niveles de Servicios (ANS), mediante la asignación de equipos de trabajo, observando conformidad.
Definir los acuerdos de niveles de servicio	Levantamiento de los ANS. Formato DEFT14	Se evidenció la realización de las actividades establecidas en el cronograma.
Formalizar los acuerdos de niveles de servicio.	formato DEFT14	Se evidenció la realización de las actividades establecidas en el cronograma.
Socializar lo acuerdos de niveles de servicio.	correo electrónico de socialización del formato "DEFT14 - Acuerdos de nivel de servicio".	Se observa conformidad, en las actividades realizadas.

Tabla 1 - Fuente: Elaboración propia OCI - Información extraída de los documentos aportados por la Oficina Asesora de Planeación.

Ahora bien, respecto de la tabla 1, se puede evidenciar que, de acuerdo a la evidencia objetiva aportada por la Oficina Asesora de Planeación, el equipo auditor puede concluir que el proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, viene cumpliendo con la función de realizar el seguimiento y control a la Actividad Clave de Éxito “*Liderar y articular Sistema Integrado de Gestión*”, situación que ha permitido la articulación del SIG en la Superintendencia Nacional de Salud.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 1. Cumplimiento de la Actividad Clave de Éxito “Liderar y articular Sistema Integrado de Gestión”**, al proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Respecto a la información objetiva evaluada, se observó para el periodo evaluado, conformidad en las actividades que se vienen realizando para dar aplicación y cumplimiento a lo establecido en la actividad clave de éxito objeto de auditoría. Sin embargo, es importante y necesario que el responsable del proceso continúe trabajando en coordinación con las diferentes áreas de la entidad en pos de la mejora continua.

2.2. Actividad Clave de Éxito “*Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC*”.

Para verificar el cumplimiento de la actividad clave de éxito “*Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC*”, las acciones son lideradas por la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión de la Dirección de Innovación y Desarrollo, para lo cual, el equipo auditor procedió a verificar la documentación publicada tanto en la intranet como en la página web de la entidad, así como la información que fue suministrada por el proceso.

De igual forma, se realizó prueba de recorrido los días 17 y 23 de octubre de los corrientes, en donde se analizaron las evidencias aportadas, al igual que la verificación sobre la efectividad de los puntos de control y las bases de datos, así como, el esquema borrador de la modificación que en la actualidad se le está realizando a la actividad clave de éxito “*Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC*”, implementados por el proceso como mejora continua.

Verificación de las acciones implementadas en la actividad clave de éxito evaluada.		
Acción	Evidencia	Observaciones OCI
Analizar el requerimiento y otras necesidades de lineamientos instrumentos o metodologías.	Mesas de trabajo con las áreas solicitantes.	Se observa conformidad en la actividad realizada.
Punto de control: Revisar si el requerimiento de diseño de lineamiento, instrumento o metodología es viable y realizar priorización.	El Subdirector de metodologías revisa que el requerimiento de diseño de lineamiento, instrumento o metodología sea viable teniendo en cuenta las siguientes variables: • Viabilidad técnica. • Que se haya generado el lineamiento, metodología o instrumento previamente.	Se revisó aleatoriamente que el Subdirector realizara la revisión, ante lo cual el equipo auditor eleva recomendación para que se dejen las evidencias que den cuenta de la ejecución de la actividad.
Elaborar plan de trabajo con los lineamientos instrumentos o metodologías priorizadas.	Plan de trabajo de acuerdo con la priorización definida.	Se observa conformidad en la realización de la actividad.
Punto de control: Revisar plan de trabajo de acuerdo con la priorización.	No se observó en la prueba de recorrido, evidencia alguna que diera cuenta de la ejecución de la acción. Frente al hecho anterior, la Subdirección, manifiesta al equipo auditor, que en el momento están realizando modificaciones a la actividad clave de éxito con el propósito de identificar puntos de control fuertes y que se puedan dejar las evidencias.	Al no observarse evidencia de la ejecución del punto de control, el equipo auditor recomendó a la Subdirección evaluar la posibilidad de implementar y documentar los puntos de control que permitan la toma de decisiones oportunas para mitigar los riesgos y tener control del plan de trabajo priorizado y con esto garantizar que se cumplan las expectativas. Asimismo, se recomienda que se completen los elementos de cada fase, teniendo en cuenta que todo funcione sin problemas a lo largo del itinerario, así como, hacer los respectivos análisis y dejando las evidencias objetivas de las actividades realizadas por la Subdirección.
Ejecutar el plan de trabajo: Elaborar ficha técnica del lineamiento, instrumento o metodología.	Formato DEFT10 Ficha técnica para el diseño de lineamiento, instrumento o metodología de IVC.	Se observa conformidad en la estructuración de la ficha técnica de acuerdo con la evidencia aportada por el proceso.
Punto de control: Revisar Plan de trabajo y ficha técnica del lineamiento instrumento o metodología.	No hay evidencia física que dé cuenta de la aplicación del punto de control. Frente a lo anterior, la Subdirección manifiesta al equipo auditor, que en el momento se están realizando las modificaciones a la actividad clave de éxito, con el propósito de identificar puntos de control fuertes y que se puedan dejar las evidencias.	Al no observarse evidencia de la ejecución del punto de control, el equipo auditor recomendó a la Subdirección evaluar la posibilidad de implementar y documentar los puntos de control que permitan la toma de decisiones oportunas para mitigar los riesgos y tener control del plan de trabajo priorizado y con esto garantizar que se cumplan las expectativas. Asimismo, se recomienda completar los elementos de cada fase, teniendo en cuenta que todo funcione sin problemas a lo largo del itinerario, así como, hacer los respectivos análisis y dejando las

Verificación de las acciones implementadas en la actividad clave de éxito evaluada.		
Acción	Evidencia	Observaciones OCI
		evidencias objetivas de las actividades realizadas por la Subdirección.
Socializar la ficha técnica con las dependencias que implementarán el lineamiento instrumento o metodología.	No se observó evidencia física de la realización de esta actividad. Frente a lo cual la Subdirección manifiesta al equipo auditor que, en el momento están realizando modificaciones a la actividad clave de éxito con el propósito de identificar puntos de control fuertes y que se puedan dejar las evidencias.	Teniendo en cuenta que no en todas las socializaciones se levanta acta o lista de asistencia, que pueda servir como evidencia objetiva del cumplimiento de la actividad, el equipo auditor recomienda a la Subdirección evaluar la posibilidad de implementar mecanismos que den cuenta de la socialización y de los funcionarios asistentes.
Preparar presentación de la ficha técnica del lineamiento instrumento o metodología propuesta al Comité Directivo.	Ficha técnica para ser presentada ante el Comité Directivo para su aprobación.	En atención a la evidencia aportada y evaluada por el equipo auditor, se puede observar conformidad en las actividades que viene realizando la Subdirección.
Diseñar el lineamiento, instrumento o metodología de acuerdo con lo establecido en la Ficha técnica.	Diseño del lineamiento, instrumento o metodología de acuerdo con lo descrito en la ficha técnica aprobada.	En atención a la evidencia aportada y evaluada por el equipo auditor, se puede observar conformidad en las actividades que viene realizando.
Punto de control: Revisar el documento del lineamiento instrumento o metodología.	En la prueba de recorrido, no se observó evidencia física de la ejecución del punto de control. Respecto a lo anterior, la Subdirección manifiesta al equipo auditor, que en el momento están realizando modificaciones a la actividad clave de éxito con el propósito de identificar puntos de control fuertes y que se puedan dejar las evidencias.	Al no observarse evidencia de la ejecución del punto de control, el equipo auditor recomendó a la Subdirección evaluar la posibilidad de implementar y documentar los puntos de control que permitan la toma de decisiones oportunas para mitigar los riesgos y tener control del plan de trabajo priorizado y con esto garantizar que se cumplan las expectativas. Asimismo, se recomienda que completen los elementos de cada fase, teniendo en cuenta que todo funcione sin problemas a lo largo del itinerario, así como, hacer los respectivos análisis y dejando las evidencias objetivas de las actividades realizadas por la Subdirección.
Revisar el documento del lineamiento instrumento o metodología.	En la prueba de recorrido, no se observó evidencia física de la ejecución del punto de control. Frente a lo anterior la Subdirección manifiesta al equipo auditor que, en el momento están realizando modificaciones a la actividad clave de éxito con el propósito de identificar puntos de control fuertes y que se puedan dejar las evidencias.	Por lo anterior, el equipo auditor recomendó a la Subdirección evaluar la posibilidad de implementar mecanismos que den cuenta de la revisión de los documentos, dejando las respectivas evidencias que a lugar hubiere.

Verificación de las acciones implementadas en la actividad clave de éxito evaluada.		
Acción	Evidencia	Observaciones OCI
Preparar presentación del lineamiento, instrumento o metodología al Comité Directivo.	Ficha técnica para ser presentada ante el Comité Directivo para su aprobación.	En atención a la evidencia aportada y evaluada por el equipo auditor, se puede observar conformidad en las actividades que viene realizando la Subdirección.
Elaborar el documento mediante el cual se oficializará el lineamiento instrumento o metodología.	Documento mediante el cual se oficializará el lineamiento, instrumento o metodología.	Se observa conformidad en las actividades realizadas.
Punto de control: Revisar el documento mediante el cual se oficializará el lineamiento, instrumento o metodología	En la prueba de recorrido, no se observó evidencia física de la ejecución del punto de control. Respecto a lo anterior la Subdirección manifiesta al equipo auditor, que en el momento están realizando modificaciones a la actividad clave de éxito con el propósito de identificar puntos de control fuertes y que se puedan dejar las evidencias.	Al no observarse evidencia de la ejecución del punto de control, el equipo auditor recomendó a la Subdirección evaluar la posibilidad de implementar y documentar los puntos de control que permitan la toma de decisiones oportunas para mitigar los riesgos y tener control del plan de trabajo priorizado y con esto garantizar que se cumplan las expectativas. Asimismo, se recomienda completar los elementos de cada fase, teniendo en cuenta que todo funcione sin problemas a lo largo del itinerario, así como, hacer los respectivos análisis y dejando las evidencias objetivas de las actividades realizadas por la Subdirección.
Actualizar la base de datos de los documentos de lineamientos instrumentos o metodologías.	Base de datos de lineamientos, metodologías e instrumentos oficializados.	Se evidenció la realización de las actividades establecidas en el cronograma.
Actualizar el documento del Modelo Integral de Supervisión.	Documento Modelo Integral de Supervisión y la caja de herramientas o anexos asociados.	Se evidenció la realización de las actividades establecidas en el cronograma.
Programar pruebas piloto de acuerdo con lo descrito en la Ficha técnica.	Programa las pruebas piloto del lineamiento, metodología o instrumento aprobado de acuerdo con lo descrito en la ficha técnica.	Se observa conformidad en las actividades realizadas, sin embargo, el equipo auditor recomienda a la Subdirección, establecer periodos cortos de evaluación (pruebas piloto) de acuerdo con la importancia y tipo de documento modelo integral.

Tabla 2 - Fuente: Elaboración propia OCI - Información extraída de los documentos aportados por la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión.

Ahora bien, respecto de la tabla 2, se puede evidenciar que, de acuerdo a la evidencia objetiva aportada por la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión, el equipo auditor puede concluir que el proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, viene cumpliendo con la función de realizar el seguimiento y control a la Actividad Clave de Éxito “*Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC*”, situación que ha permitido la adopción de lineamientos y metodologías para ejercer la Inspección, Vigilancia y Control en la Superintendencia Nacional de Salud, de igual forma, en las

pruebas de recorrido, el equipo auditor ha identificado oportunidades de mejora, las cuales le fueron manifestadas a la Subdirectora y a su equipo de trabajo, que de considerarlo necesario y oportunas por el proceso, podrían contribuir a la mejora continua, situaciones estas que fueron de buen recibo por parte de la Subdirección.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 1. Documentar y dejar la evidencia objetiva de las actividades realizadas, en especial de los puntos de control, establecidos en la Actividad Clave de Éxito: “Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC”**, al proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Se genera Recomendación al proceso “*Direccionamiento Estratégico*” liderado por la Oficina Asesora de Planeación, en su Actividad Clave de Éxito “*Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC*”, teniendo en cuenta que, en los puntos de control establecidos, no se observaron ni aportaron evidencias objetivas que permitieran dar cuenta de su cumplimiento, por lo cual, se recomendó a la Subdirección evaluar la posibilidad de implementar y documentar los citados puntos, teniendo en cuenta que estos permiten la toma de decisiones oportunas para mitigar la materialización de los riesgos asociados, garantizando que se cumplan las expectativas y metas trazadas, al igual que se completen los elementos de cada fase, asumiendo que todo funcione sin problemas a lo largo del itinerario, así como hacer los respectivos análisis que se consideran necesarios para asegurar su cumplimiento.

