

Fecha del Informe Final	Día	18	Mes	06	Año	2025
-------------------------	-----	----	-----	----	-----	------

Nombre de la actividad	Auditoría interna de gestión al proceso “ Gestión Jurisdiccional y de Conciliación ”.
Objetivo de la Auditoría	Realizar evaluación independiente a la efectividad de los controles en el marco del proceso “ <i>Gestión Jurisdiccional y de Conciliación</i> ” liderado por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así como; el adecuado manejo de los riesgos tanto de gestión como de corrupción, al igual que la pertinencia y oportunidad en la aplicabilidad de las 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>Gestión Jurisdiccional y de Conciliación</i> ” liderado por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, para el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2024.
Criterios normativos	- Decreto 1080 de 2021 “<i>Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud</i>”. - Ley 2220 de 2022 “<i>Por medio de la cual se expide el estatuto de conciliación y se dictan otras disposiciones.</i>” - Ley 1122 de 2007 “<i>Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones</i>”. - Ley 1438 de 2011 “<i>Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones</i>”. - Ley 1797 de 2016 “<i>Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones</i>”. - Ley 1949 de enero de 2019 “<i>Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones</i>”. - Sentencia C-117 de 2008, Sala Plena de la Corte Constitucional “<i>Por la cual se declara exequible el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007</i>”. - Sentencia C-119 de 2008, Sala Plena de la Corte Constitucional “<i>Por la cual se declara exequible el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, en casos específicos</i>”. - Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, Departamento Administrativo de la Función Pública. - Proceso y actividades claves de éxito aprobados en la Entidad (Evaluación efectividad de controles). - Mapa de Riesgos Institucionales de Gestión y Corrupción (Evaluación efectividad de controles). - Resolución No. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 (<i>Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS</i>). - Las demás normas que apliquen en desarrollo del ejercicio auditor
Autores	- Luis Alberto Triana Lozada, Profesional Especializado (Líder de auditoría) - Angela Ines Barbosa Pacheco, Profesional Especializado (Auditor)

Contenido	1. Informe	2
	2. Análisis y Evaluación al Proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”.	3
	2.1. Actividad Clave de Éxito “Formular herramientas y estrategias para la función de conciliación”	3
	2.2. Actividad Clave de Éxito “Establecer líneas de dirección técnicas y jurídicas para la función Jurisdiccional”.....	4
	2.3. Actividad Clave de Éxito “ <i>Tramitar solicitudes de conciliación</i> ”	5
	2.4. Actividad Clave de Éxito “ <i>Tramitar demandas</i> ”.....	8
	3. Evaluación de Riesgos de Gestión y Corrupción del proceso “ <i>Gestión Jurisdiccional y de Conciliación</i> ”.....	16
	4. Evaluación y seguimiento Planes de Mejoramiento.....	28
	5. Seguimiento al cumplimiento de la Resolución No. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 (<i>Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS</i>).	30
	6. Ejecución proyecto de inversión vigencia 2024	38
	7. Resumen de hallazgos	42
8. Resumen de recomendaciones.....	42	
9. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORÍA (HALLAZGOS y RECOMENDACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO.	43	
10. Conclusiones	56	

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 2025, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2025, el equipo designado por la jefatura de la Oficina de Control Interno, realizó auditoría al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, y sus actividades claves de éxito “*Formular herramientas y estrategias para la función de conciliación*”; “*Establecer líneas de dirección técnicas y jurídicas para la función Jurisdiccional*”; “*Tramitar solicitudes de conciliación*” y “*Tramitar demandas*”, liderado por la Delegada de Función Jurisdiccional y de Conciliación 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 “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”.

2.1. Actividad Clave de Éxito “Formular herramientas y estrategias para la función de conciliación”

El equipo auditor, al verificar el Mapa de procesos misionales a la gestión Jurisdiccional y de Conciliación sobre las Actividades Clave de Éxito con descripción del objeto de: *“Fallar en derecho para garantizar el acceso a la salud y un eficiente flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y actuar como ente Conciliador de oficio o a petición de parte, en los conflictos derivados de las obligaciones generadas en el Sistema General Seguridad social en Salud.”*, al verificar el diagrama del proceso de Gestión Jurisdiccional y de Conciliación se evidencia que no hay actualización desde el mes de abril de 2023 y que los diagramas cargados en la página Web no se ajustan a la gestión real que realiza en el proceso, dejando por fuera situaciones que implicarían mayor importancia dentro del mismo.

Sin embargo, en la prueba de recorrido realizada de manera presencial a la Dirección de Conciliación, se informó al equipo auditor que se están realizando mesas de trabajo de manera conjunta con la Ofician Asesora de Planeación, para ajustar los diagramas de la actividad clave de éxito objeto de seguimiento, donde se están actualizando e incluyendo nuevas actividades y responsables de acuerdo con la gestión real de la Dirección en los procesos de conciliación.

El equipo auditor, al solicitar la evidencia objetiva de las actividades que se viene adelantando con la Oficina Asesora de Planeación, se evidencia que estas no se están realizando y por lo tanto no permite evidenciar los ajustes a los diagramas de flujo y demás documentos implementados para la actividad clave de éxito *“Formular herramientas y estrategias para la función de conciliación”*.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera **No Conformidad N° 1. Debilidad en la formulación de las actividades clave de éxito, asociadas al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”**, al proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”*, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así:

Se observo incumplimiento a lo prescrito en el Manual de Modelación de Procesos en Notación BPMN, código DEMN10, V1, en atención a que no se observó en la actividad clave de éxito *“Formular herramientas y estrategias para la función de conciliación”*, lo referente a lo enunciado con los puntos de control, donde se señala que: *“Las actividades claves de éxito deben tener como mínimo un punto de control diagramado”*. De igual forma no permite evidenciar

lo establecido en el Manual para la Elaboración y Control de Documentos en el Sistema Integrado de Gestión, código DEMN01, V06, en el acápite “POLÍTICAS DE OPERACIÓN”, punto “• Los documentos asociados a la pirámide documental deben ser revisados de manera periódica por los líderes del proceso, actores, enlaces y gestores del proceso, de acuerdo con los lineamientos del proceso de direccionamiento estratégico (mínimo 1 vez al año).”, entre otros.

2.2. Actividad Clave de Éxito “Establecer líneas de dirección técnicas y jurídicas para la función Jurisdiccional”.

El equipo auditor, al verificar el Mapa de procesos de la entidad, evidenció que a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, le figura un proceso denominado “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación” y la actividad clave de éxito “Establecer líneas de dirección técnicas y jurídicas para la función Jurisdiccional”, este al ser cotejada en la página web de la entidad y en la realización de la prueba de recorrido, llevada a cabo el 08/04/2025, con el Director de Procesos Jurisdiccional y el equipo de trabajo, donde han manifestado que no se ha realizado validaciones a la actividad clave de éxito evaluada, que en el momento el gestor de la Delegada se encuentra adelantando gestiones ante la Oficina Asesora de Planeación para lograr la actualización.

Sin embargo, en la prueba de recorrido realizada de manera presencial a la Dirección de Procesos Jurisdiccionales, se informó al equipo auditor que se están realizando mesas de trabajo de manera conjunta con la Oficina Asesora de Planeación para ajustar los diagramas de la actividad clave de éxito objeto de seguimiento, donde se están actualizando e incluyendo nuevas actividades y responsables de acuerdo con la gestión real de la Dirección.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno reitera la **No Conformidad N° 1. Debilidad en la formulación de las actividades clave de éxito, asociadas al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”**, al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así:

Se observo incumplimiento a lo prescrito en el Manual de Modelación de Procesos en Notación BPMN, código DEMN10, V1, en atención a que no se observó en la actividad clave de éxito “Formular herramientas y estrategias para la función de conciliación”, lo referente a lo enunciado con los puntos de control, donde se señala que: “Las actividades claves de éxito deben tener como mínimo un punto de control diagramado”. De igual forma no permite evidenciar lo establecido en el Manual para la Elaboración y Control de Documentos en el Sistema Integrado de Gestión, código DEMN01, V06, en el acápite “POLÍTICAS DE OPERACIÓN”,

punto “• Los documentos asociados a la pirámide documental deben ser revisados de manera periódica por los líderes del proceso, actores, enlaces y gestores del proceso, de acuerdo con los lineamientos del proceso de direccionamiento estratégico (mínimo 1 vez al año).”, entre otros.

2.3. Actividad Clave de Éxito “Tramitar solicitudes de conciliación”

Al verificar el Mapa de procesos misionales a la gestión Jurisdiccional y de Conciliación, evidencia que desde del mes de marzo de 2023 los documentos soporte del proceso en su primera versión para el trámite de solicitudes de conciliación no han sido actualizados, de otra parte, en la prueba de recorrido realizada de manera presencia a la Dirección de Conciliación fueron suministrados algunos documentos y/o formatos que están siendo utilizados sin el logo de SUPERSALUD, sin codificación ni fecha de publicación en la Página Web de la entidad, tal es el caso de la implementación del Código QR para verificación de los participantes a las conciliaciones, el protocolo de instalación de Audiencia - Dirección de Conciliación, el poder otorgado de representación para conciliación, el formato de Solicitud de Conciliación, el cual hace parte de la portada del expediente con el registro de la información general de las partes involucradas para el proceso, y el formato para la relación de las facturas generadas por la prestación de los servicios de salud pendientes de pago o con glosas que se encuentran en cartera para conciliar.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 1. No utilizar documentos sin que estos estén aprobados por el Sistema Integrado de Gestión, en caso de ser necesarios para el buen funcionamiento del proceso solicitar a la OAP su aprobación**, al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así:

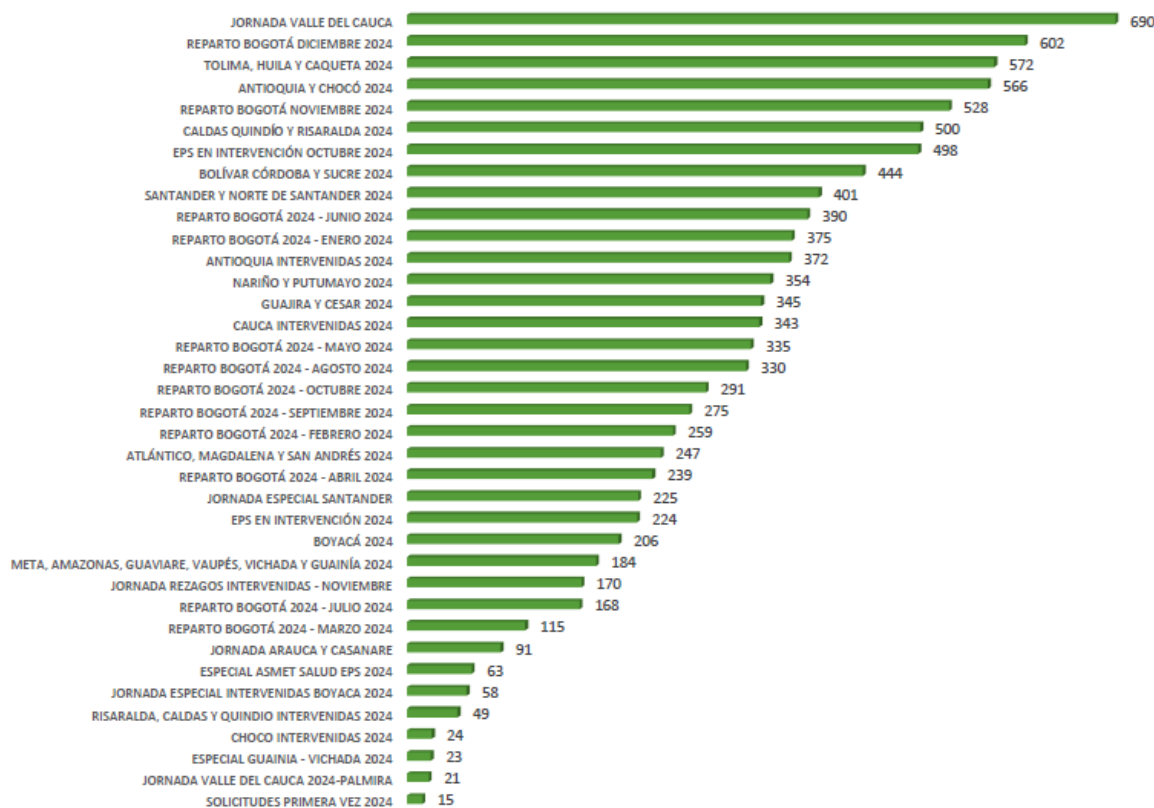
Por lo cual, es importante que el proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, realice gestiones ante la Ofician Asesora de Planeación, para que se realicen las actualizaciones que sean necesarias para legalizar los formatos y documentos utilizados por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación en las actividades claves de éxito, para las prejornadas y jornadas de conciliación realizadas en el cumplimiento de sus funciones y dar cumplimiento con las normas que regulan la gestión documental.