2.3. Actividad Clave de Éxito “*Formular proyectos de inversión*”

Mediante los Decretos 2590 del 23 de diciembre de 2022 y 2295 del 29 de diciembre de 2023, a través de los cuales se liquida el Presupuesto General de la Nación para las vigencias fiscales 2023 y 2024 respectivamente, e incorporan el detalle de las apropiaciones, así como; la clasificación y definición de los gastos, le fue asignado a la Superintendencia Nacional de Salud por valor de setenta y seis mil doscientos nueve millones cuatrocientos veintidós mil (\$76.209.422.000) por concepto de inversión para la vigencia 2023, suscribiéndose nueve (9) proyectos de inversión distribuidos en tres (3) programas, así:

Programa	Proyecto de inversión	Recursos 2023
Aseguramiento y administración del SGSS	Optimización del uso de los mecanismos de conciliación y facultad jurisdiccional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud	\$1.294.522.744
Inspección, Vigilancia y Control	Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional	\$12.039.883.904

Programa	Proyecto de inversión	Recursos 2023
	Mejoramiento del conocimiento de los grupos de interés de las acciones de IVC de la Supersalud y la normatividad y disposiciones del SGSSS Nacional	\$3.731.360.922
	Fortalecimiento de la atención, protección y promoción de la participación de los ciudadanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Nacional	\$24.175.687.432
Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector salud y protección social	Fortalecimiento de la administración de la gestión documental en la Supersalud Nacional	\$8.533.331.406
	Optimización de la prestación de servicios y provisión de soluciones de tecnologías de la información y la comunicaciones -TIC de la Superintendencia Nacional de Salud Nacional.	\$23.105.600.705
	Fortalecimiento en la implementación de políticas, criterios, y directrices jurídicas de la Superintendencia Nacional de Salud Nacional.	\$395.412.480
	Consolidación del sistema integrado de planeación y gestión de la Supersalud a nivel Nacional.	\$358.622.407
	Desarrollo de la gestión estratégica del talento humano en la Supersalud a nivel nacional	\$2.575.000.000
Total		\$ 76.209.422.000

Tabla 3 - Fuente: Elaboración propia OCI - Información extraída de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/planeaci%C3%B3n/proyectos-de-inversion>

Ahora bien, para la vigencia 2024, la asignación presupuestal asciende a la suma de setenta y nueve mil setecientos trece millones ciento noventa mil novecientos diecinueve (\$79.713.190.919), distribuidos en tres (3) programas que abarcan un total de ocho (8) proyectos de inversión, precisándose que, los datos hacen parte de las apropiaciones iniciales para las citadas vigencias, así:

Programa	Proyecto de inversión	Recursos 2024
Aseguramiento y prestación integral de servicios en salud	Optimización de la utilización de los mecanismos de administración de justicia dispuestos por la Supersalud en la resolución de conflictos entre los actores del SGSSS nacional	\$841.649.952
Inspección, Vigilancia y Control	Fortalecimiento de la protección del usuario del sistema de salud, a través de mecanismos de inspección y vigilancia y la promoción de la participación de los ciudadanos nacional.	\$27.354.328.639
	Mejoramiento en la ejecución de las acciones de supervisión y control frente a la gestión en el SGSSS de los vigilados de la Supersalud nacional	\$11.221.561.979
	Fortalecimiento del conocimiento de los ciudadanos del funcionamiento del SGSSS, sus derechos y deberes en salud, y las acciones y resultados de la gestión de la Supersalud nacional	\$3.731.360.922
Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector salud y protección social	Desarrollo de la gestión estratégica del talento humano en la Supersalud a nivel nacional	\$2.575.000.000
	Fortalecimiento de la administración de la gestión documental en la Supersalud nacional	\$8.533.331.406
	Fortalecimiento del sistema integrado de gestión en la provisión de los servicios de la Supersalud a sus grupos de valor dentro del SGSSS nacional	\$686.754.065
	Optimización del aprovisionamiento, desarrollo de servicios y soluciones de tecnologías de la información que soportan las acciones de IVC al SGSSS nacional	\$24.769.203.956
Total		\$ 79.713.190.919

Tabla 4 - Fuente: Elaboración propia OCI - Información extraída de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/planeaci%C3%B3n/proyectos-de-inversion>

Respecto a la información contenida en las tablas 3 y 4, y sobre los valores asignados para las vigencias objeto de auditoría, se observó una variación absoluta en la asignación de recursos para proyectos de inversión de tres mil quinientos tres millones setecientos sesenta y ocho mil novecientos diecinueve (\$3.503.768.919,00), equivalentes en variación

relativa a 4.60%, incremento este que, termina siendo más representativo para los proyectos de inversión asociados al programa *“Inspección, Vigilancia y Control”*, que si bien, no presentó aumento en cantidad de proyectos, si lo es, para el valor destinado a las actividades que se derivan.

Conforme a lo anterior, se procedió a realizar las validaciones correspondientes sobre los requerimientos de las Dependencias de la entidad en cuanto a las necesidades de proyectos de inversión para los periodos 2023 y 2024, observándose en primera etapa consistencia en los valores que fueron reportados la Oficina Asesora de Planeación a través de correo electrónico del 17/09/2023, y la información que reposa en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

No obstante, la fase *“Formular cronograma de trabajo”* de la Actividad Clave de Éxito *“Direccionamiento Estratégico”*, referencia el formato *“DEFT01”*, el cual establece *“El funcionario asignado elabora el cronograma de trabajo para la formulación y estructuración del nuevo proyecto de inversión, acorde con la metodología y estructura definida por el Departamento Nacional de Planeación”*, no se logró evidenciar el referido formato a través de la información objetiva aportada por la Oficina Asesora de Planeación, dado que, se allegó archivo Excel, que si bien, dentro de su contenido, resulta tener inmersa información sobre la formulación y estructuración de los proyectos de inversión de la Entidad, también lo es que, no permite la identificación del proceso, nombre del formato, codificación, versionamiento y fecha.

Sumado a lo anterior, el referido archivo Excel dentro de su contenido, en específico, la columna denominada *“Observaciones”*, resulta tener campos diligenciados como *“Pendiente”*, y que valdría la pena la verificación por parte del líder del proceso, a fin de asegurar su correcto diligenciamiento respecto de las actividades que se derivan en la *“formulación de proyectos de inversión”*.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 1. No aplicabilidad del formato “DEFT01” preceptuado en la Actividad Clave de Éxito: “Formular proyectos de inversión”**, al proceso *“Direccionamiento Estratégico”*, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así: Se genera Observación al proceso *“Direccionamiento Estratégico”* - Actividad Clave de Éxito *“Formular proyectos de inversión”*, dado que, no se observó la aplicabilidad del formato *“DEFT01”* establecido en la fase *“Formular cronograma de trabajo”*, aunado a la debilidad en el principio de *“Autocontrol”* que dispone el *“Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”*, esto por parte del proceso para detectar desviaciones y con ello efectuar correctivos para la adecuada ejecución de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, y que

representan oportunidad de mejora para el adecuado desarrollo de la Actividad Clave de Éxito objeto de análisis y evaluación.

• En cuanto a las actividades que se derivan del control: “Validar la aplicación metodológica” consistente en que, “El profesional asignado de la OAP valida la información recolectada y elaborada por el equipo formulador y estructurado del proyecto, acorde con la metodología definida por el Departamento Nacional de Planeación”, se observó que, la Oficina Asesora de Planeación mantiene la traza de documentos que permiten observar las diferentes validaciones realizadas en la formulación de proyectos de inversión, y que estas resultan tener consistencia con la metodología que define el Departamento Nacional de Planeación, existiendo para los casos objeto de evaluación, el respectivo documento de formulación de proyectos con las cuatro (4) fases: “Identificación, Preparación, Evaluación y Programación” establecidos por el Departamento Nacional de Planeación a través de la “Metodología General Ajustada para la formulación de proyectos de inversión pública en Colombia”, tal y como a continuación se presenta en el siguiente flujo:

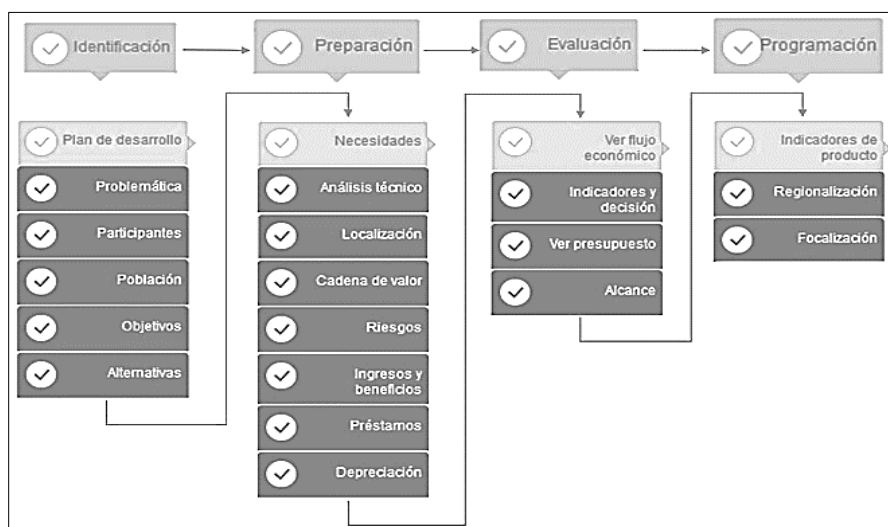


Imagen 1 – Fuente: Metodología General Ajustada – MGA para la formulación de proyectos de inversión – Departamento Nacional de Planeación

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 2. Cumplimiento de la metodología definida por el Departamento Nacional de Planeación para la formulación de proyectos de inversión**, al proceso “Direccinamiento Estratégico”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Respecto a la información objetiva evaluada, se observó para el periodo objeto de auditoría, el cumplimiento a las directrices impartidas por el Departamento Nacional de Planeación respecto a la aplicabilidad de las fases para la formulación de proyectos de inversión, esto es, “Identificación, Preparación, Evaluación y Programación”; así como, demás información que soporta la observancia del control “Validar la aplicación metodológica” de la actividad clave de éxito “Formular proyectos de inversión”.

- Realizadas las validaciones correspondientes a la formulación y estructuración de los proyectos de inversión, se verificaron las actividades adelantadas por la Oficina Asesora de Planeación respecto al registro en el banco de proyectos del aplicativo dispuesto por el Departamento Nacional de Planeación, este es, la “Plataforma Integrada de Inversión Pública – PIIP”, para lo cual, se solicitó un usuario de consulta (Rol de visualizador), tomando como muestra los siguientes proyectos, a fin de determinar su correcto registro conforme a los Decretos 2590 del 23 de diciembre de 2022, y 2295 del 29 de diciembre de 2023, así:

Decreto 2590 de 2022 / Resolución 2023920010000001 - 6 de 2023					
Código BPIN	Cuenta	Concepto	Valor Resolución	Valor Banco de Proyectos	Diferencia
2017011****76	1902	Aseguramiento y administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud - SGSSS	\$1.294.522.744	\$1.294.522.744	\$0
201801****83	1903	Mejoramiento del conocimiento de los grupos de interés de las acciones de IVC de la Supersalud y la normatividad y Disposiciones del SGSSS nacional	\$3.731.360.922	\$3.731.360.922	\$0
201801****98	1903	Fortalecimiento de la atención, protección y promoción de la participación de los ciudadanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud nacional	\$24.175.687.432	\$24.175.687.432	\$0

Tabla 5 - Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno. Información extraída de la Resolución 2023920010000001-6 de 2023

Decreto 2295 de 2023 / Resolución 2024920010000003 - 6 de 2024					
Código BPIN	Cuenta	Concepto	Valor resolución	Valor Banco de Proyectos	Diferencia
2023000****54	1906	Optimización de la utilización de los mecanismos de administración de justicia dispuestos por la Supersalud en la resolución de conflictos entre los actores del SGSSS nacional	\$841.649.952	\$841.649.952	\$0
2023000****55	1903	Fortalecimiento de la protección del usuario del sistema de salud, a través de mecanismos de inspección y vigilancia y la promoción de la participación de los ciudadanos nacional	\$27.354.328.639	\$27.354.328.639	\$0

Decreto 2295 de 2023 / Resolución 2024920010000003 - 6 de 2024					
Código BPIN	Cuenta	Concepto	Valor resolución	Valor Banco de Proyectos	Diferencia
20230000****57	1999	Fortalecimiento del sistema integrado de gestión en la provisión de los servicios de la Supersalud a sus grupos de valor dentro del SGSSS nacional	\$686.754.065	\$686.754.065	\$0

Tabla 6 - Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno. Información extraída de la Resolución 2024920010000003 - 6 de 2024

En cuanto a las validaciones que surten sobre los recursos programados para los proyectos de inversión aprobados durante el periodo objeto de auditoría, entre sus apartes, la actividad clave de éxito evaluada tiene inmerso el control “Validar los recursos asignados al proyecto”, el cual precisa que “El profesional asignado, una vez expedido el Decreto de Liquidación del Presupuesto General de la Nación, valida los recursos programados en el proyecto de inversión, con el propósito de identificar diferencias entre los recursos programados y los asignados al proyecto”. Así las cosas, el equipo auditor realizó la verificación de la información contenida en la evidencia objetiva aportada por el proceso auditado, observándose que, los valores contenidos en el archivo Excel que contiene la desagregación del presupuesto asignado tanto para la vigencia 2023 como para 2024, resultan ser consistentes con los consignados en la ejecución presupuestal, así como lo preceptuado mediante las resoluciones N° 2023920010000001-6 del 02/01/2023 y 2024920010000003-6 del 03/01/2024, y que como se observa en las tablas 5 y 6, a través de la cual se tomó muestra de proyectos de inversión, sin identificarse inconsistencias con los valores allí registrados.

• Finalmente, para el periodo objeto de auditoría, se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación, suministrar la evidencia objetiva respecto de los ajustes a los proyectos de inversión ejecutados por las Dependencias de la Entidad, y referente a la justificación para realizar el trámite ante las instancias correspondientes, observándose que, los ajustes y/o modificaciones a los proyectos de inversión, cuentan con los soportes que permiten validar el saldo al cierre del ejercicio 2023 y primer semestre de 2024, obteniéndose el siguiente resultado:

Ajustes y/o modificaciones los proyectos de inversión para la vigencia 2023				
Programa	Proyecto de inversión	Apropiación inicial 2023	Adiciones y/o modificaciones	Apropiación definitiva 2023
Aseguramiento y administración del SGSSS	Optimización del uso de los mecanismos de conciliación y facultad jurisdiccional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud	\$1.294.522.744	\$0	\$1.294.522.744
Inspección, vigilancia y control	Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional	\$12.039.883.904	(\$806.223.577)	\$11.233.660.327
	Mejoramiento del conocimiento de los grupos de interés de las acciones de IVC de la Supersalud y la normatividad y disposiciones del SGSSS Nacional	\$3.731.360.922	\$0	\$3.731.360.922

Ajustes y/o modificaciones los proyectos de inversión para la vigencia 2023				
Programa	Proyecto de inversión	Apropiación inicial 2023	Adiciones y/o modificaciones	Apropiación definitiva 2023
	Fortalecimiento de la atención, protección y promoción de la participación de los ciudadanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Nacional	\$24.175.687.432	(\$1.193.817.927)	\$22.981.869.505
	Fortalecimiento de la protección del usuario del Sistema de Salud, a través de mecanismos de inspección y vigilancia, y la promoción de la participación de los ciudadanos	\$0	\$2.000.041.504	\$2.000.041.504
Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector salud y protección social	Fortalecimiento de la administración de la gestión documental en la Supersalud Nacional	\$8.533.331.406	\$0	\$8.533.331.406
	Optimización de la prestación de servicios y provisión de soluciones de tecnologías de la información y la comunicaciones -TIC de la Superintendencia Nacional de Salud Nacional.	\$23.105.600.705	(\$641.555.690)	\$22.464.045.015
	Fortalecimiento en la implementación de políticas, criterios, y directrices jurídicas de la Superintendencia Nacional de Salud Nacional.	\$395.412.480	\$0	\$395.412.480
	Consolidación del sistema integrado de planeación y gestión de la Supersalud a nivel Nacional.	\$358.622.407	\$0	\$358.622.407
	Desarrollo de la gestión estratégica del talento humano en la Supersalud a nivel nacional	\$2.575.000.000	\$0	\$2.575.000.000
	Optimización del aprovisionamiento, desarrollo de servicios y soluciones de tecnologías de la información que soportan las acciones de IVC al SGSSS Nacional	\$0	\$641.555.690	\$641.555.690
Total		\$76.209.422.000	\$0	\$76.209.422.000

Tabla 7 - Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno. Información extraída de la Resolución 2023920010000001 - 6 de 2023, y; los valores que registra el Banco de Proyectos del PIIP.

Respecto a los valores de apropiación inicial para los proyectos de inversión de la vigencia 2023, se observó la creación e incorporaron de dos (2) nuevos proyectos, así: “*Optimización del aprovisionamiento, desarrollo de servicios y soluciones de tecnologías de la información que soportan las acciones de IVC al SGSSS Nacional*” por valor de seiscientos cuarenta y un millones quinientos cincuenta y cinco mil seiscientos noventa pesos (\$641.555.690), y “*Fortalecimiento de la protección del usuario del Sistema de Salud, a través de mecanismos de inspección y vigilancia, y la promoción de la participación de los ciudadanos*” por valor de dos mil millones cuarenta y un mil quinientos cuatro pesos (\$2.000.041.504), recursos estos que se derivan de las modificaciones presupuestales a los proyectos de inversión iniciales.

Consecuente con lo anterior, el Artículo 19 de la Ley 2276 del 2022, indica: “*Se podrán hacer distribuciones en el presupuesto de ingresos y gastos, sin cambiar su destinación, mediante resolución suscrita por el jefe del respectivo órgano (). Estas operaciones presupuestales se someterán a la aprobación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección General del Presupuesto Público Nacional, y tratándose de gastos de inversión, requerirán el concepto previo favorable del Departamento Nacional de Planeación - Dirección de Programación de Inversiones Públicas*”, observándose que, la Superintendencia Nacional de Salud da cumplimiento a las directrices impartidas en materia.

Con relación a la vigencia 2024, a continuación se referencia lo observado:

Ajustes y/o modificaciones los proyectos de inversión para la vigencia 2024				
Programa	Proyecto de inversión	Apropiación inicial 2024	Adiciones y/o modificaciones	Apropiación parcial a 30/06/2024
Aseguramiento y prestación integral de servicios en salud	Optimización de la utilización de los mecanismos de administración de justicia dispuestos por la Supersalud en la resolución de conflictos entre los actores del SGSSS nacional	\$841.649.952	\$0	\$841.649.952
Inspección, vigilancia y control	Fortalecimiento de la protección del usuario del sistema de salud, a través de mecanismos de inspección y vigilancia y la promoción de la participación de los ciudadanos nacional.	\$27.354.328.639	\$0	\$27.354.328.639
	Mejoramiento en la ejecución de las acciones de supervisión y control frente a la gestión en el SGSSS de los vigilados de la Supersalud nacional	\$11.221.561.979	\$0	\$11.221.561.979
	Fortalecimiento del conocimiento de los ciudadanos del funcionamiento del SGSSS, sus derechos y deberes en salud, y las acciones y resultados de la gestión de la Supersalud nacional	\$3.731.360.922	\$0	\$3.731.360.922
Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector salud y protección social	Desarrollo de la gestión estratégica del talento humano en la Supersalud a nivel nacional	\$2.575.000.000	\$0	\$2.575.000.000
	Fortalecimiento de la administración de la gestión documental en la Supersalud nacional	\$8.533.331.406	\$0	\$8.533.331.406
	Fortalecimiento del sistema integrado de gestión en la provisión de los servicios de la Supersalud a sus grupos de valor dentro del SGSSS nacional	\$686.754.065	\$0	\$686.754.065
	Optimización del aprovisionamiento, desarrollo de servicios y soluciones de tecnologías de la información que soportan las acciones de IVC al SGSSS nacional	\$24.769.203.956	\$0	\$24.769.203.956
Total		\$79.713.190.919	\$0	\$79.713.190.919

Tabla 8 - Fuente: Elaboración propia oficina de Control Interno. Información extraída de la Resolución 2024920010000003 - 6 de 2024, y; los valores que registra el Banco de Proyectos del PIIP.

Consecuente con los valores aprobados para proyectos de inversión a ejecutar durante la vigencia 2024, no se observaron ajustes y/o modificaciones con corte al 30/06/2024, información que fue cotejada contra el registro de la “Plataforma Integrada de Inversión Pública – PIIP”, por cuanto persisten los ocho (8) proyectos iniciales que conforman los tres (3) programas con cargo al presupuesto de la Superintendencia Nacional de Salud, y que son financiados con recursos propios.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 3. Cumplimiento en trámite para realizar ajustes y/o modificaciones a los proyectos de inversión**, al proceso “Direccionamiento Estratégico”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Con fundamento en la evidencia objetiva aportada por el proceso “Direccionamiento Estratégico”, y, las consultas realizadas a través de la “Plataforma Integrada de Inversión Pública – PIIP” dispuesta por el Departamento Nacional de Planeación - DNP, información que fue objeto de análisis y evaluación, se genera Conformidad al citado proceso, dado que, se observó el cumplimiento en los lineamientos y/o directrices en materia, y especial, los

traslados presupuestales de proyectos inversión preceptuados en el Artículo 19 de la Ley 2276 del 2022, así como el correcto registro de los ajustes y/o modificaciones que surten a partir de las necesidades generadas por las Dependencias que tienen a su cargo los programas y proyectos para el período objeto de auditoría.

2.4. Actividad Clave de Éxito “Formular indicadores”

La Oficina Asesora de Planeación tiene establecido en su proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, Actividad Clave de Éxito “*Formular indicadores*”, el control determinado “*Revisar el indicador*”, y las fases “*Aprobar el indicador*”, “*Elaborar la hoja de vida del indicador*”, para lo cual, se realizaron las validaciones correspondientes respecto al cumplimiento tanto de las actividades plasmadas en la citada Actividad Clave de Éxito, como también, de los lineamientos en materia impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, observándose:

• Control: Revisar el indicador

Con base a la información objetiva suministrada por la Oficina Asesora de Planeación, se observó que existe la traza de documentos y actividades que se derivan para la revisión de los indicadores propuestos por los líderes de proceso, entre los que se encuentran el memorando de solicitud del área solicitante acompañado del formato “*DEFT05 – Solicitud de modificaciones a planes de gestión institucional*”, así como, el memorando de revisión elaborado por la Oficina Asesora de Planeación.

Consecuente con lo anterior, y conforme a la información obtenida por parte del proceso auditado, se identificaron modificaciones a los indicadores de gestión para el período evaluado, así:

Modificación de indicadores / Vigencias 2023 - 2024							
Vigencia	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Sep
2023	x	x		x		x	x
2024	x		x		x		

Tabla 9 – Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno. Información extraída de la carpeta denominada “1. Modificaciones”, subcarpeta “Modificaciones de indicadores” compartida por la Oficina Asesora de Planeación.

• Fase: Aprobar el indicador

Una vez surte el proceso de la revisión de los indicadores de gestión de la Entidad propuestos por los líderes de proceso, desde el Despacho del Superintendente Nacional de Salud, se emite el respectivo memorando de aprobación, el cual se evidenció para los meses señalados en la tabla 9 del presente informe de auditoría, generándose a su vez, la respectiva resolución que da firmeza a la actividad “*Por la cual se adopta el Plan Anual de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud (...)*”, observándose los siguientes números de resoluciones:

Resoluciones de adopción del Plan Anual de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud para las vigencias 2023-2024	
Vigencia	Resolución
2023	2022100000008321 - 6 del 02/12/2022
2024	2023120000014446 - 6 del 13/12/2023

Tabla 10 – Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno. Información extraída de la carpeta denominada “1. Aprobaciones”, compartida por la Oficina Asesora de Planeación.