Ahora bien, en atención a la evidencia objetiva aportada por la Dirección de Conciliación, con relación a las jornadas llevadas a cabo en la vigencia 2024, se evidencia lo siguiente:

Durante el periodo auditado, se realizaron (37) jornadas de conciliación en las modalidades presencial y virtual, en los diferentes departamentos del territorio nacional, en las cuales se

adelantaron 10.592 tramites conciliatorios¹, esto con el propósito de lograr la recuperación del flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), lo que ha permitido establecer acercamientos entre las partes, quienes se comprometieron a realizar el cruce de cuentas para aclarar y depurar los balances, al igual que ejecutar los trámites de auditoría y de liquidación de contratos, verificando el estado de las glosas y devoluciones; entre otras, contando siempre con el acompañamiento de la Dirección de Conciliación de manera virtual, a través de correos electrónicos, llamadas telefónicas y/o reuniones virtuales, esto con el propósito de establecer la deuda real y llegar a posibles acuerdos de pago.

Relación de las 37 Jornadas de conciliación:



Fuente: Informe Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, informe consolidado Dirección de Conciliación vigencia 2024

¹ Un trámite conciliatorio es un proceso en el que las partes en conflicto, con la ayuda de un conciliador, buscan llegar a un acuerdo para resolver sus diferencias.

En atención a las 37 Jornadas de Conciliación, llevadas a cabo en la vigencia 2024, en las cuales se adelantaron 10.592 tramites conciliatorios, así:



Fuente: Propia OCI, con base en la información suministrada por la Dirección de Conciliación.

En atención a lo anterior, y teniendo en cuenta que la Dirección de Conciliación, en el periodo auditado, suscribió (930) acuerdos conciliatorios, con (529) entidades los cuales ascendieron a la suma de \$278.989.812.415,02. De las (930) actas suscritas, (505) fueron arreglos concertados con los prestadores de la Red Privada, por un monto de \$162.716.183.340,53, de igual forma se suscribieron (425) acuerdos con los prestadores de la Red Pública por un total de \$116.273.629.074,49.

Ahora bien, con relación a los incumplimientos de los acuerdos de conciliación de las jornadas realizadas en la vigencia 2024 y en atención con la evidencia objetiva aportada por la Dirección de Conciliación, se evidenció que de los (930) acuerdos conciliatorios llevados a cabo, se presentó un incumplimiento de (105) arreglos; los cuales fueron trasladados por competencia a la Delegada de Investigaciones Administrativas, teniendo en cuenta que las actas de conciliación hacen tránsito a cosa juzgada por lo que no son susceptibles de discusión y deben ser cumplidas las obligaciones tanto de dar como de hacer que se pacten en ellas, so pena de las acciones administrativas señaladas en el Artículo 3 de la Ley 1949 de 2019 sin perjuicio de las demás acciones judiciales a que haya lugar.

Es importante recordar que las actas de los acuerdos incumplidos contienen obligaciones claras, expresas y exigibles, en cuanto al modo tiempo y lugar de su cumplimiento y reúne

los requisitos estipulados en el Artículo 64 de la Ley 2022; por consiguiente, en eventos de incumplimiento de lo acordado por las partes, estas quedan habilitadas para hacer uso de la jurisdicción ordinaria, para realizar los respectivos cobros de las obligaciones contenidas en los documentos suscritos ante el abogado conciliador, esto independiente de las acciones que se tomen al interior de la Superintendencia Nacional de Salud.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno genera la **Conformidad N° 1. Cumplimiento y seguimiento a los acuerdos de conciliación suscritos entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**, al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Lo anterior teniendo en cuenta la verificación a la evidencia objetiva realizada a los seguimientos a los acuerdos conciliatorios, en donde se observó que este fue realizado de manera oportuna, al igual que en caso de los incumplimientos los reportes realizados a la Delegada de Investigaciones Administrativas.

2.4. Actividad Clave de Éxito “*Tramitar demandas*”

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, para efectos de evaluar la efectividad de los controles dispuestos en la actividad clave de éxito “*Tramitar demandas*” y de conformidad a la información suministrada por la Dirección de Procesos Jurisdiccionales adscrita a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, para lo cual se efectuó una selección aleatoria de treinta y cuatro (34) expedientes, tramitados por ciudadanos en la vigencia 2024, ante la SNS.

MUESTRA PROCESOS					
No.	Expediente	Pretensión	No.	Expediente	Pretensión
1	JU-2024-2081	Libre Elección y Movilidad	18	J-2024-0836	Reconocimiento Económico
2	JU-2024-0004	Cobertura	19	JU-2024-1111	Libre Elección y Movilidad
3	J-2024-0009	Reconocimiento Económico	20	JU-2024-1200	Cobertura
4	JU-2024-0032	Cobertura	21	JU-2024-1846	Cobertura
5	JU-2024-0039	Cobertura	22	JU-2024-2046	Cobertura
6	J-2024-0059	Reconocimiento Económico	23	JU-2024-2048	Cobertura
7	J-2024-0156	Reconocimiento Económico	24	JU-2024-2066	Libre Elección y Movilidad
8	JU-2024-0191	Cobertura	25	JU-2024-2070	Cobertura
9	J-2024-0254	Reconocimiento Económico	26	JU-2024-2081	Libre Elección y Movilidad
10	JU-2024-0266	Cobertura	27	JU-2024-2126	Cobertura

11	J-2024-0389	Reconocimiento Económico	28	JU-2024-0024	Cobertura
12	JU-2024-0532	Cobertura	29	JU-2024-0038	Cobertura
13	J-2024-0555	Reconocimiento Económico	30	JU-2024-0045	Libre Elección y Movilidad
14	JU-2024-0615	Cobertura	31	JU-2024-0070	Cobertura
15	JU-2024-0644	Cobertura	32	JU-2024-0125	Cobertura
16	JU-2024-0732	Cobertura	33	JU-2024-0165	Cobertura
17	JU-2024-0768	Libre Elección y Movilidad	34	J-2024-0234	Reconocimiento Económico

Fuente: Propia Oficina de Control Interno, con base en la información suministrada por la Dirección de Procesos Jurisdiccionales.

ANÁLISIS MUESTRA ACTIVIDAD CLAVE DE ÉXITO TRAMITAR DEMANDAS					
RADICADO Y FECHA	EXPEDIENTE	PRETENSIÓN	FECHA AUTO	FECHA SENTENCIA	OBS OCI
20245100005871942 del 05/12/2024	JU-2024-2081	Libre Elección y Movilidad	A2024-003245 del 27/12/2024		Proceso finalizado auto rechazo, se realizó en términos
20248100000053382 del 03/01/2024	JU-2024-0004	Cobertura	A2024-000168 del 19/01/2024	S2024-000258 del 29/02/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 40 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100000071782 del 03/01/2024	J-2024-0009	Reconocimiento Económico	A2025-000403 del 20/02/2025		Se inadmitió la demanda.
20248100000418572 del 12/1/2024	JU-2024-0032	Cobertura	A2024-000253 del 23/01/2023		Se inadmitió la demanda.
20248100000268882 del 10/01/2024	JU-2024-0039	Cobertura	A2024-000198 del 22/01/2024	S2024-000376 del 22/03/2024 S2024-000807 del 21/06/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 51 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100000344472 del 11/01/2024	J-2024-0059	Reconocimiento Económico	A2024-000306 del 25/01/2023		Se inadmitió la demanda.
20249300400342502 del 26/01/2024	J-2024-0156	Reconocimiento Económico	A2024-000590 del 22 de febrero de 2024	S2024-001267 del 14/11/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 180 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 60 días siguientes a la radicación de la demanda.

ANÁLISIS MUESTRA ACTIVIDAD CLAVE DE ÉXITO TRAMITAR DEMANDAS					
RADICADO Y FECHA	EXPEDIENTE	PRETENSIÓN	FECHA AUTO	FECHA SENTENCIA	OBS OCI
20248100001313962 del 01/02/2024	JU-2024-0191	Cobertura	A2024-000510 del 19/02/2024		Proceso finalizado con auto rechazando por falta de competencia, se realizó en términos
20248100001715532 del 09/02/2024	J-2024-0254	Reconocimiento Económico	A2024-001416 del 09/05/2024		Proceso finalizado auto desistimiento, se realizó en términos
20249300400608672 del 12/02/2024	JU-2024-0266	Cobertura	A2024-000606 del 28/02/20246	S2024-000423 del 04/04/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 35 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100002532942 del 27/02/2024	J-2024-0389	Reconocimiento Económico	A2024-000843 del 21/03/2024		Proceso finalizado auto rechazo, se realizó en términos
20248100003407382 del 15/03/2024	JU-2024-0532	Cobertura	A2024-000935 del 22/03/2024, admitiendo la demanda	S2024-000574 del 14/05/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 37 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20249300401243452 del 19/03/2024	J-2024-0555	Reconocimiento Económico	A2024-001235 del 25 de abril de 2024	S2024-001432 del 26/12/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se remite al Tribunal para segunda instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 188 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 60 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100003898202 del 27/03/2024	JU-2024-0615	Cobertura	A2024-001069 del 11/04/2024	S2024-000648 del 23/05/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 47 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100004099702 del 03/04/2024	JU-2024-0644	Cobertura	A2024-001114 del 15/04/2024	S2024-000745 del 11/06/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 43 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para

ANÁLISIS MUESTRA ACTIVIDAD CLAVE DE ÉXITO TRAMITAR DEMANDAS					
RADICADO Y FECHA	EXPEDIENTE	PRETENSIÓN	FECHA AUTO	FECHA SENTENCIA	OBS OCI
					este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100004627800.	JU-2024-0732	Cobertura			Proceso finalizado auto desistimiento
20248100005056802 del 22/04/2024	JU-2024-0768	Libre Elección y Movilidad	A2024-001319 del 02/05/2024	S2024-000838 del 24/06/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 43 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100005657700.	J-2024-0836	Reconocimiento Económico			No se evidencian documentos en el aplicativo SuperArgo, que den cuenta de la actuación jurídica.
20248100007964002 del 19/06/2024	JU-2024-1111	Libre Elección y Movilidad	A2024-001898 del 27/06/2024	S2024-001019 del 30/08/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 49 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100008753582 del 04/07/2024	JU-2024-1200	Cobertura	A2024-002024 del 30/07/2024 admitiendo la demanda y tomando otras decisiones		Mediante Auto A2024-002192 del 10/09/2024 por el cual se acepta un desistimiento
20249300405232872 del 31/10/2024	JU-2024-1846	Cobertura	A2024-002836 del 08/11/2024	S2025-000084 del 31/01/2025	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 60 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100018226002 del 15/12/2024	JU-2024-2046	Cobertura	A2024-003167 del 19/12/2024	S2025-000218 del 26/02/2025	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se remite al Tribunal para segunda instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 48 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100018257372 del 16/12/2024	JU-2024-2048	Cobertura	A2024-003169 del 19/12/2024	S2025-000337 del 19/03/2025	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 64 días

ANÁLISIS MUESTRA ACTIVIDAD CLAVE DE ÉXITO TRAMITAR DEMANDAS					
RADICADO Y FECHA	EXPEDIENTE	PRETENSIÓN	FECHA AUTO	FECHA SENTENCIA	OBS OCI
					después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100018417902 del 18/12/2024	JU-2024-2066	Libre Elección y Movilidad	A2024-003180 del 20/12/2024	S2025-000333 del 19/03/2025	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 62 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100018455302 del 18/12/2024	JU-2024-2070	Cobertura	A2024-003229 del 26/12/2024	S2025-000230 del 28/02/2025	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 49 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20245100005871942 del 05/12/2024	JU-2024-2081	Libre Elección y Movilidad	A2024-003245 del 27/12/2024	No Aplica	Proceso finalizado auto rechazo por falta de competencia.
20249300406292682 del 30/12/2024	JU-2024-2126	Cobertura	A2025-000040 del 16/01/2025	S2025-000336 del 19/03/2025	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 53 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100000201202 del 08/01/2024	JU-2024-0024	Cobertura	A2024-000181 del 19/01/2024	S2024-000699 del 30/05/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con fallo del Tribunal. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 87 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100000266312 del 10/01/2024	JU-2024-0038	Cobertura	A2024-000197 del 22/01/2024	S2024-000375 del 22/03/2024	El expediente se encuentra en archivo, de igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 51 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.

ANÁLISIS MUESTRA ACTIVIDAD CLAVE DE ÉXITO TRAMITAR DEMANDAS					
RADICADO Y FECHA	EXPEDIENTE	PRETENSIÓN	FECHA AUTO	FECHA SENTENCIA	OBS OCI
20248100000292092 del 10/01/2024	JU-2024-0045	Libre Elección y Movilidad	A2024-000202 del 22/01/2024	S2024-000723 del 06/06/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con fallo del Tribunal. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 96 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100000454822 del 14/01/2024	JU-2024-0070	Cobertura	A2024-000213 del 22/01/2024	S2024-000382 del 22/03/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con fallo del Tribunal. De igual forma se puede inferir que la Sentencia proferida por la SNS, se emitió 49 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100000904852 del 24/01/2024	JU-2024-0125	Cobertura	A2024-000433 del 13/02/2024	A2024-000433 del 13/02/2024	Expediente remitido por Tribunal, con segunda instancia, se emitió 34 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100001100882 del 28/01/2024	JU-2024-0165	Cobertura	A2024-000455 del 13/02/2024	S2024-000468 del 22/04/2024	El proceso según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra con Sentencia Primera Instancia, siendo notificado a las partes con memorando 20248100000825941 del 23/04/2024, a la fecha de la auditoria 28042025, no se observan otras actuaciones al respecto. De igual forma se puede inferir que el fallo se declaró 40 días después de presentada la demanda, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de conducta se tienen 20 días siguientes a la radicación de la demanda.
20248100001566400 del 07/02/2024	J-2024-0234	Reconocimiento Económico	A2024-000651 del 29/02/2024	S2025-000300 del 13/03/2025	según el expediente del aplicativo SuperArgo, se encuentra en el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, siendo trasladado el 11/04/2025, ahora bien, el proceso jurisdiccional J-2024-0234, el cual admite la demanda, se notificó con memorando 20248100000366821 del 06-03-2024 y la sentencia se profirió S2025-000300 del 13/03/2025 y se comunicó con memorando 20258100000559201 del 17/03/2025, lo que permite inferir que el fallo se declaró 13 meses después de presentada la petición, esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, que establece que para este tipo de

ANÁLISIS MUESTRA ACTIVIDAD CLAVE DE ÉXITO TRAMITAR DEMANDAS					
RADICADO Y FECHA	EXPEDIENTE	PRETENSIÓN	FECHA AUTO	FECHA SENTENCIA	OBS OCI
					conducta se tienen 60 días siguientes a la radicación de la demanda.

Fuente: Propia Oficina de Control Interno, con base en la información suministrada por la Dirección de Procesos Jurisdiccionales.

Con base en lo anterior, se formula la Conformidad N° 2. **Por el buen diligenciamiento de los expedientes auditados al igual que por el acatamiento del debido proceso (derecho a la defensa y contradicción)**, al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, en atención a las evidencias aportadas por parte del proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, identificó que, en los expedientes de la muestra seleccionada, se encuentran bien tramitados (con todos los soportes en el aplicativo de gestión documental SuperArgo), al igual que se garantizó el principio rector del debido proceso y el derecho a la defensa y contradicción en favor del demandado, en las diferentes etapas del proceso.

Ahora bien, de conformidad con la muestra seleccionada, el equipo auditor, identificó que, de los treinta y cuatro (34) procesos auditados, veinticuatro (24) de ellos superaron los tiempos estipulados esto incumpliendo lo establecido por la Ley 1949 de 2019, artículo 41 el cual estipula: **“FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos (...) La Superintendencia Nacional de Salud emitirá sentencia dentro de los siguientes términos.: Dentro de los 20 días siguientes a la radicación de la demanda en los asuntos de competencia contenidos en los literales a), c), d) y e) del presente artículo².**

Dentro de los 60 días siguientes a la radicación de la demanda en el asunto contenido en el literal b) del presente artículo³.

Dentro de los 120 días siguientes a la radicación de la demanda en el asunto contenido en el literal f) del presente artículo.⁴

² a) Cobertura de los servicios - c) Conflictos derivados de la multifiliación - d) Conflictos relacionados con la libre elección de entidades aseguradoras - e) Conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

³ b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado

⁴ f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas

Sin embargo, el equipo auditor, ha evidenciado que hay sentencias que fueron proferidas las cuales sobrepasan los términos establecidos por la normatividad para ser falladas, como se puede evidenciar a continuación, presentando demoras desde dos (2) hasta sesenta y ocho (68) días de extemporaneidad respecto de los términos definidos para este tipo de trámites, así:

EXPEDIENTES ADELANTADOS FUERA DE TÉRMINOS		
ASUNTO	EXPEDIENTES	CANTIDAD
Reconocimiento Económico	J-2024-0234, J-2024-0555, J-2024-0156	03
Cobertura	JU-2024-0004, JU-2024-0039, JU-2024-0266, JU-2024-0532, JU-2024-0615, JU-2024-0644, JU-2024-1846, JU-2024-2046, JU-2024-2048, JU-2024-2070, JU-2024-2126, JU-2024-0024, JU-2024-0038, JU-2024-0070, JU-2024-0125, JU-2024-0165	16
Libre Elección y Movilidad	JU-2024-0045, JU-2024-2081, JU-2024-2066, JU-2024-1111, JU-2024-0768	05
Total, Expedientes		24

Fuente: Propia Oficina de Control Interno, con base en la información suministrada por la Dirección de Procesos Jurisdiccionales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso, si bien es cierto profirió sentencias fuera de los términos establecidos por la normatividad vigente, también lo es que se ha de tener presente la cantidad de demandas que deben tramitar los funcionarios adscritos a la Dirección de Procesos Jurisdiccionales, esto es, que para la vigencia 2024 se recibieron por diferentes medios 2.146 demandas donde los ciudadanos solicitan que se les garantice la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta que la Dirección, en atención al artículo 41 de la Ley 1949, funge como juez de la República a nivel nacional, confiriéndole facultades para conocer y fallar en derecho los requerimientos ciudadanos en concordancia con lo establecido en la Ley 1949 de 2019.

Con base en lo anterior, se formula la No Conformidad N° 2. **Debilidad en el cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad vigente, para proferir sentencia en primera instancia**, al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación. En atención a la réplica allegada por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, en donde se justifica el incumplimiento de lo establecido en la Ley 1949 de 2019, artículo 41 el cual estipula: “**FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**”, y teniendo en cuenta que la Honorable Corte Constitucional a establecido como **mora judicial**, con base en lo anterior se deja como **RECOMENDACIÓN No. 3**. Evaluar las

circunstancias de tiempo y modo, de cada caso en particular en donde se ha producido la mora judicial.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, en atención a las evidencias aportadas concluyó que, se identificaron demandas ciudadanas que fueron falladas con sentencias de primera instancia, sobrepasando los términos establecidos por la normatividad vigente para la expedición de dichos fallos. Eventos estos que conllevaron a la materialización del riesgo de gestión denominado *“Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”*.

3. Evaluación de Riesgos de Gestión y Corrupción del proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”*

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 *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”*, los cuales son gestionados por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, de lo cual, a continuación, se presentan los siguientes análisis y resultados:

Riesgo de Gestión: *“Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”*, siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

CAUSAS	CONTROL DETECTIVO	EVIDENCIA	RESPONSABLE
1. Ausencia de herramientas tecnológicas y sistema de información propio de la Delegada. 2. Insuficiencia de personal ante el crecimiento exponencial demandas y solicitudes de conciliación interpuestas. 3. La delegada cuenta con personal idóneo para emitir informes técnicos que soportan las decisiones claras, precisas y de fondo a los usuarios del Sistema de Salud. 4. Crecimiento exponencial de solicitudes de demandas. 5. Falta de personal médico especializado en temas relacionados con glosas y recobro y auditorías de cuentas médicas.	La Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación verifica de manera mensual el estado de los procesos en la base de seguimiento y monitoreo de la función jurisdiccional con el fin de identificar aquellos que cuenta con vencimiento de términos. En el evento de identificar irregularidades se llevará a cabo reunión con los coordinadores de los grupos para adoptar las estrategias de descongestión de acuerdo con cada asunto de competencia.	Actas de reunión y correos.	Delegada para la función Jurisdiccional y de Conciliación.

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS.

Se puede evidenciar que la causa identificada por el proceso como la No. 3, no corresponde a una causa raíz del riesgo identificado por el proceso, lo cual no guarda relación con lo establecido en la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”, por lo cual es importante que el proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación” evalúen la pertinencia de realizar un verdadero análisis de causas, el cual les permita mitigar la materialización del riesgo, esto es teniendo en cuenta que las causas son los factores o eventos que pueden provocar un riesgo, es decir, lo que puede desencadenar una situación de peligro o incertidumbre, las causas pueden ser internas o externas, si no se atacan las causas provocadoras del riesgo se pueden presentar consecuencias, que son los efectos que pueden derivarse de un riesgo que se materializa, las cuales se pueden ver reflejadas en la reputación para la entidad y posibles sanciones.

PLAN TRATAMIENTO DEL RIESGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE
1786	Realizar la solicitud al área correspondiente para solicitar el cubrimiento de las vacantes disponibles que tenga el Despacho para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.	correos electrónicos o memorandos	Profesional Especializado
	Realizar reuniones que de [sic] cuenta de las directrices impartidas por el Despacho de la Función Jurisdiccional y de Conciliación.	Reuniones con cada coordinación y grupo de trabajo.	Profesional Especializado
	Realizar solicitud a la oficina de innovación y desarrollo, y seguimiento de la misma, [sic] por parte de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación los requerimientos tecnológicos necesarios para la mejora del proceso.	Correos electrónicos y memorandos	Analista de Sistemas

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

El proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación” definió para la vigencia 2024 el Plan de Tratamiento del riesgo N° 1786, esto para el riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”, tendiente a mitigar o reducir el riesgo residual definido.

Ahora bien, con relación al riesgo de gestión que fue materializado, se identificó en el aplicativo, Sistema Integrado de Planeación y Gestión (ITS), que el proceso había establecido un (1) control detectivo, al igual que un plan de tratamiento del riesgo, identificado con No. 1786, este con tres (3) acciones para mitigar la materialización del riesgo, las cuales tenían como fecha de inicio el 18/01/2024 y fecha de terminación el 02/12/2024; evidenciándose que, para cumplir con la acción propuesta, esto es, (i) “Realizar la solicitud al área correspondiente para solicitar el cubrimiento de las vacantes disponibles que tenga el Despacho para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.”, de acuerdo a las evidencias aportadas por el proceso se realizó una (1) actividad (correo electrónico) del 28 de junio de

2024, (ii) “Realizar reuniones que de [sic] cuenta de las directrices impartidas por el Despacho de la Función Jurisdiccional y de Conciliación” de acuerdo a las evidencias aportadas por el proceso se realizó ACTA: GE-10703 del 20 de diciembre de 2024, ACTA: GE-10693 del 18 de diciembre de 2024 y ACTA: GE-10703 del del 20 de diciembre de 2024 y (iii) “Realizar solicitud a la oficina de innovación y desarrollo, y seguimiento de la misma, por parte de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación los requerimientos tecnológicos necesarios para la mejora del proceso” se aportó copia del memorando No. 20248000000064163 del 27/06/2024, donde se hace “Solicitud Construcción Planes de Interoperabilidad. Proyecto Transformación Digital de la Justicia en Colombia – Ministerio de Justicia y del Derecho”.

Como se puede evidenciar los controles detectivos y las acciones implementadas en el plan de tratamiento del riesgo para contrarrestar la materialización del riesgo, estas no fueron efectivas, toda vez que no eliminaron las causas ni minimizaron que el riesgo de gestión no se materializara, situación que pudo ser consecuencia del no seguimiento oportuno y constante por parte del proceso que permita evaluar que las acciones implementadas sean efectivas, esto teniendo en cuenta que la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa (MIPG), había realizado en dos (2) oportunidades seguimiento al plan de mejoramiento No. 1786, donde realizaba sendas recomendaciones (i) “se realiza seguimiento, se recomienda registrar los avances a la fecha 29/01/2024” y (ii) “A la fecha 24/07/2024, no se evidencia avance en la actividad”, situación está que no fue tomada en cuenta por parte del proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación” y que de haberse acatado lo sugerido por la OAP, se hubiera podido tomar acciones para evitar la materialización del riesgo definido.

De igual forma es importante que el proceso revise los controles implementados y los planes de manejo del riesgo de manera constante para que estos sean evaluados permanentemente y poder realizar los ajustes a tiempo que se considere necesarios, no teniendo fecha de finalización anual sino periodos más cortos lo que permitiría al proceso evaluar la efectividad de los controles y acciones, toda vez que el no hacer constante seguimiento a los riesgos, esto conllevaría a su materialización tal cómo se evidencia con el riesgo evaluado.

Con relación a lo anterior, se ratifica que los controles y las acciones propuestas por el proceso no cumplieron las expectativas esperadas, toda vez que no desempeñaron el objeto para lo cual se implementaron, era fin de evitar la materialización del riesgo identificado por el proceso.

Con base en lo anterior, se formula la No Conformidad N° 2. **Materialización del riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”** al proceso “Gestión

Jurisdiccional y de Conciliación”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

De acuerdo con la verificación de la muestra seleccionada para la auditoria al proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”*, y a las evidencias aportadas, el equipo auditor de la OCI observó que se superaron los términos en veinticuatro (24) expedientes al momento de proferir sentencia en los tiempos definidos por Ley, lo cual ha conllevado a la materialización del riesgo de gestión ***“Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”***

Riesgo de Gestión: *“Posibilidad de afectación reputacional por reporte del conciliador debido a la inoportunidad en el trámite la función de conciliación extrajudicial en derecho”*, siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

CAUSAS	CONTROL	EVIDENCIA	RESPONSABLE
Deficiencias en la interacción con otras áreas misionales y de apoyo de la entidad.	DETECTIVO: La dirección de conciliación verifica cuando se requiera, las necesidades tecnológicas para la adecuada atención de las solicitudes de conciliación y en caso de requerirlas, procederá a gestionar ante la Subdirección de Tecnologías de la Información y demás áreas competentes el suministro de estas, a fin de garantizar el adecuado desarrollo del trámite de conciliación a petición de parte o por convocatoria de oficio.	Actas de reunión y correos electrónicos.	Dirección de Conciliación.
Creación e implementación del cuadro de seguimiento a los procesos de conciliación para una articulada información interna.	DETECTIVO: El director de conciliación verifica cuando se requiera, el cumplimiento de los términos y aplicación del trámite de conciliación a petición de parte o por convocatoria de oficio, para el efecto se realizará requerimientos periódicos a las personas que se les ha asignado como puntos de control en temas como; la radicación, la asignación y la gestión por parte del abogado responsable y archivo, en caso de que exista inconsistencia se realizarán reuniones y requerimientos a los funcionarios responsables para corregir la situación.	Reuniones de auto evaluación y correos electrónicos	
Instructivo para la realización de las audiencias de conciliación extrajudicial en derecho.			