• Fase: Elaborar la hoja de vida del indicador

Se realizó consulta a través de los siguientes enlaces web, que corresponden a la publicación de las hojas de vida de indicadores para las vigencias 2023 y 2024, así:



INDICADORES SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - 2023

Delegatura de Investigaciones Administrativas	Dirección Jurídica
Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación	Oficina Asesora de Comunicaciones
Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud	Oficina Asesora de Planeación
Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores y Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS	Oficina de Control Interno
Delegatura para la Protección al Usuario	Oficina de Liquidaciones
Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud	Secretaría General
Dirección Innovación y Desarrollo	Secretaría General - Oficina de Control Disciplinario Interno

Imagen 2 - Fuente: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/SeguridadInformacion/Indicadores%202023.xlsx>



INDICADORES SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - 2024

Delegatura de Investigaciones Administrativas	Dirección Jurídica
Delegatura Función Jurisdiccional y de Conciliación	Oficina Asesora de Comunicaciones
Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud	Oficina Asesora de Planeación
Delegatura para Entidades Territoriales y Generadores y Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS	Oficina de Control Interno
Delegatura para la Protección al Usuario	Oficina de Liquidaciones
Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud	Secretaría General
Dirección Innovación y Desarrollo	
Delegada de Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos	

Imagen 3 - Fuente: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/SeguridadInformacion/Indicadores%202024.xlsx>

A través de las imágenes 2 y 3, se observó la hoja vida de los indicadores dispuestos para los periodos objeto de evaluación, tomándose como muestra los que aplican para el proceso Gestión Jurídica “*Dirección Jurídica*”, el cual contiene:

Dirección Jurídica	
GJ01	Porcentaje de respuestas oportunas a acciones constitucionales de tutela
GJ02	Porcentaje de requerimientos tramitados oportunamente en desarrollo de las acciones constitucionales de tutela
GJ03	Porcentaje de fallos de tutela a favor de la Superintendencia Nacional de Salud en acciones interpuestas en contra de los actos administrativos de intervención y/o liquidación
CT15	Porcentaje de actos administrativos entregados para firma, numeración y su posterior notificación, que resuelven los recursos y solicitudes de revocatoria directa que se presenten dentro de los procesos de única instancia.
CT16	Actos administrativos entregados para firma, numeración y su posterior notificación oportuna, que resuelven los recursos de apelación, queja y solicitudes de revocatoria directa que se presentaron dentro de los procesos sancionatorios en segunda instancia.
GJ04	Porcentaje de conceptos, solicitudes y derechos de petición tramitados
GJ05	Publicación trimestral del boletín jurídico en la página web de la Entidad
GJ06	Porcentaje de acciones contencioso administrativas y ordinarias tramitadas dentro de los términos de ley
GJ07	Porcentaje solicitudes de conciliaciones presentadas al Comité de Conciliación
GJ08	Porcentaje de sentencias favorables a la Superintendencia Nacional de Salud
GJ09	Porcentaje de solicitudes de conciliación prejudicial y judicial en las que el comité de conciliación decide conciliar en la vigencia fiscal
GJ10	Actividades ejecutadas en el cronograma de implementación y sostenibilidad de la política de “Mejora Normativa”
GJ11	Actividades de seguimiento a la gestión de la política de prevención del daño antijurídico.
GJ12	Actividades ejecutadas en el cronograma de implementación y sostenibilidad de la política de “Defensa Jurídica”

Imagen 4 - Fuente: Indicadores dispuestos por la Dirección jurídica / Vigencia 2023

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/SeguridadInformacion/Indicadores%202023.xlsx>

Dirección Jurídica	
GJ02	Porcentaje de requerimientos tramitados oportunamente en desarrollo de las acciones constitucionales de tutela
CT15	Actos administrativos entregados para firma, numeración y su posterior notificación oportuna, que resuelven los recursos de apelación, queja y solicitudes de revocatoria directa que se presentaron dentro de los procesos sancionatorios en segunda instancia.
CT16	Porcentaje de conceptos, solicitudes y derechos de petición tramitados
GJ04	Publicación trimestral del boletín jurídico en la página web de la Entidad
GJ05	Porcentaje de acciones contencioso administrativas y ordinarias tramitadas dentro de los términos de ley
GJ06	Porcentaje solicitudes de conciliaciones presentadas al Comité de Conciliación
GJ07	Actividades ejecutadas en el cronograma de implementación y sostenibilidad de la política de “Mejora Normativa”
GJ10	Porcentaje de sanciones enviadas en grado de consulta en contra de la SNS.
GJ13	Cumplimiento de planes de políticas de prevención de daño antijurídico
GJ14	Cumplimiento de planes de políticas de prevención de daño antijurídico

Imagen 5 - Fuente: Indicadores dispuestos por la Dirección jurídica / Vigencia 2023

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/SeguridadInformacion/Indicadores%202023.xlsx>

Con base en lo anterior, se validó para la muestra objeto de análisis y evaluación, la información contenida en la respectiva hoja de vida de los indicadores, y la que reposa en la Matriz de formulación del Plan Anual De Gestión - PAG, así como, el Reporte PAG dispuesto a través de la herramienta SharePoint, el cual es alimentado por los procesos y validado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Indicadores Dirección Jurídica / Vigencia 2023			
Nº Indicador	Fórmula	Frecuencia	Observaciones OCI
GJ01	Número de acciones de tutela directas respondidas dentro del término judicial en el periodo / Número de acciones de tutela directas recibidas en el periodo.	Trimestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ02	Número de requerimientos gestionados notificados al Grupo de Tutelas / Número de requerimientos recibidos en el periodo.	Trimestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), no resultar guardar consistencia, dado que, el indicador se estable trimestral, dado que, al verificarse la información de la hoja de vida del indicador, en especial, los campos dispuestos denominados “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2023”, este se realizó de manera semestral y no trimestral. Consecuente con lo anterior, el análisis plasmado no resulta guardar relación de causalidad con el indicador.
GJ03	No. de tutelas falladas a favor de la SNS presentadas en contra de las resoluciones por medio de las cuales se ordena intervenir o liquidar un vigilado / No. Total de tutelas presentadas en contra de las resoluciones por medio de las cuales se ordena intervenir o liquidar un vigilado	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), no resultar guardar consistencia, dado que, el indicador se establece semestralmente, pues al verificarse la información de la hoja de vida del indicador, en especial, los campos dispuestos denominados “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2023”, este se realizó de manera trimestral y no semestral. Adicionalmente, el numerador que registra el Reporte PAG (SharePoint), no es consistente con el que refiere la hoja de vida del indicador evaluado.
CT15	No. Actos administrativos entregados para firma del Superintendente Nacional de Salud resolviendo recursos y solicitudes de	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte

Indicadores Dirección Jurídica / Vigencia 2023			
Nº Indicador	Fórmula	Frecuencia	Observaciones OCI
	única instancia / No. De procesos y solicitudes presentadas con vencimiento dentro del término de oportunidad de única instancia, en el periodo a reportar.		PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
CT16	No Actos administrativos entregados para firma del Superintendente Nacional de Salud resolviendo recursos de apelación y solicitudes de segunda instancia/ No. De procesos administrativos con vencimiento dentro del término de oportunidad de segunda instancia.	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ04	Número de conceptos, derechos de petición y solicitudes tramitados en el trimestre / Número de conceptos, derechos de petición y solicitudes recibidas en oportunidad que debían ser resueltas y tramitadas en el periodo según los términos de ley.	Trimestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ05	Número de boletines publicados en el periodo	Trimestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ06	Número de acciones contencioso-administrativas y ordinarias tramitadas dentro de los términos de ley en el periodo/Total de acciones contencioso-administrativas y ordinarias recibidas para trámite en el periodo.	Trimestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ07	Número de solicitudes de conciliaciones presentadas ante el Comité de conciliación en el periodo/Número de solicitudes de conciliaciones recibidas 15 días calendario antes de la última fecha programada para realizar el Comité de conciliación en el periodo.	Trimestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ08	Número de sentencias a favor de la Superintendencia Nacional de Salud notificadas en el periodo / Número de sentencias expedidas en el periodo	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ09	Total de solicitudes de conciliación prejudicial y judicial en las que el comité de conciliación decide conciliar en la vigencia fiscal / Total de solicitudes de conciliación	Semestral	Si bien, durante el primer semestre de 2023, no se reportó información asociada con la medición del indicador, también lo es que, el seguimiento como lo establece la frecuencia es semestral. Sin embargo, al consultar la

Indicadores Dirección Jurídica / Vigencia 2023			
Nº Indicador	Fórmula	Frecuencia	Observaciones OCI
	prejudicial y judicial presentadas al comité en la vigencia fiscal.		hoja de vida del indicador, no se observa análisis / interpretación por parte del proceso "Direccionamiento Estratégico", en donde se precise o indique que, en efecto, el resultado relacionado tanto en la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, como en el Reporte PAG (SharePoint).
GJ10	Número de actividades ejecutadas en el cronograma de implementación y sostenibilidad de la política de "Mejora Normativa"	Mensual	La hoja de vida del indicador en el campo denominado "Medición", presenta inconsistencia para el mes de agosto de 2023, dado que, tanto el numerador como el denominador resulta igual a uno (1), se traduce un cumplimiento del 100%. Sin embargo, el valor que allí reposa es del 0%. Adicionalmente, para el campo denominado "Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2023", no se observó dato alguno que precise sobre las actividades de seguimiento adelantadas para el mes de noviembre.
GJ11	Número de actividades desplegadas para el seguimiento de la política de prevención del daño antijurídico.	Semestral	La información que registra la hoja de vida del indicar y el Reporte PAG (SharePoint), no resultan guardar consistencia con la que refiere la Matriz de formulación del Pla Anual de Gestión – PAG, dado que, este último registra un total de dos (2) actividades, mientras que las demás fuentes de información precisan un total de (4) actividades.
GJ12	Número de actividades ejecutadas en el cronograma de implementación y sostenibilidad de la política de "Defensa Jurídica"	Trimestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.

Tabla 11 – Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno. Información extraída de la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint) / Vigencia 2023

Indicadores Dirección Jurídica / Primer semestre de 2024			
Nº Indicador	Fórmula	Frecuencia	Observaciones OCI
GJ02	(Número de requerimientos gestionados por el grupo de tutelas / Número de requerimientos notificados al grupo de tutelas en el periodo) x 100.	Semestral	La fórmula que registra la Hoja de vida del indicador difiere de la que se encuentra plasmada en la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG y el Reporte PAG (SharePoint), así: Hoja de vida del indicador "Número de requerimientos gestionados notificados al Grupo de Tutelas / Número de requerimientos recibidos en el periodo"

Indicadores Dirección Jurídica / Primer semestre de 2024			
Nº Indicador	Fórmula	Frecuencia	Observaciones OCI
			Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG y el Reporte PAG (SharePoint) <i>“(Número de requerimientos gestionados por el grupo de tutelas / Número de requerimientos notificados al grupo de tutelas en el periodo) x 100.”</i>
GJ04	(Número de conceptos, derechos de petición y solicitudes tramitados en el trimestre/ Número de conceptos, derechos de petición y solicitudes recibidas en oportunidad que debían ser resueltas y tramitadas en el periodo según los términos de ley) x 100	Semestral	Si bien, la información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resulta guardar consistencia, también lo es que, respecto al incumplimiento de la meta esperada para el primer semestre de 2024 (100%), pero que, por situaciones expuestas por La Dirección Jurídica, este indicador cerró el semestre con un cumplimiento parcial del 64%, el análisis e interpretación de las causas incorporadas en la hoja de vida del indicador objeto de evaluación, no refiere otra cosa que lo citado por el área responsable del cumplimiento del indicador.
GJ05	Número de boletines publicados en el periodo	Trimestral	La hoja de vida del indicador para los campos “Comportamiento del indicador”, “Medición”, y “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2024”, no se encuentra debidamente actualizado respecto de la información que registra la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), dado que, registra información solamente para el mes de abril de la vigencia en cita, pero que, el análisis del indicador evaluado se precisa para los meses de enero, abril, julio y octubre.
GJ06	(Número de acciones contencioso-administrativas y ordinarias tramitadas dentro de los términos de ley en el periodo/Total de acciones contencioso-administrativas y ordinarias recibidas para trámite en el periodo) x 100	Trimestral	La hoja de vida del indicador respecto de los campos “Comportamiento del indicador”, “Medición”, y; “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2024”, no se encuentra debidamente actualizado respecto de la información que registra la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), dado que, registra información solamente para los meses de marzo y junio de la vigencia en cita, pero que, el análisis del indicador evaluado se precisa para los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, evidenciándose que, diciembre no entraría en la evaluación, dado que, aún no se ha materializado el hecho.