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Si bien es cierto, no se evidenció la materialización del riesgo de gestión objeto de valoración, también lo es que, lo identificado como riesgo por la Dirección de Conciliación como *“Posibilidad de afectación reputacional por reporte del conciliador debido a la inoportunidad en el trámite la función de conciliación extrajudicial en derecho”*, este no guarda los conceptos establecidos por la *“Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades*

públicas Versión 6”, establecidos en la página No. 30⁵, implementada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Ahora bien, como el riesgo no está identificado o definido en concordancia con los parámetros determinados por el DAFP, por lo anterior el equipo auditor identificó debilidad en la identificación de las causas y en la aplicación de los controles determinados por el proceso, toda vez que los mismos, no mitigan la materialización del riesgo, de igual forma no se identificó el nexo de causalidad o pertinencia entre el riesgo de gestión identificado y las causas y controles, por lo cual es pertinente que el proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, evalúe los parámetros sugeridos por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la identificación del riesgo, así:

2.5 Descripción del riesgo: la descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso. Se propone una estructura que facilita su redacción y claridad que inicia con la frase **POSIBILIDAD DE** y se analizan los siguientes aspectos:

Figura 10 Estructura propuesta para la redacción del riesgo



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo de la Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública 2020.

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

Con base en lo anterior, se formula la **Observación N° 1. Identificación de riesgos y diseño de controles que mitiguen las causas identificadas como generadoras del riesgo**, al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así:

⁵

https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34299967/Guia_administracion_riesgos_capitulo_riesgo_fiscal.pdf

Se evidenció que el riesgo, las causas y los controles definidos por el proceso para mitigar el riesgo *“Posibilidad de afectación reputacional por reporte del conciliador debido a la inoportunidad en el trámite la función de conciliación extrajudicial en derecho”*, no están redactados o estructurados como lo define la *“Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”*, lo anterior contraviniendo los lineamientos que sobre el particular ha emitido el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

El proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”* definió para la vigencia 2024 el Plan de Tratamiento N° 1785, esto para el riesgo de gestión *“Posibilidad de afectación reputacional por reporte del conciliador debido a la inoportunidad en el trámite la función de conciliación extrajudicial en derecho”*, tendiente a mitigar o reducir el riesgo residual definido, a continuación, se presenta análisis sobre el particular:

PLAN TRATAMIENTO DEL RIESGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE
1785	Realizar solicitud a la oficina de innovación y desarrollo y seguimiento de la misma, por parte del Director de conciliación las mejoras técnicas para el uso de los recursos tecnológicos disponibles.	Memorandos y correos electrónicos.	Profesional Especializado

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

El equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, realizó seguimiento al Plan de Tratamiento del Riesgo No. 1785 en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), donde se observó que este tiene una fecha de inicio del 22/01/2025 y finalización del 31/12/2025, por lo cual no se aportan evidencias de su ejecución.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el plan de tratamientos del riesgo debe estar orientando a la toma de decisiones oportunas por el proceso, para minimizar los efectos adversos al interior de este, esto con el propósito de dar continuidad y asegurar el cumplimiento de los compromisos identificados en la actividad clave de éxito y teniendo en cuenta que la *“Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”*, implementada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) establecidos en la página No. 90⁶, establece *“(…) A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la entidad, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento (…)”*

⁶ https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34299967/Guia_administracion_riesgos_capitulo_riesgo_fiscal.pdf

Por lo cual, una vez evaluada la acción propuesta por la Dirección de Conciliación “Realizar solicitud a la oficina de innovación y desarrollo y seguimiento de la misma, por parte del Director de conciliación las mejoras técnicas para el uso de los recursos tecnológicos disponibles.”, esta no está redactada de acuerdo con los planteamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, lo cual no permite evidenciar que el tratamiento del riesgos propuesto, sea la respuesta del consenso establecido por la primera línea de defensa, es decir, que el líder o responsable del proceso junto con su equipo de trabajo implementen acciones contundentes para la mitigación de los diferentes riesgos identificados por la Dirección de Conciliación. También lo es que se hace necesario analizar y verificar si la información que se aporta como soportes del cumplimiento, para determinar si las mismas contribuyen de manera eficaz y efectiva con la mitigación del riesgo motivo de evaluación contribuyen con la mitigación del riesgo.

Con base en lo anterior, se reitera la **Observación N° 1. Identificación de riesgos y diseñar controles que mitiguen las causas identificadas como generadoras del riesgo**, al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

Riesgo de Corrupción: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para favorecer o incidir en las decisiones jurisdiccionales”, siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

CAUSAS	CONTROL	EVIDENCIA	RESPONSABLE
La concentración y centralización de la función jurisdiccional.	DETECTIVO: Verificar a demanda los criterios jurídicos y técnicos que fundamentan las providencias sustanciadas por cada abogado, lo cual se hará a través de la revisión por parte de los coordinadores de cada grupo y de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación en caso de detectar incumplimiento se harán las revisiones y se adoptarán los correctivos del caso.	Reuniones de auto evaluación por grupo, reunión de definición de líneas, y correos electrónicos.	Coordinadores de cada grupo, Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación
	PREVENTIVO: El coordinador del Grupo de la Secretaría Jurisdiccional, a demanda verifica que el personal profesional y técnico realice la asignación y reparto de los expedientes en orden cronológico de radicación en la entidad y/o priorización, de acuerdo a la naturaleza del asunto, a través de la planilla de reparto. En caso de detectar que no se está haciendo la asignación del reparto de manera adecuada se realizarán reuniones en las que se impartirán instrucciones y correctivos.	Planilla de Reparto.	Coordinador del Grupo de Secretaria Jurisdiccional.
	DETECTIVO: El coordinador/a del Grupo de Informes Técnicos, a demanda verifica que los documentos técnicos emitidos por los profesionales, [sic] tengan en cuenta los elementos probatorios de cada proceso como insumo del análisis medico [sic] - técnico a su cargo.	Reunión mensual por el coordinador del grupo de Informes Técnicos.	Coordinador del Grupo de Informes Técnicos

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Si bien es cierto, no se evidenció la materialización del riesgo de corrupción *“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para favorecer o incidir en las decisiones jurisdiccionales”*, objeto de valoración, para lo cual el equipo auditor procede a evaluar la causa y los controles definidos por el proceso para prevenir la materialización del riesgo detallado.

El proceso para este riesgo definió una causa *“La concentración y centralización de la función jurisdiccional.”* Con tres controles dos detectivos y uno preventivo, ahora bien, la causa identificada por el proceso no está detallada tal como lo establece la *“Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”*, implementada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Por lo cual es importante tener en cuenta que las causas son las circunstancias, motivos o agentes que generan un riesgo. Las causas se deberían identificar a partir de los factores internos o externos y tal como está redactada podría tipificarse como un riesgo; así las cosas, la oportunidad de mejora al evidenciar la necesidad de que se realice por parte del proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”* el análisis de causas para replantear el proceso.

En concordancia con lo anterior, no se tiene definida claramente la o las causas que dieron lugar al riesgo de corrupción identificado por el proceso, los controles determinados por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, no están redactados o estructurados como lo define la *“Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”*, lo anterior contraviniendo los lineamientos que sobre el particular ha emitido el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), siendo importante que se tenga en cuenta que los controles preventivos, están diseñados para evitar un evento no deseado en el momento en que se produce o para intentar evitar la ocurrencia de los riesgos, de igual forma los controles detectivos, son definidos para evitar un evento o resultado no previsto después de que se haya producido o con el propósito de detectar una situación no deseada para que se corrija a tiempo y se tomen las acciones correspondientes. También lo es que se hace necesario analizar y verificar si la información que se aporta como soportes del cumplimiento, para determinar si las mismas contribuyen de manera eficaz y efectiva con la mitigación del riesgo.

Corolario con lo anterior, los controles se deben estructurar con el fin de mitigar las causas, el riesgo y las consecuencias, así como contar con actividades que denoten control, evitando que sean actividades sin puntos de verificación, al igual que los controles necesarios para reducir el impacto y probabilidad de los riesgos de corrupción y evitar su materialización; es importante mantener la ejecución de los controles y evaluar constantemente la posibilidad de mejorarlos o fortalecerlos como ejercicio de mejora

continúa para lograr efectuar un mayor cambio en la zona residual de los Riesgos de corrupción.

Con base en lo anterior, se formula la **Observación N° 2. Identificar causas y diseño de controles que mitiguen las causas identificadas como generadoras del riesgo de corrupción**, al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así:

Se precisa que, las causas y controles definidos por el proceso objeto de auditoría para el riesgo de corrupción “*Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para favorecer o incidir en las decisiones jurisdiccionales*”, estos no están redactados o estructurados como lo define la “*Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6*”, lo anterior contraviniendo los lineamientos que sobre el particular ha emitido el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), siendo importante la implementación de acciones de mejora continua.

PLAN TRATAMIENTO DEL RIESGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE
1478	Participar en las capacitaciones de talento humano sobre el código de integridad.	Lista de asistencia o link de agravación de reunión.	Profesional Especializado
	Solicitar al área de talento humano capacitación o charla sobre el Código de Integridad y el Manual para la Gestión de Conflicto de Interés	constancia de la realización de la capacitación.	

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Por parte del proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*” fue definido el plan de tratamiento tendiente a mitigar o reducir el riesgo residual, observándose que, se identificaron dos (2) actividades, una con fecha 18 de enero de 2024 y otra del 29 de agosto de 2024, las cuales fueron registradas en el aplicativo ITS dispuesto por la Superintendencia Nacional de Salud el Plan de Tratamiento N° 1478 respecto del hallazgo “*Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para favorecer o incidir en las decisiones jurisdiccionales*”, el cual se propuso para ser ejecutado hasta el 31 de diciembre de 2024, con el objetivo de lograr la mitigación o bajar el riesgo residual, a continuación, se presenta el seguimiento sobre el particular:

En atención al seguimiento, se consultó el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), donde se observó que la Oficina Asesora de Planeación realizó el monitoreo, concluyendo que: “*El responsable de la actividad reporta que se cumplió el 100%, se evidencia correo de solicitud de capacitación y lista de asistencia de la misma*” y la Oficina de Control Interno, efectuó el seguimiento, donde manifestó que: “*Teniendo en cuenta que el plan de mejoramiento N. 1478*

tiene como fuente análisis de riesgos, en donde se emprendieron gestiones adicionales para reducir la probabilidad de ocurrencia del evento potencial en fase de riesgo residual (después de controles) como lo fueron las capacitaciones realizadas en materia de Código de Integridad y Conflicto de interés, aspecto del cual se cuenta con evidencia objetiva, se concluyó la eficacia del plan de mejoramiento.”

Ahora bien, teniendo en cuenta que las acciones evaluadas para el tratamiento del riesgo ya fueron evaluadas por la segunda y tercera línea de defensa en atención a lo estipulado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), considerándose como hechos cumplidos, también lo es que a los procesos les corresponden implementar la mejora continua, por lo cual se recomienda que el proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, de aplicabilidad a los lineamientos que sobre el particular se definen en la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), siendo importante la implementación de acciones de mejora continua. También lo es que se hace necesario analizar y verificar si la información que se aporta como soportes del cumplimiento, para determinar si las mismas contribuyen de manera eficaz y efectiva con la mitigación del riesgo motivo de evaluación contribuyen con la mitigación del riesgo.

Riesgo de Corrupción: “Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para favorecer o alterar en el trámite de las solicitudes de conciliación”, siendo objeto de evaluación los controles que a continuación se relacionan:

CAUSAS	CONTROL PREVENTIVO	EVIDENCIA	RESPONSABLE
Falta de claridad del usuarios [sic] de los efectos y alcances de la función de conciliación.	El Director de Conciliación verifica mensualmente que el personal técnico realice en la planilla de control la asignación y reparto de expedientes conforme a los criterios establecidos para el reparto. En caso de detectar que no se esta [sic] haciendo la asignación del reparto acatando los criterios descritos se realizaran las reuniones y requerimientos establecidos a los funcionarios responsables.	correo de aprobación y pantallazo de planilla de control en Sharepoint.	Director de Conciliación.
	El Director de Conciliación mensualmente verifica que el programador de las audiencias corresponda con el orden cronológico y los criterios de priorización técnicos debidamente fundamentados para la convocatoria oficiosa. En caso de que exista inconsistencia, se realizan los correctivos correspondientes. [sic]	correo electrónico con el resultado de la verificación y pantallazo de Servicio de Conciliación ubicado en Sharepoint.	