Indicadores Dirección Jurídica / Primer semestre de 2024			
Nº Indicador	Fórmula	Frecuencia	Observaciones OCI
			Así las cosas, no se observó información alguna en los campos “Comportamiento del indicador”, “Medición”, y; “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2024” respecto del mes de septiembre de la citada vigencia.
GJ07	(Número de solicitudes de conciliaciones presentadas ante el Comité de conciliación en el periodo/Número de solicitudes de conciliaciones recibidas 15 días calendario antes de la última fecha programada para realizar el Comité de conciliación en el periodo) x 100.	Trimestral	La hoja de vida del indicador respecto de los campos “Comportamiento del indicador”, “Medición”, y; “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2024”, no se encuentra debidamente actualizado respecto de la información que registra Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), dado que, registra información solamente para los meses de marzo y junio de la vigencia en cita, pero que, el análisis del indicador evaluado se precisa para los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, evidenciándose que, diciembre no entraría en la evaluación, dado que, aún no se ha materializado el hecho. Así las cosas, no se observó información alguna en los campos “Comportamiento del indicador”, “Medición”, y; “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2024” respecto del mes de septiembre de la citada vigencia.
GJ10	Número de actividades ejecutadas en el cronograma de implementación y sostenibilidad de las políticas a cargo de la Dirección Jurídica.	Mensual	La hoja de vida del indicador respecto de los campos “Comportamiento del indicador”, “Medición”, y; “Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador Vigencia 2024”, no se encuentra debidamente actualizado respecto de la información que registra Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), dado que, registra información solamente para los meses de enero a junio de la vigencia en cita, pero que, el análisis del indicador evaluado se precisa para los meses de enero a diciembre (Indicador con frecuencia mensual), evidenciándose que, noviembre y diciembre no entrarían en la evaluación, dado que, aún no se ha materializado el hecho. Así las cosas, no se observó información alguna en los campos “Comportamiento del indicador”, “Medición”, y; “Análisis/Interpretación de Resultados del

Indicadores Dirección Jurídica / Primer semestre de 2024			
Nº Indicador	Fórmula	Frecuencia	Observaciones OCI
			<i>Indicador Vigencia 2024</i> respecto de los meses de julio a octubre de la citada vigencia.
GJ13	(Número de sanciones revocadas en grado de consulta en el periodo / Numero de sanciones enviadas al grado de consulta en el periodo) x 100.	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ14	(Cantidad de actividades ejecutadas en el periodo/Cantidad de actividades planificadas en la política de prevención del daño antijurídico para el periodo) * 100	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
GJ15	Número de acciones realizadas para el diseño del sistema integral / Total de acciones programadas para el diseño del sistema integral de seguimiento a sentencias *100	Semestral	Respecto al indicador evaluado, no se observó la hoja de vida “Formato DEFT20”, aun cuando, se encuentra documentado en la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint).
CT15	(No. Actos administrativos entregados para firma del Superintendente Nacional de Salud resolviendo recursos y solicitudes de única instancia / No. De procesos y solicitudes presentadas con vencimiento dentro del término de oportunidad de única instancia, en el periodo a reportar) x 100.	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.
CT16	(No Actos administrativos entregados para firma del Superintendente Nacional de Salud resolviendo recursos de apelación y solicitudes de segunda instancia/ No. De procesos administrativos con vencimiento dentro del término de oportunidad de segunda instancia) x 100	Semestral	La información contenida en la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint), resultan guardar consistencia.

Tabla 12 – Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno. Información extraída de la hoja de vida del indicador, la Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG, y el Reporte PAG (SharePoint) / Vigencia 2024

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 1. Incumplimiento de lo preceptuado en la Actividad clave de Éxito “Formular Indicadores”, en su fase “Elaborar la hoja de vida del indicador”,** al proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Respecto de la muestra seleccionada objeto de análisis y evaluación, esto es, los indicadores de la “Dirección Jurídica” para las vigencias 2023 y 2024, se observó que para algunos casos, presenta inconsistencias en el diligenciamiento del formato DEFT20 “Hoja de Vida del Indicador”, dado que, al realizarse comparativo entre la información contenida en la “Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG”, y el “Reporte PAG (SharePoint)”, esta resulta no contener la totalidad de los datos que reporta la citada Dirección, como también lo es que, el seguimiento “Análisis / Interpretación” a los indicadores no se realiza con la frecuencia definida, afectando el correcto registro de los campos del formato tales como: “Comportamiento Indicador, Medición, Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador”.

3. Evaluación de Riesgos de Gestión y Corrupción del proceso “Direccionamiento Estratégico”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno en el marco de la auditoría adelantada efectuó la evaluación a los riesgos tanto de gestión como de corrupción que se encuentran dispuestos en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), e identificados para el proceso “Direccionamiento Estratégico”, los cuales son gestionados por la Oficina Asesora de Planeación, de lo cual, a continuación, se presentan los siguientes análisis y resultados:

- **Riesgo de Gestión:** “Posibilidad de afectación reputacional por la identificación de no conformidades en las auditorías o seguimientos internos, debido al incumplimiento en la actualización metodológica de riesgos y su correcta aplicación”, siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

1. Control Preventivo	Causas	Evidencia	Responsable del Control
El profesional responsable en la gestión de riesgos, cada vez que se requiera, verifica a través del aplicativo de Planeación y Gestión ITS los riesgos o modificaciones realizadas por parte de los gestores de la entidad, generando retroalimentación a la información cargada.	1. Debilidad en el asesoramiento dado a las áreas para la identificación de riesgos 2. Incumplimiento en la política de administración del riesgo. 3. Falta de apropiación por parte de líderes de proceso respecto a la gestión de riesgos. 4. Desconocimientos del uso del aplicativo de riesgos. 5. Alta rotación de funcionarios y gestores 6. Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos.	Mapa de riesgos actualizado.	Profesional responsable

Tabla 13 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Respecto del Control Preventivo N° 1 para el riesgo de gestión, se observó que, el proceso tiene identificadas entre otras, causas que no son propiamente de su responsabilidad, lo que conlleva a que el control propuesto no contenga las medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo evaluado, a través de las acciones que soporten su mitigación, identificándose para el caso en mención las siguientes:

- *Alta rotación de funcionarios y gestores*
- *Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos.*

2. Control Preventivo	Causas	Evidencia	Responsable del Control
<i>El profesional responsable en la gestión de riesgos, una vez al año solicita a los líderes de proceso, la actualización de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad y privacidad de la información, en caso de observar la no actualización de los riesgos o no identificación, se realizan observaciones en el informe de seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Innovación y Desarrollo.</i>	1. <i>Debilidad en el asesoramiento dado a las áreas para la identificación de riesgos</i> 2. <i>Incumplimiento en la política de administración del riesgo.</i> 3. <i>Falta de apropiación por parte de líderes de proceso respecto a la gestión de riesgos.</i> 4. <i>Desconocimientos del uso del aplicativo de riesgos.</i> 5. <i>Alta rotación de funcionarios y gestores</i> 6. <i>Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos.</i>	<i>Mapa de riesgos, informe de seguimiento a riesgos.</i>	<i>Profesional responsable</i>

Tabla 14 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Respecto del Control Preventivo N° 2 para el riesgo de gestión, se observó que, el proceso tiene identificadas entre otras, causas que no son propiamente de su responsabilidad, lo que conlleva a que el control propuesto no contenga las medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo evaluado, a través de las acciones que soporten su mitigación, identificándose para el caso en mención las siguientes:

- *Alta rotación de funcionarios y gestores*
- *Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos.*

El control N° 2 identificado por el proceso, el cual se establecido como "preventivo", y, de acuerdo con los planteamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, resulta ser un control detectivo: *"control accionado durante la ejecución del*

proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos¹, y no preventivo, como lo predica el proceso al indicar que “El profesional responsable en la gestión de riesgos, una vez al año solicita a los líderes de proceso, la actualización de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad y privacidad de la información, **en caso de observar la no actualización de los riesgos o no identificación, se realizan observaciones en el informe de seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Innovación y Desarrollo**”. Negrita y subrayado fuera de texto.

Consecuente con lo anterior, los controles preventivos deben ser aplicados a la entrada del proceso y previo a la realización de la actividad originadora del riesgo, lo anterior, busca condiciones que aseguren el resultado final, o simplemente se intenta prevenir y/o disuadir de que ocurran actos que permitan la materialización del riesgo, situación que no se evidenció en el control implementado por el proceso “Direccionamiento Estratégico”, toda vez que para la aplicación de los controles se debe tener en cuenta que estos deben mitigar el riesgo, considerándose importante que, desde el proceso se evalúe la pertinencia de realizar ajustes conforme a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a través de la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”.

3. Control Preventivo	Causas	Evidencia	Responsable del Control
El profesional responsable en la gestión de riesgos por parte de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Innovación y Desarrollo, cada vez que se requiera revisa la documentación, con el fin de verificar la necesidad de ajustes, respecto a mejoras internas o actualizaciones derivadas de los lineamientos de entes externos.	1. Debilidad en el asesoramiento dado a las áreas para la identificación de riesgos 2. Incumplimiento en la política de administración del riesgo. 3. Falta de apropiación por parte de líderes de proceso respecto a la gestión de riesgos. 4. Desconocimientos del uso del aplicativo de riesgos. 5. Alta rotación de funcionarios y gestores 6. Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos.	Documentación ajustada y aprobada.	Profesional responsable

Tabla 15 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Respecto del Control Preventivo N° 3 para el riesgo de gestión, se observó que, el proceso tiene identificadas entre otras, causas que no son propiamente de su responsabilidad, lo que conlleva a que el control propuesto no contenga las medidas para reducir la

¹ Guía Para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, página 47.

probabilidad o el impacto del riesgo evaluado, a través de las acciones que soporten su mitigación, identificándose para el caso en mención las siguientes:

- *Alta rotación de funcionarios y gestores*
- *Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos.*

Plan de tratamiento de riesgo	Acción	Evidencia	Responsable
1545	Realizar taller práctico respecto a riesgos de gestión y corrupción.	Listados de asistencia, informe taller	Profesional Especializado
	Realizar capacitaciones a gestores respecto a riesgos de seguridad y privacidad de la Información.	Listados de asistencia, Presentación	

Tabla 16 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

A la fecha de evaluación del plan de tratamiento N° 1545, como son acciones determinadas para los mapas riesgos de gestión, solo se evalúa la eficacia y no su efectividad, siendo así, el proceso de acuerdo con la evidencia objetiva consultada en el aplicativo ITS, evidenció el cumplimiento de las actividades propuestas, considerándose importante que la Oficina Asesora de Planeación, mantenga constante seguimiento al riesgo identificado para evitar su materialización, por lo cual, se recomienda aplicar de manera permanente la mejora continua.

• **Riesgo de Gestión** “Posibilidad de afectación económica y reputacional por hallazgo de un ente regulador debido al incumplimiento en la ejecución de los proyectos de inversión”, siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

1. Control Preventivo	Causas	Evidencia	Responsable del Control
Verificar por parte del profesional del grupo de proyectos, cada vez que se presenten trámites relacionados con la ejecución de los proyectos de inversión según los lineamientos establecidos por el DNP y en el Manual de Gestión de Proyectos de Inversión, en caso de detectar que no se cumpla con los lineamientos, se solicita ajuste mediante correo electrónico o memorando y se revisa nuevamente.	- Desconocimiento de los ajustes que se pueden hacer a la cadena de valor de los proyectos de inversión en ejecución. - Cambios permanentes de las metodologías y lineamientos por parte de las entidades responsables. - Desconocimiento de las normas que rigen la ejecución presupuestal en temas de gastos de inversión	Correo electrónico o memorando.	Profesional del Grupo de Gestión de proyectos

Tabla 17 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

El control identificado por el proceso, el cual se establecido como "preventivo", y, de acuerdo con los planteamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, resulta ser un control detectivo: "control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos"², y no preventivo, como lo predica el proceso al indicar que "Verificar por parte del profesional del grupo de proyectos, cada vez que se presenten trámites relacionados con la ejecución de los proyectos de inversión según los lineamientos establecidos por el DNP y en el Manual de Gestión de Proyectos de Inversión, **en caso de detectar que no se cumpla con los lineamientos, se solicita ajuste mediante correo electrónico o memorando y se revisa nuevamente**". Negrita y subrayado fuera de texto.

Consecuente con lo anterior, los controles preventivos deben ser aplicados a la entrada del proceso y previo a la realización de la actividad originadora del riesgo, lo anterior, busca condiciones que aseguren el resultado final, o simplemente se intenta prevenir y/o disuadir de que ocurran actos que permitan la materialización del riesgo, situación que no se evidenció en el control implementado por el proceso "Direccionamiento Estratégico", toda vez que para la aplicación de los controles se debe tener en cuenta que estos deben mitigar el riesgo, considerándose importante que, desde el proceso se evalúe la pertinencia de realizar ajustes conforme a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a través de la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6".

Plan de tratamiento de riesgo	Acción	Evidencia	Responsable
1541	Realizar capacitaciones a las dependencias responsables de la ejecución de los proyectos de inversión, en temas relacionados con actualizaciones y modificaciones de la ficha EBI de los proyectos de inversión en ejecución, y traslados ordinarios y Vigencias Futuras, para brindar herramientas que permitan su adecuada ejecución.	Listas de Asistencia, Informe evaluación de la capacitación	Profesional Especializado
	Asesorar a las dependencias responsables de la ejecución de los proyectos de inversión cuando requieran solicitar ajustes a la ficha EBI, y/o cualquier otra tramite presupuestal en la etapa de ejecución de los proyectos de inversión, que permitan dar cumplimiento a las metodologías, tiempos y lineamientos definidos por el DNP, y demás instancias responsables de validar y aprobar estos trámites	Ficha EBI actualizada, Memorando de respuesta	

Tabla 18 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

² Guía Para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, página 47.

El citado plan de tratamiento a la fecha de evaluación de la presente auditoría se observó que, este presenta un estado de avance del 50%, cuya fecha de terminación se precisa para el 31/12/2024, razón por la cual, este será objeto de análisis y evaluación para futuros seguimientos y/o auditorías por parte de la Oficina de Control Interno.

Realizado el análisis y evaluación de los riesgos de gestión objeto de muestra, y sobre el particular, la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles”, emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, específicamente en lo concerniente al establecimiento de controles impartió el siguiente lineamiento:

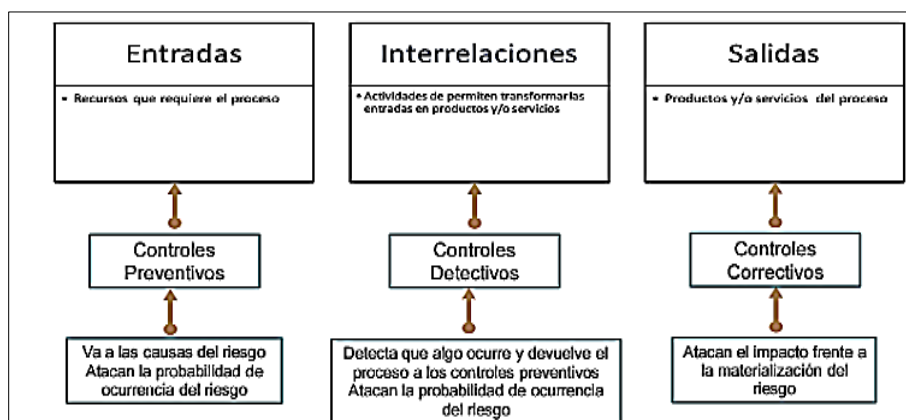


Imagen 6 – Fuente: Información extraída de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 6.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, y en lo que respecta a los riesgos de gestión objeto de análisis y evaluación, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 2. Definición de la tipología de los controles, así como, las causas identificadas para los riesgos de gestión, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP**, al proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

Resulta importante que el Proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, se analice la pertinencia de evaluar y redactar las tipologías de los controles, así como, las causas asociadas a los riesgos de gestión definidos por la Oficina Asesora de Planeación, dado que, se observó dentro de la estructura de los controles que se definieron, una combinación entre “*Preventivos*” y “*Detectivos*”, situación esta, que no permite evidenciar la aplicabilidad de las directrices impartidas en la “*Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6*”, emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

De igual forma, se observó la identificación de dos (2) causas asociadas al riesgo, eso es, “Alta rotación de funcionarios y gestores”, y, “Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos”, para el riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por la identificación de no conformidades en las auditorias o seguimientos internos, debido al incumplimiento en la actualización metodológica de riesgos y su correcta aplicación”, las cuales no son propiamente de su responsabilidad, conllevando a que el control dispuesto no contenga las medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo evaluado, a través de las acciones propuestas por la Oficina Asesora de Planeación para mitigar su materialización.

▪ **Riesgo de Corrupción:** “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para alterar, modificar, manipular la elaboración, actualización, eliminación o aprobación de metodologías, lineamientos o instrumentos de supervisión”, siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

1. Control Preventivo	Causas	Evidencia	Responsable del Control
El Subdirector (a) de Metodologías e Instrumentos de Supervisión verifica que la elaboración y seguimiento de la metodología o instrumento de supervisión esté a cargo de un equipo interdisciplinario de funcionarios, y en el caso que se requiera de las otras dependencias de la Dirección de Innovación y Desarrollo-DID serán requeridas mediante correo electrónico.	Fallas en la aplicación de controles y revisión de la información.	Correo electrónico o memorando.	Subdirector de Metodologías e Instrumentos de Supervisión.

Tabla 19 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

2. Control Preventivo	Causas	Evidencia	Responsable del Control
El Subdirector (a) de Metodologías e Instrumentos de Supervisión verifica con las dependencias implementadoras de los lineamientos, instrumentos o metodologías; los resultados de la aplicación de los mismos, en caso de presentar ajustes se realizan de conformidad con lo identificado.	Fallas en la aplicación de controles y revisión de la información.	Listas de asistencia, actas.	Subdirector de Metodologías e Instrumentos de Supervisión

Tabla 20 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Con respecto al riesgos de corrupción definido por el proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, y en atención a las pruebas de recorrido realizadas a la Actividad Clave de Éxito “*Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC*”, no se observó para algunos casos, la evidencia que soporte la ejecución de los controles, precisándose a la Subdirector de Metodologías e Instrumentos de Supervisión, evaluar la pertinencia de implementar y documentar los puntos de control que permitan la toma de decisiones oportunas para mitigar los riesgos, garantizando que se cumplan las expectativas y metas trazadas.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, y en lo que respecta a los riesgos de gestión objeto de análisis y evaluación, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 3. Debilidad en los soportes respecto de los puntos de control asociados a la mitigación del riesgo de corrupción**, al proceso “*Direccionamiento Estratégico*”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:

No se observó para algunos casos, la evidencia objetiva en la ejecución de los punto de control definidos para el riesgo de corrupción que permitan la toma de decisiones oportunas para mitigar su materialización, a fin de garantizar que se cumplan las expectativas y metas trazadas por el proceso en la Actividad Clave de Éxito “*Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC*”, aunado a que se completen los elementos establecidos en cada una de las fases y actividades a cargo de la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión.

Plan de tratamiento de riesgo	Acción	Evidencia	Responsable
1548	Estructurar micrositio donde se dispongan las metodologías e instrumentos de supervisión.	Micrositio	Profesional Especializado
	Adelantar seguimiento a los proyectos en curso, en los espacios de reunión de autoevaluación de la Dirección de Innovación y Desarrollo	Actas	

Tabla 21 – Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno. Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

El citado plan de tratamiento a la fecha de evaluación de la presente auditoría se observó que, este presenta un estado de avance del 50%, cuya fecha de terminación se precisa para el 31/12/2024, razón por la cual, este será objeto de análisis y evaluación para futuros seguimientos y/o auditorías por parte de la Oficina de Control Interno.

4. Respuesta a resultados de auditoría (hallazgos) desde el proceso auditado y análisis de la Oficina de Control Interno

• Observaciones

- **Observación N° 1. No aplicabilidad del formato “DEFT01” preceptuado en la Actividad Clave de Éxito “Formular proyectos de inversión”.**

• **Respuesta del proceso auditado:** “En atención al ítem 2.3 que contiene la observación No. 1 y que indica “No aplicabilidad del formato “DEFT01” preceptuado en la Actividad Clave de Éxito: Formular proyectos de inversión”, al proceso “Direccionamiento Estratégico” liderado por la Oficina Asesora de Planeación.

Se informa, que en mesas de trabajo del Grupo de Gestión de Proyectos con el enlace del proceso de Direccionamiento Estratégico se evidenció esa oportunidad de mejora en la cual se elimina el formato DEFT01 del Diagrama de la actividad clave de éxito “Formular proyectos de inversión” toda vez que el documento no tiene naturaleza de formato, sino de documento de trabajo.

Por lo anterior, se manifiesta que se está terminando la actualización de la actividad clave de éxito en mención, en la cual ya no se incluye dicho código de formato y en el primer trimestre de 2025 se verá reflejada la actualización del diagrama en la página web.

Por lo anterior, se solicita al equipo auditor validar y recategorizar o retirar dicha observación.”

• **Análisis Oficina de Control Interno:** En atención a la respuesta por la parte de la Oficina Asesora de Planeación, y teniendo en cuenta que el alcance de la auditoría comprendió el periodo del 01 de enero de 2023 al 30 de junio de 2024, se precisa que, estos hechos fueron evidenciados por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, los cuales se fundamentan bajo la evidencia objetiva aportada por el proceso “Direccionamiento Estratégico”, y las consultas realizadas a través de la página web oficial de la Entidad, aunado a esto, lo manifestado por el proceso, constituye una acción de mejora que se plantea aplicar en vigencias futuras, por la cual, la justificación presenta para validar o recategorizar la observación no resulta ser conducente.

Así las cosas, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno ratifica la **Observación N° 1** al proceso evaluado, con el objeto y esta sea tenida en cuenta para la aplicación de la mejora continua, siendo el líder del proceso el que determine la viabilidad de establecer un Plan de Mejora que conlleve a mitigar la causa raíz que dio lugar al hallazgo.

- **Observación N° 2. Definición de la tipología de los controles, así como, las causas identificadas para los riesgos de gestión, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.**

• **Respuesta del proceso auditado:** *“Teniendo en cuenta lo expuesto por el equipo auditor: “Respecto del Control Preventivo N° 1 para el riesgo de gestión, se observó que, el proceso tiene identificadas entre otras, causas que no son propiamente de su responsabilidad, lo que conlleva a que el control propuesto no contenga las medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo evaluado, a través de las acciones que soporten su mitigación, identificándose para el caso en mención las siguientes:*

- *Alta rotación de funcionarios y gestores*
- *Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos”.*

Respuesta Oficina Asesora de Planeación: Desde el análisis a riesgos, para las causas “Alta rotación de funcionarios y gestores y Falta de personal técnico en las áreas asesoras en materia de riesgos”, es de aclarar que, si bien el control no está abordando directamente la rotación de personal en la entidad o capacidades técnicas de los funcionarios; sin embargo, previene (controla) que dicha rotación de personal y las capacidades técnicas generen la materialización del riesgo identificado; es decir, con la aplicación del control se busca reducir o mitigar el riesgo y que estas causas afecten la ejecución del proceso. (Dicho de modo más coloquial: no controlo la rotación de personal y las capacidades técnicas, sin embargo, controlo que las consecuencias generadas por estas causas no perturben o afecten significativamente el proceso y se reduzca la materialización del riesgos).

*Análisis Oficina de Control Interno: “El control N° 2 identificado por el proceso, el cual se establecido como “preventivo”, y, de acuerdo con los planteamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, resulta ser un control detectivo: “control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos” 1, y no preventivo, como lo predica el proceso al indicar que “El profesional responsable en la gestión de riesgos, una vez al año solicita a los líderes de proceso, la actualización de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad y privacidad de la información, en caso de observar la no actualización de los riesgos o no identificación, se realizan observaciones en el informe de seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Innovación y Desarrollo”. **Negrita y subrayado fuera de texto”.***

Respuesta Oficina Asesora de Planeación: teniendo en cuenta la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6” emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, los controles “preventivos” son aquellos que se accionan en las entradas del proceso, y los “detectivos” son aquellos que se encuentran en las actividades que permiten transformar las entradas en productos o servicios; al revisar el control “El profesional responsable en la gestión de riesgos, una vez al año solicita a los líderes de proceso, la actualización de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad y privacidad de la información, en caso de observar

la no actualización de los riesgos o no identificación, se realizan observaciones en el informe de seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Innovación y Desarrollo”, este es accionado al inicio del proceso, toda vez que, se les está solicitando a los líderes de proceso realizar la identificación y actualización de los riesgo, en esta actividad aún no se han hecho acciones que permitan la transformación de entradas en productos o servicios.

Por lo anterior, se solicita al equipo auditor validar y recategorizar o retirar dicha observación.”