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 ha 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 reprocesos⁷”, y no preventivo, como lo predica el proceso, al indicar que “El Director de Conciliación verifica mensualmente que el personal técnico realice en la planilla de control la asignación y reparto de expedientes conforme a los criterios establecidos para el reparto. En caso de detectar que no se está haciendo la asignación del reparto acatando los criterios descritos se realizarán las reuniones y requerimientos establecidos a los funcionarios responsables.” Y “El Director de Conciliación mensualmente verifica que el programador de las audiencias corresponda con el orden cronológico y los criterios de priorización técnicos debidamente fundamentados para la convocatoria oficiosa. En caso de que exista inconsistencia, se realizan los correctivos correspondientes.

Es de aclarar que los controles preventivos, se deben aplicar a la entrada del proceso y antes de que se realice 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 los controles implementados por el proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, toda vez que para la aplicación de los controles se debe tener en cuenta que estos mitiguen el riesgo.

Ahora bien, se ha observado que la redacción de la causa identificada por el proceso, esto es “Falta de claridad del usuarios [sic] de los efectos y alcances de la función de conciliación”, esta atribuida a los usuarios y no como lo estipula la “Guía Para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6”, que establece que la “Causa raíz: es la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo. Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o subcausas que pueden ser analizadas”.

De igual forma se evidencio que como la causa está mal redactada los controles implementados y cuya evidencia son “Correos electrónicos”, lo que denotaría que tanto la causa, los controles, como las evidencias, se encuentran mal diseñados, toda vez que no guardan relación entre sí; situación está que no permite evidenciar lo establecido 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, donde describe en la página 25 “Desde la 1ª línea de defensa todos los servidores tienen una responsabilidad frente a la aplicación efectiva de los controles, por lo que se trata de un seguimiento permanente, esto incluye la aplicación de controles de gerencia operativa que corresponde

⁷ Guía Para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, página 47.

a aquellos que son aplicados por servidores con personal a cargo (jefes, coordinadores u otro cargo)” Subrayado fuera de texto.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Observación N° 3. Redactar causas y definir la tipología de los controles de acuerdo con los lineamientos establecidos por el DAFP**, al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*” liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Resulta importante que el Proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, en coordinación y bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, evalúen la pertinencia de realizar mesas de trabajo con el propósito de evaluar y redactar las causas y definir las tipologías de los controles y los responsables de ejecutarlos, en atención a lo establecido en la “*Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6*”

PLAN TRATAMIENTO DEL RIESGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE
1477	Solicitar al área de Talento humano, una capacitación o charla sobre el Código de Integridad y el Manual para la Gestión de Conflicto de Interés	constancia de la realización de la capacitación.	Profesional Especializado

Fuente: Elaboración propia de la Oficina de Control Interno - Información extraída de la Matriz de Riesgos SNS

Por parte del proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*” fue definido el plan de tratamiento tendiente a mitigar o reducir el riesgo residual, de lo cual, observándose que, se identificó una (1) actividad, con fecha de inicio el 18 de enero de 2024, la cual fue registrada en el aplicativo ITS dispuesto por la Superintendencia Nacional de Salud el Plan de Tratamiento N° 1477 respecto del hallazgo “*Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para favorecer o alterar en el trámite de las solicitudes de conciliación*”, el cual se propuso para ser ejecutado hasta el 02 de diciembre de 2024, con el objetivo de lograr la mitigación o bajar el riesgo residual, de lo cual, a continuación, se presenta el seguimiento sobre el particular:

En atención al seguimiento, se consultó el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), donde se observó que la Oficina Asesora de Planeación realizó el monitoreo, concluyendo que: “*El responsable de la actividad reporta que se cumplió el 100%, se evidencia la solicitud a Talento Humano una charla sobre el Código de integridad, y la lista de asistencia de la misma.*” y la Oficina de Control Interno, hizo el seguimiento, donde manifestó que: “*Teniendo en cuenta que el plan de mejoramiento 1477 tiene como fuente análisis de riesgos de corrupción, para lo cual se emprendieron gestiones adicionales en fase de riesgo residual (después de controles), como lo fue la capacitación en Código de Integridad, la cual coadyuba a que el evento potencial se reduzca en*

cuanto a su probabilidad de ocurrencia, se concluye eficacia en el mismo. Al margen de lo anterior, se recomienda que la causa que sea identificada una vez se aplique la metodología de mejora, tenga plena relación o nexo causal con la acción que para el efecto se emprenda, aspecto que contribuye a la eficacia de las acciones de mejoramiento.”

Ahora bien, teniendo en cuenta que las acciones para el tratamiento del riesgo ya fueron evaluadas por la segunda y tercera línea de defensa, en cumplimiento a lo estipulado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), las cuales se consideran como hechos cumplidos, también lo es que a los procesos les corresponden implementar la mejora continua, por lo cual se recomienda que el proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”*, de aplicabilidad a los lineamientos que sobre el particular se definen en la *“Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”*, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), siendo importante la implementación de la mejora continua. También lo es que se hace necesario analizar y verificar si la información que se aporta como soportes del cumplimiento, para determinar si las mismas contribuyen de manera eficaz y efectiva con la mitigación del riesgo motivo de evaluación contribuyen con la mitigación del riesgo.

4. Evaluación y seguimiento Planes de Mejoramiento.

Mediante memorando radicado con #20251400000025583 del 12 de marzo de 2025, se solicitó avance y seguimiento a los Planes de Mejoramiento reportados en el segundo semestre de 2024 identificados con los números 1686, 1682, y 1695. En respuesta dada a lo requerido, la Delegada remitió en archivo Excel el reporte de los Planes de Mejoramiento en el que se identifican los tres planes enunciados anteriormente evidenciando lo siguiente:

El Plan de mejora No. 1682 con fecha de reporte el 6/11/2024 con tipificación “NO conformidad”, se encuentra en estado abierto y con actividad descrita *“Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área de manera mensual a través de informe a cargo del gestor del área presentado en las reuniones de autoevaluación.”*, con fecha de inicio 01/01/2025 y con fecha de finalización el 31/12/2025.

Se destaca que la actividad menciona que el cumplimiento de las actividades se hará de manera **mensual** a través de informe a cargo del gestor del área, sin embargo, a fecha de verificación de la información 30 de marzo del año en curso se evidencia avance del **0%**. Por lo cual se recomienda al funcionario responsable dar aplicabilidad a la periodicidad con el cual se programó el seguimiento.

El Plan de Mejora No. 1686 con fecha de reporte el 7/11/2024 el cual identifica como actividad la de *“Realizar requerimiento por parte la dirección de procesos jurisdiccionales y la dirección de conciliación sobre informe semestral que de cuanta del estado actualizado de los planes de mejoramiento vigentes.”*, con fecha de inicio 01/01/2025 y finalización el 31/12/2025.

Igualmente, como el Plan anterior, la actividad menciona que el cumplimiento de las actividades se hará informe de manera **semestral** sobre el estado de los Planes cargo del gestor del área como responsable, por lo tanto, la Oficina de Control Interno recomienda soportar el cumplimiento de la actividad con el avance según la unidad de medida y dentro de los tiempos acordado en el Plan propuesto, para eliminar la causa raíz.

Para el Plan de mejora No. 1695 con fecha de reporte el 23/12/2024, describe como actividad el de realizar *“Reportar semestralmente en actas las directrices impartidas por el despacho o la dirección al grupo de trabajo.”*, con fecha de inicio 01/01/2025 y con finalización el 31/12/2025, se destaca que para el cumplimiento de la actividad se estableció el reporte semestral en actas las directrices acordadas, por lo tanto, la Oficina de Control Interno recomienda soportar el cumplimiento de la actividad con el avance según la unidad de medida y dentro de los tiempos acordado en el Plan propuesto, para eliminar la causa raíz.

Llama la atención que para este Plan de Mejoramiento figura como responsable “Hector Mauricio Quintero Castrellon / Superintendente Delegado”, y destacando como unidad de medida las ACTAS, por lo que se sugiere realizar el ajuste correspondiente y dejar como responsable de elaborar y plasmar en las actas las directrices impartidas por el Delegado o los Directores a otros funcionarios, que se encarguen de alimentar el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) con las evidencias objetivas, que a la postre serán evaluadas por la segunda y tercera línea de defensa del MIPG.

Se debe tener en cuenta que los Planes de Mejoramiento, son medidas de corto, mediano o largo plazo que se establecen para subsanar las debilidades y sus causas detectadas por distintas fuentes de evaluación como son: (Auditorías Internas, Autoevaluación, Auditorías Externas), esto con el objetivo de materializar el mejoramiento continuo en la entidad para lograr el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **Recomendación N° 2. Dar cumplimiento a la programación de los planes de mejoramiento y evaluar responsables**, al proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”*, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así:

Se recomienda al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, dar cumplimiento a los términos establecidos en los Planes de Mejoramiento en el que se pueda observar el avance y subir las evidencias propuestas en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) con el fin de evidenciar la gestión permanente de los planes de mejoramiento, al igual que evaluar la pertinencia de la asignación del responsable para el Plan de mejora No. 1695, toda vez que, el usuario que se relacione como responsable de la acción, es la persona que deberá reportar periódicamente los avances y evidencias correspondientes en el sistema; se debe tener en cuenta que el líder del proceso es el responsable de la aprobación de las acciones.

5. Seguimiento al cumplimiento de la Resolución No. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 (Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la SNS).

La Oficina de Control Interno en atención a la actividad auditora, efectuó evaluación y seguimiento respecto del cumplimiento de lo preceptuado en la Resolución No. 21160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “*Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud*”, de lo cual se verificó las reuniones efectuadas durante la vigencia 2024, así:

Seguimiento al cumplimiento de la Resolución No. 2021160000013752–6 del 28/10/2021 - Enero a Abril de 2024.

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752–6									
Tema para tratar	Periodicidad	ENERO 2024 Acta GE-10189 del 19/02/2024		FEBRERO 2024 Acta GE-10185 del 14/03/2024		MARZO 2024 Acta GE-10188 del 15/04/2024		ABRIL 2024 GE-10205 del 10/05/2024	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Medición del Desempeño. Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.	Mensual	X		X		X		X	
Mejora. Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)	Mensual		X		X	X		X	
Proyectos de Inversión. Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6									
Tema para tratar	Periodicidad	ENERO 2024 Acta GE-10189 del 19/02/2024		FEBRERO 2024 Acta GE-10185 del 14/03/2024		MARZO 2024 Acta GE-10188 del 15/04/2024		ABRIL 2024 GE-10205 del 10/05/2024	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA. Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).	Mensual	X		X		X		X	
Sistema Integrado de Gestión-SIG -Revisión de los procesos liderados por el área. Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.	Trimestral	N/A		N/A		X		N/A	
Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción. Revisar y gestionar los riesgos asociados a los procesos a cargo analizando, entre otros, la eficacia de los controles, posible materialización y planes de tratamiento, con el fin de generar realizar los ajustes que se consideren pertinentes.	Mínimo semestral	N/A		N/A		N/A		N/A	
Revisión por la Dirección. Hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos relacionados con la dependencia y que fueron identificados en el informe anual de revisión por la Dirección.	Una vez al año	No se aportaron evidencias objetivas que permitieran evidenciar que la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, haya realizado la revisión por la Dirección en cumplimiento de lo establecido en la citada Resolución.							
Art. 2. Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo.		X		X		X		X	

Fuente: Propia Oficina de Control interno, con base en la información suministrada por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6									
Tema para tratar	Periodicidad	MAYO 2024 GE-10181 del 19/06/2024		JUNIO 2024 Acta GE-10206 del 16/07/2024		JULIO 2024 Acta GE-10255 del 08/08/2024		AGOSTO 2024 GE-10364 del 11/09/2024	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Medición del Desempeño. Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual	Mensual	X		X		X		X	

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6									
Tema para tratar	Periodicidad	MAYO 2024 GE-10181 del 19/06/2024		JUNIO 2024 Acta GE-10206 del 16/07/2024		JULIO 2024 Acta GE-10255 del 08/08/2024		AGOSTO 2024 GE-10364 del 11/09/2024	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.									
Mejora. Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Proyectos de Inversión. Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA. Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).	Mensual	X		X		X		X	
Sistema Integrado de Gestión-SIG -Revisión de los procesos liderados por el área. Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.	Trimestral	X		X		X		N/A	
Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción. Revisar y gestionar los riesgos asociados a los procesos a cargo analizando, entre otros, la eficacia de los controles, posible materialización y planes de tratamiento, con el fin de generar realizar los ajustes que se consideren pertinentes.	Mínimo semestral	N/A		X		X		N/A	
Revisión por la Dirección. Hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos relacionados con la dependencia y que fueron identificados en el informe anual de revisión por la Dirección.	Una vez al año	No se aportaron evidencias objetivas que permitan evidenciar el cumplimiento de lo establecido en La citada resolución.							
Art. 2. Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina		X		X		X		X	

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6									
Tema para tratar	Periodicidad	MAYO 2024 GE-10181 del 19/06/2024		JUNIO 2024 Acta GE-10206 del 16/07/2024		JULIO 2024 Acta GE-10255 del 08/08/2024		AGOSTO 2024 GE-10364 del 11/09/2024	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo.									