- **Análisis Oficina de Control Interno:** En atención a la respuesta por la parte de la Oficina Asesora de Planeación, se precisa que, los riesgos y controles evaluados durante el ejercicio auditor, se enfocó en realizar el análisis y evaluación respecto de su diseño, observándose la identificación de causas a las cuales los controles propuestos no abarcan las situaciones planteadas, denotando debilidad en dichos controles tal y como fue expuesto en el equipo auditor y confirmado por el proceso evaluado así: *“(Dicho de modo más coloquial: no controlo la rotación de personal y las capacidades técnicas, sin embargo, controlo que las consecuencia generadas por estas causas no perturben o afecten significativamente el proceso y se reduzca la materialización del riesgos).”*.

Consecuente con lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno ratifica la **Observación N° 2** al proceso evaluado, con el objeto y esta sea tomada en cuenta para la aplicación de la mejora continua, siendo el líder del proceso el que determine la viabilidad de establecer un Plan de Mejora que conlleve a mitigar la causa raíz que dio lugar al hallazgo.

- Observación N° 3. Debilidad en los soportes respecto de los puntos de control asociados a la mitigación del riesgo de corrupción.

- **Respuesta del proceso auditado:** *“En atención al informe preliminar a la auditoría referenciada en el asunto, dentro del cual se ve reflejada la Dirección de Innovación y Desarrollo junto con la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión, en la operación del proceso Direccionamiento Estratégico, por medio del presente comunicado, solicito amablemente su colaboración para ajustar el mencionado informe, en la observación N° 3: Debilidad en los soportes respecto de los puntos de control asociados a la mitigación del riesgo de corrupción, al proceso “Direccionamiento Estratégico”, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así:*

“No se observó para algunos casos, la evidencia objetiva en la ejecución de los punto de control definidos para el riesgo de corrupción que permitan la toma de decisiones oportunas para mitigar su materialización, a fin de garantizar que se cumplan las expectativas y metas trazadas por el proceso en la Actividad Clave de Éxito “Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC”, aunado a que se completen los elementos establecidos en cada una de las fases y actividades a cargo de la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión.

Plan de tratamiento de riesgo	Acción	Evidencia	Responsable
1548	Estructurar micrositio donde se dispongan las metodologías e instrumentos de supervisión.	Micrositio	Profesional Especializado
	Adelantar seguimiento a los proyectos en curso, en los espacios de reunión de autoevaluación de la Dirección de Innovación y Desarrollo	Actas	
	Desarrollo		

El citado plan de tratamiento a la fecha de evaluación de la presente auditoría se observó que, este presenta un estado de avance del 50%, cuya fecha de terminación se precisa para el 31/12/2024, razón por la cual, este será objeto de análisis y evaluación para futuros seguimientos y/o auditorías por parte de la Oficina de Control Interno”.

La anterior solicitud se fundamenta en los siguientes motivos:

I) De manera oportuna, desde la Dirección de Innovación y Desarrollo se hizo el envío de las evidencias correspondientes a la gestión del primer semestre dentro de las cuales, se encuentran las listas de asistencia de las reuniones de autoevaluación.

II) Es importante aclarar que, no todos los meses, se presentan solicitudes a esta dirección, motivo por el cual, este seguimiento, no es posible realizarlo mensualmente en TODOS los espacios de autoevaluación, pues no aplica según lo señalado.

III) Verificando en el aplicativo ITS / Módulo Riesgos, se evidencia un avance del 75% para la mencionada observación:

El plan de tratamiento asignado a este riesgo es el n° (1548).						
ACCIÓN	EVIDENCIAS	RESPONSABLE	INDICADOR	FECHA INICIO	FECHA FIN	PORCENTAJE AVANCE
Estructurar micrositio donde se dispongan las metodologías e instrumentos de supervisión.	Micrositio	Gerson Raul Ruiz Acosta / Profesional Especializado	No Aplica	01-02-2024	31-12-2024	100%
Adelantar seguimiento a los proyectos en curso, en los espacios de reunión de autoevaluación de la Dirección de Innovación y Desarrollo	Actas	Gerson Raul Ruiz Acosta / Profesional Especializado	No Aplica	01-02-2024	31-12-2024	75%

En razón a lo anterior, consideramos necesario eliminar esta observación, ya que de acuerdo con los fundamentos señalados y lo observado por esta Dirección, la información expuesta no constata el motivo para dejar este informe en firme.”

- **Análisis Oficina de Control Interno:** Sea lo primero señalar que, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, para caso en mención, no objeta el Plan de Tratamiento del riesgo N° 1548 propuesto por proceso evaluado, dado que, fue señalado en el presente informe lo siguiente: *“El citado plan de tratamiento a la fecha de evaluación de la presente auditoría se observó que, este presenta un estado de avance del 50%, cuya fecha de terminación se precisa para el 31/12/2024, razón por la cual, este será objeto de análisis y evaluación para futuros seguimientos y/o auditorías por parte de la Oficina de Control Interno.”*

Ahora bien, respecto de la evidencia aportada por el proceso objeto de análisis y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno, observó para el caso en mención que: *“Actividad Clave de Éxito “Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC”, teniendo en cuenta que, en los puntos de control establecidos, no se observaron ni aportaron evidencias objetivas que permitieran dar cuenta de su cumplimiento”*, situación que, fue abordada a través de prueba de recorrido llevada a cabo el pasado 17/10/2023 mediante la herramienta Microsoft Teams dispuesta por la Entidad, en donde los participantes por parte de la Dirección de Innovación y Desarrollo manifestaron que, no se contaban con los soportes en algunos casos que dicta la citada actividad en las fases que la componen, sin embargo, se encontraban adelantando acciones para modificarla en procura de abarcar las situaciones que demanda el proceso, la cual, una vez en firme y aprobada por la Oficina Asesora de Planeación, se iniciaría su aplicabilidad, así como, el monitoreo periódico para asegurar su cumplimiento.

Consecuente con lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno ratifica la **Observación N° 3** al proceso evaluado, con el objeto y esta sea tomada en cuenta para la aplicación de la mejora continua, siendo el líder del proceso el que determine la viabilidad de establecer un Plan de Mejora que conlleve a mitigar la causa raíz que dio lugar al hallazgo.

- **No conformidades**

- **No Conformidad N° 1. Incumplimiento de lo preceptuado en la Actividad clave de Éxito “Formular Indicadores”, en su fase “Elaborar la hoja de vida del indicador”.**

- **Respuesta del proceso auditado:** *“Al revisar las hojas de vida de los indicadores correspondientes a los años 2023 y 2024 de la dependencia sujeta a verificación aleatoria por parte de la Oficina de Control Interno, en este caso la Dirección Jurídica, se constató que dichas hojas se elaboraron de acuerdo con los reportes generados tanto por la dependencia, así mismo como lo reportado por otras áreas de la entidad.*

Es importante señalar que en la Dirección Jurídica solo se ven reflejados los indicadores que, durante el trimestre de seguimiento, requerían la presentación de un informe o reporte específico. Por lo tanto, y para todas las dependencias de la entidad, es importante aclarar que los reportes o análisis de los indicadores solo se ven reflejado de acuerdo con la frecuencia de los reportes es por eso por lo que no todos los meses aparecen en la visualización. El formato utilizado se ajusta a los reportes específicos de cada indicador, garantizando así la claridad y precisión de la información presentada. Para esto se anexa los archivos de Hoja de Vida de indicadore, PAG y la base de datos del reporte en SharePoint del 2023 y 2024 de acuerdo con lo reportado por el área jurídica. Por lo anterior, se solicita al equipo auditor validar y recategorizar o retirar dicha observación.”

- **Análisis Oficina de Control Interno:** Teniendo en cuenta la respuesta dada por el proceso objeto de evaluación independiente, y con base en la nueva evidencia aportada para desvirtuar la No Conformidad N° 1, se procedió a realizar comparativo contra la evidencia que fue consultada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno en la página web de la Entidad, esta no resulta ser consistente, dado que, la información que registra los formatos comparados, presentan diferencias en su diligenciamiento, como también lo es que, la frecuencia de los indicadores propuestos por la “Dirección Jurídica”, no fue realizada por se tiene establecido en la hoja de vida del indicador y lo registrado en el Share Point, así:

Indicador GJ02 / Vigencia 2023. Nueva evidencia aportada por la OAP

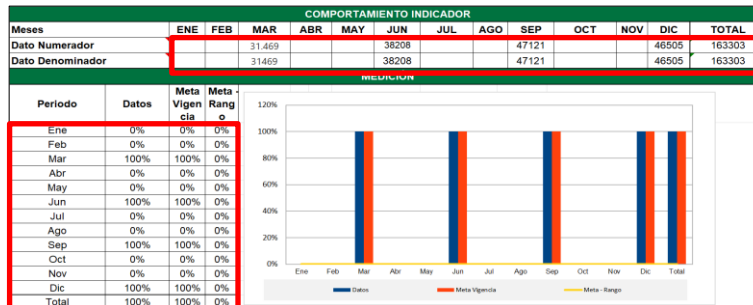


Imagen 7 – Fuente: Información extraída de la nueva evidencia aportada por la OAP a través del memorando N° 20241200000124683 del 13/12/2024.

Indicador GJ02 / Vigencia 2023. Evidencia consultada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno

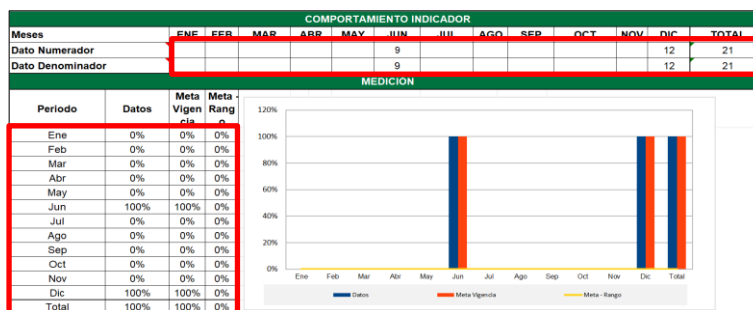


Imagen 8 – Fuente: Información extraída de la consultas realizadas por el equipo auditor a través de la página web de la entidad en ejercicio de construcción del informe preliminar.

Consecuente con lo anterior, para el caso de las imágenes 7 y 8, no resultan guardar consistencia con la consulta inicial, de lo cual, se tiene papeles de trabajo que soportan lo aquí enunciado, precisándose, que la información remitida por el proceso “Direccionamiento Estratégico” presenta cambios en su diligenciamiento tanto en los campos denominados “COMPORTAMIENTO INDICADOR”, como también en la “MEDICIÓN”.

Indicador GJ03 con frecuencia semestral / Vigencia 2023. Evidencia consultada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META VIGENCIA	PERIODICIDAD	RANGOS		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	100%	Semestral	BUENO	(90%, 100%]	Dirección Jurídica
			REGULAR	(75%, 90%)	
			MALO	(0%, 75%)	

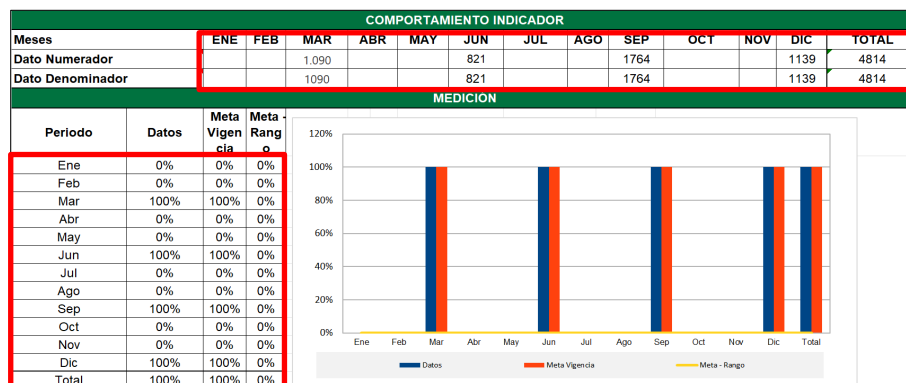
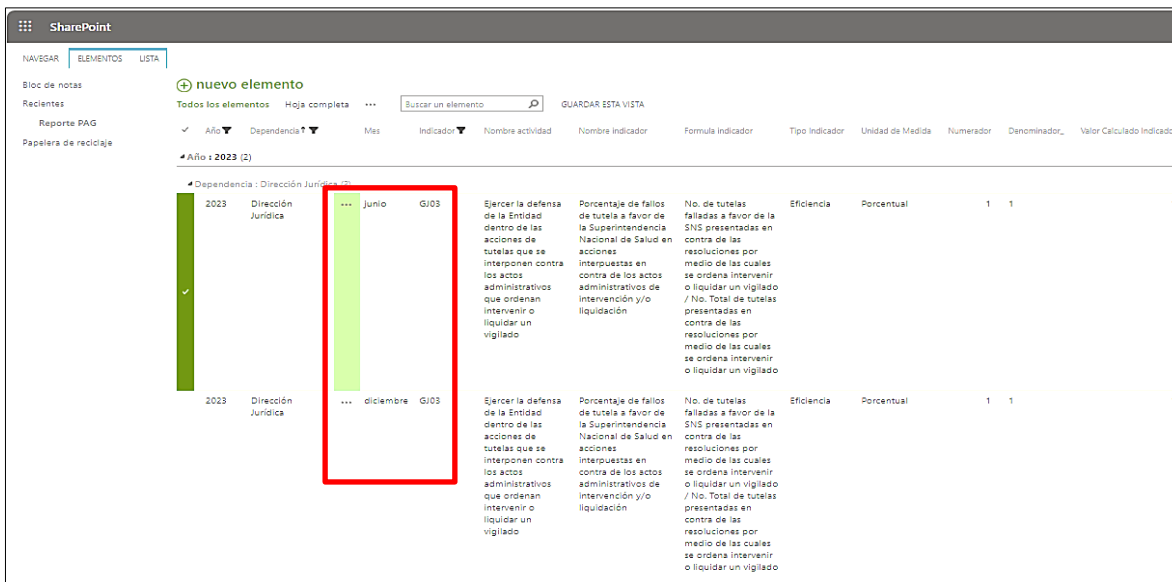


Imagen 9 – Fuente: Información extraída de la consultas realizadas por el equipo auditor a través de la página web de la entidad en ejercicio de construcción del informe preliminar.