Fuente: Propia Oficina de Control interno, con base en la información suministrada por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6									
Tema para tratar	Periodicidad	SEPTIEMBRE 2024 GE-10667 del 16/10/2024		OCTUBRE 2024 Acta GE-10554 del 19/11/2024		NOVIEMBRE 2024 Acta GE-10641 del 09/12/2024		DICIEMBRE 2024 Acta GE-10809 del 16/01/2025	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
Medición del Desempeño. Revisar y analizar la medición del desempeño (indicadores de gestión), comparándola frente a la programación Mensual prevista, con el fin de determinar posibles desviaciones y formular oportunidades de mejora.	Mensual	X		X		X		X	
Mejora. Hacer seguimiento a las auditorías realizadas, con el fin de monitorear el avance de las acciones. -Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en los planes de mejoramiento a cargo del área. (cuando aplique)	Mensual	X		X		X		X	
Proyectos de Inversión. Seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión a cargo del área (cuando aplique)	Mensual	X		X			X	X	
Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones – PAA. Seguimiento a las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisiciones a cargo del área y a la ejecución presupuestal de inversión, y funcionamiento. (cuando aplique).	Mensual	X		X			X	X	
Sistema Integrado de Gestión-SIG -Revisión de los procesos liderados por el área. Efectuar seguimiento a las dimensiones, políticas, buenas prácticas y sus respectivos planes del Sistema Integrado de Gestión, que lidere el área.	Trimestral	X		X				X	
Riesgos de Gestión y Riesgos de Corrupción. Revisar y gestionar los riesgos asociados a los procesos a cargo analizando,	Mínimo semestral	N/A		X		X		X	

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN No. 2021160000013752-6									
Tema para tratar	Periodicidad	SEPTIEMBRE 2024 GE-10667 del 16/10/2024		OCTUBRE 2024 Acta GE-10554 del 19/11/2024		NOVIEMBRE 2024 Acta GE-10641 del 09/12/2024		DICIEMBRE 2024 Acta GE-10809 del 16/01/2025	
		Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple	Cumple	NO Cumple
entre otros, la eficacia de los controles, posible materialización y planes de tratamiento, con el fin de generar realizar los ajustes que se consideren pertinentes.									
Revisión por la Dirección. Hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos relacionados con la dependencia y que fueron identificados en el informe anual de revisión por la Dirección.	Una vez al año	No se aportaron evidencias objetivas que permitan evidenciar el cumplimiento de lo establecido en La citada resolución.							
Art. 2. Conformación. Las reuniones de autoevaluación estarán presididas por los líderes de cada dependencia (Superintendente, Delegados, Secretario General, Jefes de Oficina, Jefes de Oficina Asesora, Directores, Subdirectores y Coordinadores de Grupo) y los servidores adscritos a su respectiva dependencia y/o grupo.		X		X		X		X	

Fuente: Propia Oficina de Control interno, con base en la información suministrada por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

El equipo auditor de la Oficina de Control Interno, dando aplicabilidad a lo establecido en la Resolución 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 *“Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”*, Artículo 5. Seguimiento. *“La Oficina de Control Interno hará el seguimiento, de acuerdo con las funciones asignadas, con el fin de generar oportunidades de mejora”*.

En atención a lo anterior, se procedió a evaluar la evidencia objetiva, aportada por el proceso *“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”*, para demostrar el acatamiento de lo señalado en la precitada Resolución; una vez realizada la valoración de lo aportado, se evidenció que el proceso viene cumpliendo parcialmente con los temas que se deben tratar en las reuniones de autoevaluación, toda vez que al constatar las actas estas solo enuncian los temas desarrollados, así:

Desarrollo
1. Medición de desempeño de conciliación 2. Medición de desempeño grupo de cobertura 3. Medición de desempeño grupo de reconocimiento económico 4. Medición de desempeño grupo de glosas y recobros 5. Medición de desempeño grupo de informes técnicos 6. Medición de desempeño secretaria
Conclusiones
1. Se destacó por el superintendente delegado encargado, la productividad de cada uno de los grupos y el compromiso el desarrollo de las actividades. 2. El superintendente delegado encargado hizo mención de la importancia del trabajo en equipo, disposición sobre las labores encomendadas, en razón a los cambios administrativos actuales. 3. Se evidencia que el nivel de productividad se mantiene con respecto a la productividad del mes anterior.

ACTA: GE-9630

Desarrollo
1. Medición del Desempeño - Plan Anual de Gestión (PAG) 2024 (Presentación realizada por el Dr Simón Bolívar) 2. Proyectos de Inversión - Ejecución presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones (PAA) 3. Mejora
Conclusiones
1. Se evidencia que el nivel de productividad se mantiene con respecto a la productividad del mes anterior y se felicita a los grupos de trabajo.

ACTA: GE-10255

Desarrollo
1. Informe director de Conciliación Dr. Fabio Abel Sepúlveda 2. Informe director de Procesos Jurisdiccionales Dr. Simón Bolívar Valbuena.
Conclusiones
1. Se evidencia que el nivel de productividad subió con respecto a la productividad del mes anterior y se felicita a los grupos de trabajo.

ACTA: GE-10554

Desarrollo
Desarrollo: 1. En la reunión de autoevaluación del mes de noviembre, la Dra. Ruth Hortensia Bacca Lobo dio a la apertura de la sesión, dando la palabra a Vanessa de la cruz para que establezca el orden del día, el cual abarcó con: 1.1 Presentación de la dirección de conciliación 1.2. Presentación de la dirección de Procesos Jurisdiccionales 2. Planes de mejora 3. Riesgos fiscales
Conclusiones
1. La Dirección de Conciliación muestra como el crecimiento en solicitudes es exponencial con respecto a años anteriores. 2. Se evidencia que el nivel de productividad se mantiene con respecto a la productividad del mes anterior para la dirección de jurisdiccional

ACTA: GE-10641

De acuerdo con lo observado, se denota el cumplimiento parcial de lo establecido en el artículo 3. Aspectos para tratar y periodicidad de las reuniones. “Los líderes de dependencia, en conjunto con los funcionarios a su cargo, deberán en los primeros diez días hábiles de cada mes, de manera presencial o virtual, tratar en las reuniones de autoevaluación al menos los siguientes temas, con la periodicidad definida a continuación (...); de igual forma se observó que cinco (5) reuniones se realizaron de manera extemporánea, a lo reglado en el artículo 3 de la citada

resolución, donde se establece que se debe realizar los primeros diez (10) días hábiles de cada mes.

MES DE LA REUNIÓN	FECHA DE LA REUNIÓN	FECHA LIMITE DE REALIZARLA
Enero de 2024	19/02/2024	14/02/2024
Mayo de 2024	19/06/2024	18/06/2024
Junio de 2024	16/07/2024	15/07/2024
Septiembre de 2024	16/10/2024	15/10/2024
Octubre de 2024	19/11/2024	18/11/2024

Fuente: Propia Oficina de Control interno, con base en la información suministrada por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Ahora bien, en el año 2022, la Oficina de Control Interno, realizó auditoria de gestión, emanando informe final el 28/10/2022⁸, a la Delegada de Función Jurisdiccional y Conciliación, donde establece en el numeral 1.1.5, *“evidencia el incumplimiento de lo establecido en la Resolución 2021160000013752-6 del 28 de octubre de 2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, motivo por el cual en el numeral 2.4.3, procede a dejar una no conformidad donde manifiesta (...) “toda vez que las reuniones de autoevaluación no son desarrolladas de conformidad a los esquemas que se encuentran dispuestos en los artículos 2° y 3° de la resolución en comento” (...).*

Para lo cual la Oficina de Control Interno, procede a subir la no conformidad en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), quedando registrado con el Número 1569, sin que a la fecha se pueda observar que el proceso haya formulado el respetivo plan de mejoramiento, situación está que ha podido ser la causante que estas situaciones evidenciadas en el 2022, se continúen presentando en la actualidad, toda vez que no se implementó la mejora continua al interior del proceso, ni se observó que se hubiese realizado un análisis de causas para identificar las consecuencias que generaron la no conformidad en el 2022, situación está que ha conllevado al proceso a omitir la aplicación de lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual se establece *“¿Qué se obtiene de la autoevaluación MIPG? La autoevaluación MIPG permite generar alertas tempranas y orientar la gestión para cumplir con los objetivos y metas”*.

Así mismo, es importante señalar lo regulado en el Decreto 1499 del 2017⁹ (MIPG), y en concreto a lo definido a través de las Dimensiones No 2 y No 7, en donde se precisa:

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

⁸ <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/control/informes-institucionales#k=filename%3A%22IA%22#l=9226>

⁹ Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015

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

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

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

*[...] “se busca **que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales.** Se convierte, entonces, **la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación,** que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.*

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

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera la **No Conformidad N° 4. Debilidad en el cumplimiento de la Resolución 2021160000013752-6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”**, al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, así:

Incumplimiento a lo descrito en la Resolución N. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 “Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud”, en atención a que las reuniones de autoevaluación no se realizan de conformidad a los parámetros dispuestos en los artículos 2° y 3° de la resolución en comento; de igual forma no permite identificar la aplicación y el cumplimiento de lo establecido en las Dimensiones No. 2 “Direccinamiento Estratégico y Planeación” y dimensión No. 7 “Control Interno, al igual que la Política “Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional”.

6. Ejecución proyecto de inversión vigencia 2024

A la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, le fue asignado el proyecto de inversión denominado “**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**”, el cual cuenta con una asignación presupuestal de **\$841.649.952**, para la vigencia 2024, teniendo como **Objetivos Específicos** (i) “Facilitar el acceso en los territorios a la conciliación extrajudicial como mecanismo de resolución de los conflictos económicos que surjan entre los actores del SGSSS. (ii) Optimizar la resolución de las demandas presentadas por los actores del SGSSS frente a las barreras de acceso a los servicios de salud.”, qué, para cumplir dichos objetivos la Delegada estableció cuatro (4) actividades, así:

Distribución del presupuesto asignado a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, Vigencia 2024 – Rubro C_1906_0300_1.						
Actividad	Apropiación	Compromiso	Obligación	% compromiso	% Obligación	Saldo por comprometer
Elaborar las acciones requeridas para la realización de las pre-jornadas de conciliación	\$152.132.880	\$143.407.233	\$143.407.233	94,26	94,26	\$8.725.647
Elaborar las acciones realización de jornadas de la función de conciliación	\$419.636.760	\$412.015.076	\$412.015.076	98,18	98,18	\$7.621.684
Documento Metodológico Validado	\$44.793.912	\$40.044.933	\$30.164.933	89,40	67,34	\$4.748.979
Plan de trabajo	\$225.086.400	\$225.078.400	\$225.078.400	100,00	100,00	\$8.000
TOTAL	\$ 841.649.952	\$ 820.545.642	\$ 810.665.642	61,87%	61,87%	\$21.104.310

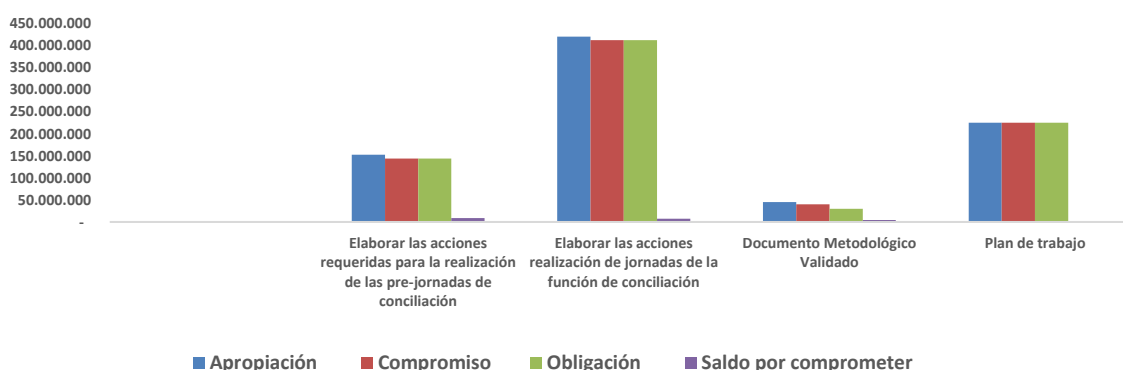
Fuente: aplicativo [Microsoft Power BI](#)

Ahora bien, para dar cumplimiento con la ejecución de los recursos asignados, se establecieron una serie de actividades que a continuación se detallan:

ACTIVIDAD	CONTRATO	OTROS	COMPROMISO	OBLIGACIÓN
Elaborar las acciones requeridas para la realización de las pre-jornadas de conciliación	38	-	\$46.938.433	\$46.938.433
	91	-	\$5.284.516	\$5.284.516
		Viáticos	\$91.184.284	\$91.184.284
	Total		\$143.184.284	\$143.184.284
ACTIVIDAD	CONTRATO	OTROS	COMPROMISO	OBLIGACIÓN
Elaborar las acciones realización de jornadas de la función de conciliación	38	-	\$85.392.745	\$85.392.745
	91	-	\$79.580.453	\$79.580.453
		Viáticos	\$247.041.878	\$247.041.878
	Total		\$412.041.878	\$412.041.878

ACTIVIDAD	CONTRATO	OTROS	COMPROMISO	OBLIGACIÓN
Documento Metodológico Validado	108	-	\$24.895.600	\$24.895.600
	177	-	\$15.149.333	\$5.269.333
	Total		\$40.044.933	\$30.164.933
ACTIVIDAD	CONTRATO	OTROS	COMPROMISO	OBLIGACIÓN
Plan de trabajo	107	-	\$38.532.000	\$38.532.000
	108	-	\$13.636.400	\$13.636.400
	34	-	\$74.100.000	\$74.100.000
	35	-	\$98.810.000	\$98.810.000
	Total		\$225.078.400	\$225.078.400

Fuente: Propia Oficina de Control interno con base en la información extraída del aplicativo [Microsoft Power BI](#)



Fuente: Propia Oficina de Control interno

En atención al seguimiento realizado, el equipo auditor, evidenció que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, como responsable de ejecutar los recursos asignados del proyecto de inversión **“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”**, logró una ejecución presupuestal a corte 31/12/2024 de **\$ 820.545.642**, teniendo en cuenta que le fueron asignados **\$841.649.952**, equivalente a un cumplimiento del **97%**, según la evidencia objetiva aportada por el proceso **“Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”**.

En atención a lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno ha evidenciado que, del presupuesto asignado al proyecto de inversión objeto de auditoría, se han asignado recursos por valor de **\$338.226.162** para viáticos, lo que representa un porcentaje del **40%**, del presupuesto total asignado a la Delegada.

Ahora bien, la Oficina de Control Interno en los diferentes informes de los acompañamientos realizados a las jornadas de conciliación extrajudicial en derecho llevadas a cabo por la Dirección de Conciliación, en los cuales ha resaltado **“el arduo trabajo que significa para la Dirección de Conciliación adelantar una jornada fuera de la sede central con el**

fin de prestar el servicio de conciliación, propiciando el acercamiento entre prestadores de servicios de salud y responsables del pago de estos servicios”.

De igual forma se ha reiterado la invitación en el sentido de que se analice la viabilidad de implementar los protocolos necesarios que permitan prestar el servicio de conciliación de manera remota o virtual atendiendo los preceptos de la Ley 2220 de 2022¹⁰. Donde se prevé lo referente a la forma en que se podrá llevar a cabo el proceso de conciliación¹¹, entre lo que se preceptúa lo referente al uso de las tecnologías de la información para estos efectos, al indicar entre otros que:

*“El proceso de conciliación se podrá realizar en forma **presencial, digital o electrónica o mixta**, para lo cual las partes deberán manifestar en la solicitud de conciliación o una vez citadas, la forma en que actuarán y si se acogen a la forma digital o electrónica o mixta, certificando que cuentan con la idoneidad y los medios tecnológicos necesarios” (...).*

“Para tal efecto dentro del año siguiente a la entrada en vigor de la presente ley los centros de conciliación y autoridades con funciones conciliatorias deberán adoptar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para garantizar la prestación del servicio de manera digital o electrónica. Para ello, deberá dar cumplimiento a los lineamientos y estándares dados por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el marco de la política de gobierno digital, o la que haga sus veces, y solo respecto de la función pública que cumplen”. (...). (Negrillas Extratextuales).

Ahora bien, el equipo auditor con el propósito de verificar el cumplimiento de esta función por parte del proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, procedió el 11/04/2025, mediante correo electrónico a solicitar el o los “*Documentos o Instrumentos, mediante el cual se adoptó el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para garantizar la prestación del servicio de manera digital o electrónica, esto en cumplimiento del artículo 6. “Formas de llevar a cabo el proceso de conciliación y uso de tecnologías de la información y las comunicaciones”, establecidas en la Ley 2220 de 2022 “Por Medio de la Cual se Expide el Estatuto de Conciliación y se Dictan otras Disposiciones”;* para lo cual el señor Director de Conciliación, procedió a dar respuesta de manera inmediata el mismo 11/04/2025, remitiendo copia de la Resolución Número 000535 del 11 de julio de 2023, “*Por medio de la cual se adopta el Instructivo para el manejo de audiencias virtuales en la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud mediante el uso de tecnologías de la información y de las comunicaciones*”, emanada por la Delegatura para la

¹⁰ “Por Medio de la Cual se Expide el Estatuto de Conciliación y se Dictan otras Disposiciones.”

¹¹ Artículo 6. Formas de llevar a cabo el proceso de conciliación y uso de tecnologías de la información y las comunicaciones.

Función Jurisdiccional y de Conciliación y documento denominado “*Protocolo de Instalación de Audiencias Dirección de Conciliación SNS*”.

Una vez analizada la documentación allegada por el proceso objeto de auditoría, se evidenció que la Resolución No. 000535 del 11/07/2023, manifiesta que se adopta un instructivo para el manejo de audiencias virtuales en la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, instrumento este que **no** fue aportado, de igual forma el instrumento denominado “protocolo”, no se actualizó desde el 2022, según “*Elaboró: Yoxxxx Rexxx. [sic] enero 2021 (última versión actualizada febrero 2022 con líderes del equipo jurídico)*”, esto demuestra que en dicho protocolo no está incluido lo manifestado en la Ley 2220 de 2022¹², la cual fue promulgada el 30 de junio de 2022. Posteriormente se contactó al Coordinador para que remitiera el respectivo instructivo del cual habla la resolución en comento.

Corolario con lo anterior, es importante tener en cuenta las directrices impartidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, establecidas en el Decreto No. 0199¹³ del 20/02/2024, en donde establece que:

ARTÍCULO 6. Prelación de encuentros virtuales. *Las entidades deberán promover y dar prelación a los encuentros virtuales y no presenciales sobre las actividades que impliquen desplazamiento físico de los servidores públicos, de manera que estos sean mínimos y plenamente justificados, indicando el rol que se cumplirá y la relación directa con las funciones. (...).*

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera reitera la Observación **Nº 3. Evaluar la pertinencia de dar aplicabilidad a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 2220 de 2022 y al Decreto 0199, Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto**, al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*” liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Lo anterior, para que se promueva e incentive el uso de las tecnologías de la información para efectos de llevar a cabo audiencias de conciliación extrajudicial en derecho en forma virtual o mixta, tal como lo promueve la Ley 2220 de 2022, para lo cual es importante gestionar los protocolos, guías y manuales que correspondan, garantizando la

¹² “Por Medio de la Cual se Expide el Estatuto de Conciliación y se Dictan otras Disposiciones.”

¹³ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=232990> Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2024 para los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación.

autenticidad, integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información. La presente observación, se formula con el objeto de facilitar el acceso de actores del SGSSS al servicio de conciliación, especialmente en territorios apartados de la geografía nacional, aunando, a promover la austeridad en el gasto donde se privilegien el uso de las tecnologías de la información, donde se debería gestionar con la Subdirección de Tecnología de la Información y demás procesos que se consideren pertinente.

7. 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 y seguimiento a los acuerdos de conciliación suscritos entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación
2	Por el buen diligenciamiento de los expedientes auditados al igual que por el acatamiento del debido proceso (derecho a la defensa y contradicción).	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación

N°	OBSERVACIONES	PROCESO
1	Identificar riesgos y diseñar los controles que mitiguen las causas identificadas como generadoras del riesgo.	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación
2	Identificar causas y diseñar controles que mitiguen las causas como generadoras de los riesgos de corrupción	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación
3	Redactar causas y definir la tipología de los controles de acuerdo con los lineamientos establecidos por el DAFP.	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación
4	Evaluar la pertinencia de dar aplicabilidad a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 2220 de 2022 y el Decreto 0199, Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto.	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación

N°	NO CONFORMIDADES	PROCESO
1	Debilidad en la formulación de las actividades clave de éxito, asociadas al proceso "Gestión Jurisdiccional y de Conciliación"	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación
2	Materialización del riesgo de gestión "Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley"	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación
3	Debilidad en el cumplimiento de la Resolución 2021160000013752-6 del 28/10/2021 "Por la cual se adoptan las reuniones de autoevaluación en la Superintendencia Nacional de Salud".	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación.

8. 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	No utilizar documentos sin que estos estén aprobados por el Sistema Integrado de Gestión, en caso de ser necesarios para el buen funcionamiento del proceso solicitar a la OAP su aprobación.	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación

Nº	RECOMENDACIONES	PROCESO
2	Dar cumplimiento a la programación de los planes de mejoramiento y evaluar la asignación de responsables	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación
3	Evaluar las circunstancias de tiempo y modo, de cada caso en particular en donde se ha producido la mora judicial.	Gestión Jurisdiccional y de Conciliación

9. RESPUESTA A RESULTADOS DE AUDITORÍA (HALLAZGOS y RECOMENDACIONES) DESDE EL PROCESO AUDITADO Y ANÁLISIS OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Respuesta del proceso auditado:

El Despacho del Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, líder del proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, allego el 5 de junio de 2025, memorando No. 20258000000056803, dando respuesta al memorando No. 20251400000054353 del 28 de mayo de 2025, sobre el informe preliminar de auditoría interna de gestión al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”, manifestando, “*de forma comedida, me permito exponer algunas observaciones y evidencias conducentes frente a las no conformidades vinculadas con el cumplimiento de los términos procesales, con miras a que sean evaluadas y tenidas en cuenta, previo a la emisión del informe final de auditoría*”.

(...)

“2. Análisis y evaluación al proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”.

2.4. Actividad clave de éxito “*Tramitar demandas*”

No conformidad No. 2

Debilidad en el cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad vigente, para proferir sentencia en primera instancia, al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

(...)

3. Evaluación de riesgos de gestión y corrupción del proceso “*Gestión Jurisdiccional y de Conciliación*”

No conformidad No. 3

Materialización del riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley” al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, liderado por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

(...)"

OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS

La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud es un actor protagónico en la administración de justicia en materias propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la medida que - como juez técnico de la salud - reconoce derechos y garantiza la prestación de servicios y tecnologías en salud con criterios especializados y con ponderación y racionalización del gasto en salud en el territorio nacional; asimismo, contribuye con el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para el desarrollo de sus funciones, la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación cuenta dentro de su organigrama con la Dirección de Procesos Jurisdiccionales, la cual, a su vez, cuenta con cinco (5) Grupos Internos de Trabajo¹⁴, así:

- 1. Grupo de Cobertura y Afiliaciones: Encargados del conocimiento y trámite de los asuntos referidos a la prestación directa de los servicios de salud: (literales a, c, d y e del artículo 6° de la Ley 1949 de 2019) – Término para fallar 20 días.*
- 2. Grupo de Reconocimiento Económico: Encargados del conocimiento y trámite de los asuntos referidos a la solicitud de reembolsos por los gastos en salud en que incurre el usuario, bajo las causales previstas en el literal b del artículo 6° de la Ley 1949 de 2019 - Término para fallar 60 días.*
- 3. Grupo de Glosas y Devoluciones: Encargados del conocimiento y trámite de los asuntos referidos al flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (literal f del artículo 6° de la Ley 1949 de 2019 - Término para fallar 120 días.*
- 4. Grupo de Informes Técnicos: Grupo transversal a los tres (3) primeros grupos, encargados de emitir informes técnicos en salud que soportan y acompañan cada una de las decisiones proferidas por el Despacho.*
- 5. Grupo de Secretaría: Grupo transversal a los tres (3) primeros grupos, encargados de recepcionar, clasificar, notificar, entre otras actuaciones propias del control y gestión de los procesos jurisdiccionales puestos en conocimiento de la Delegatura para la Función Jurisdiccional.*

La misión tutelar de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud es la de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando el acceso a los servicios de salud en condiciones óptimas de oportunidad, eficiencia y calidad.

¹⁴ Resolución 2022910010000677 - 6 del 23 de marzo de 2022 "Por la cual se crean unos Grupos Internos de Trabajo en la Dirección de Procesos Jurisdiccionales"

Ahora bien, dan cuenta los hallazgos 2 y 3 de la auditoría interna de gestión al proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación” de la debilidad en el cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad vigente para proferir sentencia en primera instancia, lo cual conllevó a la materialización del riesgo de gestión denominado “Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”.

Al respecto, cabe observar que, pese a los posibles inconvenientes que se puedan presentar en el cumplimiento de los términos procesales para emitir las sentencias de primera instancia, propias, por demás, de todos los despachos judiciales del país, no se puede desconocer la ingente – titánica, descomunal - labor que desarrolla la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional con miras a garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el acceso oportuno a los servicios de salud, según lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019.

Igualmente, observo que, la jurisprudencia constitucional ha definido las circunstancias en las cuales la mora judicial está justificada. En Sentencia T-364 de 2020, M.P. Cristina Pardo Schlesinger, la Corte precisó las circunstancias en que la mora se justifica y la tardanza de la autoridad judicial es excusable, así:

“(i) Cuando es producto de la complejidad del asunto y dentro del proceso se demuestra la diligencia razonable del operador judicial;

(ii) Cuando se constata que efectivamente existen problemas estructurales en la administración de justicia que generan un exceso de carga laboral o de congestión judicial; o

(iii) Cuando se acreditan otras circunstancias imprevisibles o ineludibles que impiden la resolución de la controversia en el plazo previsto en la ley”.