Indicador GJ03 consulta Share Point / Vigencia 2023. Evidencia consultada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno



✓	Año	Dependencia*	Mes	Indicador	Nombre actividad	Nombre indicador	Formula indicador	Tipo indicador	Unidad de Medida	Numerador	Denominador	Valor Calculado Indicador
✓	Año 2023 (2)	Dependencia : Dirección Jurídica	Junio	GJ03	Ejercer la defensa de la Entidad dentro de las acciones de tutelas que se interponen contra los actos administrativos que ordenan intervenir o liquidar un vigilado	Porcentaje de fallos de tutela a favor de la Superintendencia Nacional de Salud en acciones interpuestas en contra de los actos administrativos de intervención y/o liquidación	No. de tutelas falladas a favor de la SNS presentadas en contra de las resoluciones por medio de las cuales se ordena intervenir o liquidar un vigilado / No. Total de tutelas presentadas en contra de las resoluciones por medio de las cuales se ordena intervenir o liquidar un vigilado	Eficiencia	Porcentual	1	1	1
✓	2023	Dirección Jurídica	diciembre	GJ03	Ejercer la defensa de la Entidad dentro de las acciones de tutelas que se interponen contra los actos administrativos que ordenan intervenir o liquidar un vigilado	Porcentaje de fallos de tutela a favor de la Superintendencia Nacional de Salud en acciones interpuestas en contra de los actos administrativos de intervención y/o liquidación	No. de tutelas falladas a favor de la SNS presentadas en contra de las resoluciones por medio de las cuales se ordena intervenir o liquidar un vigilado / No. Total de tutelas presentadas en contra de las resoluciones por medio de las cuales se ordena intervenir o liquidar un vigilado	Eficiencia	Porcentual	1	1	1

Imagen 10 – Fuente: Información extraída de la consultas realizadas por el equipo auditor a través de la herramienta Share Point de la entidad en ejercicio de construcción del informe preliminar.

Respecto a las imágenes 9 y 10, se observó que la frecuencia allí descrita no guarda relación con el seguimiento que adelanta el proceso “*Direccionamiento Estratégico*” a través del formato dispuesto, esto es el formato “*DEFT20 – Hoja de vida del indicador*”, dado que, el indicador se precisa semestral pero que, el seguimiento se realizó de forma trimestral tal y como se aprecia en los campos denominados “*COMPORTAMIENTO INDICADOR*” y “*MEDICIÓN*”.

Indicador GJ09 porcentaje del indicador agosto / Vigencia 2023. Evidencia consultada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno

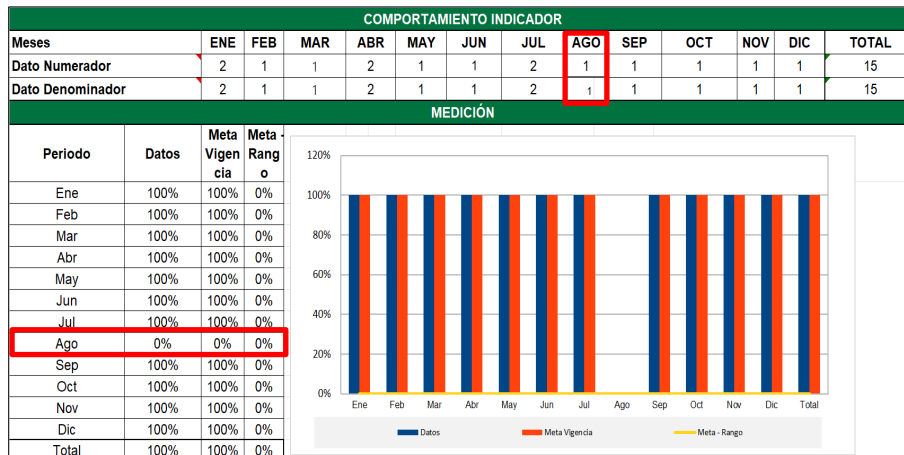


Imagen 11 – Fuente: Información extraída de la consultas realizadas por el equipo auditor en la página web de la Entidad en ejercicio de construcción del informe preliminar.

Conforme con las imágenes 10 y 11 enunciadas, en lo que respecta al campo “*COMPORTAMIENTO INDICADOR*”, resulta tener relacionada una (1) actividad cumplida de una (1) propuesta, razón por la cual, el resultado para el caso en mención arroja un cumplimiento del 100%, pero que, al validar el campo denominado “*MEDICIÓN*”, este referencia un cumplimiento del 0% para el mes de agosto de 2023, situación que resulta no ser consistente entre los campos comparados, lo cual contribuyó a que el equipo auditor de la Oficina de Control Interno evidenciara este tipo de inconsistencias que no aseguran la calidad de la información utilizada como objeto de consulta y análisis.

Lo anterior, fue tomado como muestra de las situaciones que fueran evidenciadas por el equipo auditor para las vigencias 2023 y 2024, y que refiere a los indicadores de la Dirección Jurídica, que como ya se indicó, hizo parte del ejercicio de análisis y evaluación para determinar el cumplimiento de lo establecido en la actividad clave de éxito “*Formular Indicadores*”, en su fase “*Elaborar la hoja de vida del indicador*”.

Finalmente, se precisa que, el hallazgo en mención tiene la connotación de No Conformidad, y no de observación como lo describe en la respuesta para por la Oficina Asesora Planeación a través de memorando 20241200000124683 del 13/12/2024, el cual cita: “*Por lo anterior, se solicita al equipo auditor validar y recategorizar o retirar dicha observación.*”.

Así las cosas, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno ratifica la **No Conformidad N° 1** al proceso evaluado, con el objeto y esta sea tenida en cuenta para la aplicación de la mejora continua, siendo el líder del proceso el que determine la viabilidad de establecer un Plan de Mejora que conlleve a mitigar la causa raíz que dio lugar al hallazgo.

5. Resumen de hallazgos

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

N°	CONFORMIDADES	PROCESO
1	Cumplimiento de la Actividad Clave de Éxito <i>"Liderar y articular Sistema Integrado de Gestión"</i> .	Direccionamiento Estratégico
2	Cumplimiento de la metodología definida por el Departamento Nacional de Planeación para la formulación de proyectos de inversión.	Direccionamiento Estratégico
3	Cumplimiento en trámite para realizar ajustes y/o modificaciones a los proyectos de inversión.	Direccionamiento Estratégico

N°	OBSERVACIONES	PROCESO
1	No aplicabilidad del formato <i>"DEFT01"</i> preceptuado en la Actividad Clave de Éxito <i>"Formular proyectos de inversión"</i> .	Direccionamiento Estratégico
2	Definición de la tipología de los controles, así como, las causas identificadas para los riesgos de gestión, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.	Direccionamiento Estratégico
3	Debilidad en los soportes respecto de los puntos de control asociados a la mitigación del riesgo de corrupción.	Direccionamiento Estratégico

N°	NO CONFORMIDADES	PROCESO
1	Incumplimiento de lo preceptuado en la Actividad clave de Éxito <i>"Formular Indicadores"</i> , en su fase <i>"Elaborar la hoja de vida del indicador"</i>	Direccionamiento Estratégico

6. Resumen de recomendaciones

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

N°	RECOMENDACIONES	PROCESO
1	Documentar y dejar la evidencia objetiva de las actividades realizadas, en especial de los puntos de control, establecidos en la Actividad Clave de Éxito <i>"Diseñar, Promover y Adoptar Lineamientos, Instrumentos y Metodologías para IVC"</i>	Direccionamiento Estratégico

7. Conclusiones

- La Oficina Asesora de Planeación, como Segunda Línea de Defensa asesora a la Alta Dirección a través de la consolidación, análisis y seguimiento realizado a los diferentes planes, políticas, administración de riesgos y a la definición de controles efectivos que fortalecen su gestión y evaluación. Se resalta entonces el alto grado de compromiso con las responsabilidades asignadas por ley en relación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- En términos generales, el proceso auditado opera y se gestiona en un ambiente de control, al contarse con riesgos identificados, estableciendo controles y acciones de tratamiento que contribuyen a su mitigación, indistintamente de las oportunidades de mejoramiento documentadas en el presente informe de auditoría.
- Se observó la disponibilidad y cumplimiento oportuno en la entrega de la información requerida y el compromiso permanente por parte de los funcionarios adscritos al proceso para atender todo lo relacionado con la etapa de ejecución de la auditoría, mostrando un avance significativo con la cultura del Control.
- La presente auditoría se realizó con el fin de conocer el grado de cumplimiento de las actividades clave de éxito priorizadas, así como, para los casos que se requiera, elevar las recomendaciones que sean necesarias en ejercicio del mejoramiento continuo, lo cual redundará en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.
- Se precisa que, la auditoría al proceso “*Direccionamiento Estratégico*” se realizó sobre la base de pruebas selectivas; un procedimiento de esta naturaleza no puede identificar todas las desviaciones de control, sino solamente aquellas que estén presentes dentro de la muestra evaluada y no se hace extensibles a otros soportes. Por lo anterior, se insta al proceso a que la revisión de temas relacionados con los hallazgos del presente ejercicio debe realizarse en forma sistémica al proceso.

Los hallazgos “*Conformidades, Observaciones y No conformidades*”, así como, las “*Recomendaciones*” derivadas del proceso auditor y plasmadas en el presente informe de auditoría, se realizaron en ejercicio del rol “*Enfoque hacia la prevención*” legalmente asignado a las Oficinas de Control Interno, a través del Decreto 648 de 2017, con el fin precaver situaciones que puedan continuar afectando los procesos objeto de evaluación y afianzar los aspectos que se detectaron como conformes.

Finalmente, de acuerdo con lo expuesto en el presente informe final, los hallazgos detectados se identificaron, así: “tres (3) conformidades, tres (3) observaciones y una (1) No Conformidad”, los cuales serán incorporados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), por lo que la Oficina de Control Interno recomienda al líder responsable realizar los planes de mejoramiento, una vez se reciban las respectivas notificaciones en el referido aplicativo, se dé trámite a la formulación de los Planes de Mejoramiento a que haya lugar, tal como lo dispone la actividad clave de éxito “Ejecutar Plan de Mejoramiento”, donde se establece que “Analizar los hallazgos y proceder a definir su tratamiento. 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.”, los cuales estarán encaminados a subsanar las situaciones evidenciadas y a los que la Oficina de Control Interno realizará seguimiento posterior.

Cordialmente,

Jorge Alejandro Cárdenas Leuro
Jefe de Oficina Control Interno (e)

Elaboró: Héctor Javier Díaz Mireles, Luis Alberto Triana Lozada - Profesionales especializados OCI
Revisó y aprobó: Jorge Alejandro Cárdenas Leuro, Jefe de Oficina Control Interno (e)