Por su parte y como corolario de lo anterior, la mora judicial injustificada ocurre cuando:

- (i) Se presenta un incumplimiento de los términos señalados en la ley para adelantar alguna actuación judicial;*
- (ii) No existe un motivo razonable que justifique dicha demora, como lo es la congestión judicial o el volumen de trabajo; y*
- (iii) La tardanza es imputable a la omisión en el cumplimiento de las funciones por parte de una autoridad judicial.*

Ahora, como paso a demostrarlo seguidamente, los asuntos judiciales que desarrolla la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud son

asuntos de indiscutible complejidad, a lo cual se suma al hecho – constatando incluso por la Corte Constitucional - de que el cumplimiento de los términos procesales está sujeto a aspectos estructurales de la Superintendencia Nacional de Salud, en tanto, existen problemas estructurales en la Superintendencia Nacional de Salud que generan un exceso de carga laboral o de congestión judicial al interior de esta Delegatura; de modo que la tardanza o incumplimiento de los términos no nos resulta imputable, ya que se trata de problemas estructurales que nos exime de cualquier responsabilidad en la tardanza para decidir los casos a nuestro cargo.

Conforme a ello y según se demostrará, los hallazgos 2 y 3 imputados resultan notoriamente injustificados y deben ser levantados en el informe final de la auditoría.

La siguiente gráfica muestra el número de providencias judiciales emanadas del Despacho del Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación durante el año 2024.

PROVIDENCIAS TRAMITADAS EN LA DELEGADA DE FUNCIÓN JURISDICCIONAL - 2024					
GRUPO DE TRABAJO	AUTOS (en general)	AUTO DECRETO DE MEDIDAS	SENTENCIAS	HECHOS SUPERADOS	TOTAL
Grupo de Cobertura y Afiliaciones	1691	538	668	464	3361
Grupo de Reconocimiento Económico	693	N/A	263	N/A	956
Grupo de Glosas y Devoluciones	233	N/A	35	N/A	268
Prestaciones económicas	145	N/A	3	N/A	148
Dirección de Procesos Jurisdiccionales	2762	538	969	464	4733

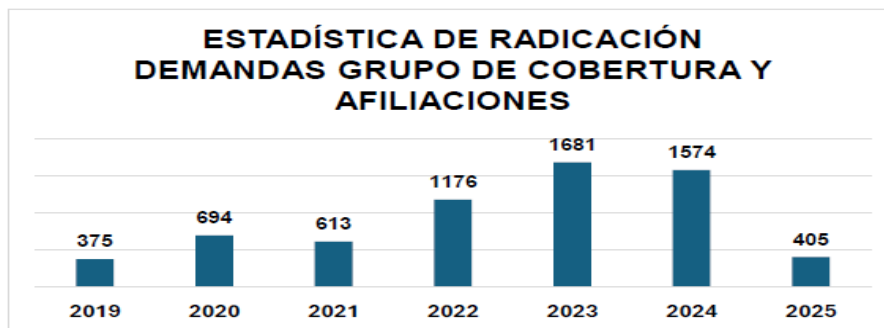
(...)

TOTAL DE PROVIDENCIAS TRAMITADAS POR ACTUACIÓN - 2024	
Autos	2762
Medida Cautelar	538
Sentencia	969
Hechos superados	464
TOTAL	4733

(...)

Ahora, vista la gestión de cada uno de los grupos funcionales de la Dirección de Procesos Jurisdiccionales, se advierte lo que sigue.

En materia de Cobertura y Afiliaciones, la siguiente gráfica permite apreciar el crecimiento exponencial que ha tenido este mecanismo judicial en lo relacionado con asuntos que involucran de manera directa los derechos fundamentales a la vida y la salud, a partir del año 2019 hasta el año 2024, observándose que de 613 procesos que se surtieron en el año 2021 se pasó a conocer de 1.681 procesos en el año 2023 y a 1.574 en el año 2024:



Así las cosas, es claro que los asuntos que impactan de manera directa los derechos fundamentales a la vida y a la salud han tenido un aumento considerable en los últimos años, especialmente, con posterioridad al rediseño institucional del año 2021, puesto que, según se observa, a partir de esa fecha el ingreso de demandas de cobertura y afiliaciones se incrementó a más del 100%, situación que implica una constante congestión del Grupo Interno de Trabajo de Cobertura y Afiliaciones.

Ahora, si bien el Grupo de Cobertura y Afiliaciones procura al máximo el cumplimiento de los términos procesales, en algunos casos profiere sentencia fuera del término de veinte (20) de días, por circunstancias que deben ser revisadas en cada caso particular; dentro de los que se destacan:

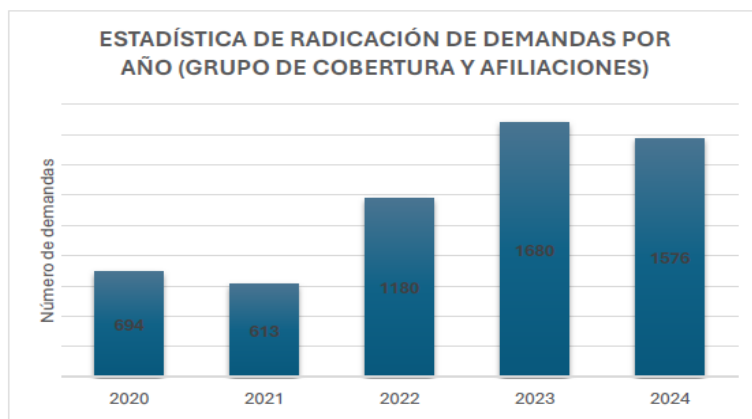
- *Inadmisión de la demanda.*
- *Complejidad del asunto.* Verbigracia, en un proceso de reafirmación de género o feminización, al tratarse de un tema novedoso y de impacto, se hace necesario indagar lo que determina la comunidad científica, las normas que regulan este tipo de procesos, las implicaciones jurídicas, además que dicha orden esté amparada por un informe técnico enjundioso del grupo interdisciplinar conformado por médicos especializados, etc. Igual sucede, por ejemplo, en casos en que se solicita el suministro de albergue en ciudades capitales para perdonas a ser trasplantadas, y en casos de suministro de insumos NO POS.
- *La revisión técnica por parte del grupo médico – científico.* Ilustro brevemente el tema: Cuenta la delegada con un grupo altamente competente de profesionales de la salud que apoya con informes médico-científicos para la toma de decisiones, lo cual conlleva análisis de documentación médica como historias clínicas, epicrisis, órdenes médicas, etc., lo cual conlleva un análisis minucioso del caso y un tiempo adicional en la resolución del caso.
- *El decreto y práctica de pruebas.*

- La resolución de excepciones previas.
- La resolución de nulidades procesales.

Todas estas son actuaciones que se deben surtir en cada uno de los procesos, previamente a emitir sentencia, so pena de nulidad.

En términos generales la Delegatura cumple cabalmente el término de veinte (20) días para fallar en este tipo de procesos, pero hay casos particulares que, por situaciones especiales, desbordan este término, situación que se explica por las razones expuestas.

De igual manera, es importante tener en cuenta que, ha venido en aumento la radicación de demandas en temas de Cobertura y Afiliaciones, como consecuencia de la intervención a EPS.



Así mismo, los Grupos de “Reconocimiento económico” y de “Glosas y Devoluciones” presentan complejidades que les son propias en el desarrollo de sus funciones, dada la especialidad de su temática, según se pasa a detallar.

En materia de glosas y devoluciones, la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación ha venido implementando acciones orientadas al adecuado flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo cual ha sido acogido de manera positiva por los distintos actores del sistema. Como prueba de ello, durante el periodo comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2024, periodo auditado, se recibieron setenta y siete (77) demandas relacionadas con controversias derivadas de glosas o devoluciones a las facturas por prestación de servicios de salud. El valor de las pretensiones acumuladas en dichos procesos ascendió a la suma de setenta y tres mil setenta millones ciento sesenta y cinco mil trescientos noventa y tres pesos moneda corriente (\$73.070.165.393), aproximadamente.

Durante este periodo se proferieron trescientas diecisiete (317) providencias judiciales en materia de glosas y devoluciones, así:

- Ciento cincuenta y un (151) decisiones dieron por finalizado el trámite jurisdiccional.
- Ello corresponde a procesos cuyas pretensiones sumaban sesenta y tres mil ciento cuarenta millones seiscientos setenta y cinco mil ciento cincuenta y tres pesos moneda corriente (\$63.140.675.153), aproximadamente.
- La finalización de estos procesos implicó el estudio pormenorizado de cincuenta y tres mil setecientos dieciséis (53.716) glosas o devoluciones a las facturas.
- De ellos, treinta y cinco (35) correspondieron a sentencias de fondo.
- Ciento siete (107) fueron decisiones de sustanciación y trámite.

Es pertinente destacar que los asuntos sometidos al conocimiento del Grupo de Glosas y Devoluciones presentan un elevado nivel de complejidad técnica y jurídica, lo que implica un análisis detallado no solo de cada una de las facturas presentadas, sino también de cada uno de los ítems objeto de glosa o devolución.

- Se entiende por glosa una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.
- La devolución es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.

(...)

Conforme con lo anterior, es incuestionable que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación no cuenta con el número de profesionales del derecho y de la medicina que requiere para cumplir sus funciones judiciales en los estrictos términos de Ley, lo cual, sin duda, es una debilidad institucional de la cual no puede responsabilizarse a esta Delegatura, en tanto, depende para su funcionamiento del personal que le suministre la alta dirección de la entidad. Pese a ello, la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación ha venido desplegando ingentes esfuerzos para atender el desarrollo de los procesos jurisdiccionales en los términos de Ley, procurando siempre garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el adecuado flujo de recursos dentro del Sistema de Salud.

De ahí la importancia de contar con los profesionales – médicos y abogados - suficientes que apoyen el desarrollo de la Función Jurisdiccional, fortaleciendo y optimizando los procesos jurisdiccionales, permitiendo atender oportunamente la demanda actual de los procesos que son de conocimiento de la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación; y que, a su vez, sirvan de apoyo en la estructuración de documentos que contengan líneas temáticas, técnicas y jurídicas aplicables a la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.

Cabe recalcar que, la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de Conciliación solamente cuenta con ocho (8) médicos, quienes se encargan de dar fundamento técnico científico a las decisiones de la Delegatura.

Ahora bien, el actuar la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud como único Juez Técnico de la Salud, ha demostrado ser eficiente, lo cual se demuestra con el creciente número de demandas recibidas año a año, tal y como se muestra a continuación:

VIGENCIA	Demandas Radicadas
2021	1.427
2022	1.893
2023	2.402
2024	2.126

Información tomada de las Bases de Seguimiento y Monitoreo de los Procesos Jurisdiccionales de la Delegatura para la Función Jurisdiccional y de conciliación (Corte 3 de junio de 2025)

	CONSOLIDADO RECIBIDO PROCESOS FUNCIÓN JURSDICCIONAL						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ENERO	234	173	113	138	194	191	204
FEBRERO	251	164	96	158	199	237	188
MARZO	216	149	107	140	167	194	120
ABRIL	197	71	132	111	119	205	98
MAYO	161	100	131	119	209	191	
JUNIO	158	130	126	151	184	158	
JULIO	181	141	107	134	208	184	
AGOSTO	167	131	140	187	258	173	
SEPTIEMBRE	192	123	142	184	202	195	
OCTUBRE	159	183	123	209	267	118	
NOVIEMBRE	151	134	110	183	192	129	
DICIEMBRE	181	145	100	179	203	151	
TOTALES	2248	1644	1427	1893	2402	2126	610

(...)

ASPECTOS JURISPRUDENCIALES RESPECTO AL DESARROLLO DE LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERSALUD.

La situación fáctica antes descrita resulta tan evidente que, la propia Corte Constitucional en múltiples providencias, varias de ellas de unificación de jurisprudencia, al analizar el requisito de procedibilidad de la acción de tutela frente a acasos concretos, y, específicamente, en lo relacionado con el de la requisito de subsidiariedad, ha recabado que, si bien el trámite jurisdiccional ante la Supersalud es el mecanismo principal y prevalente para que los usuarios del Sistema de Salud soliciten la protección de su derecho fundamental a la salud en los casos previstos en la Ley 1949 de 2019, este mecanismo presenta algunos vacíos, pese a las reformas normativas introducidas por las Leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019, entre los cuales enuncia:

- (i) No existe término para proferir la decisión de segunda instancia, lo que prolonga el tiempo para la protección del derecho;*
- (ii) No se establece en qué efecto se concede la impugnación;*
- (iii) Sólo procede ante la negativa por parte de las EPS y no en aquellos casos en los cuales existe una omisión o un silencio,*
- (iv) No determina garantías para el cumplimiento de la decisión, y*
- (v) La ampliación de la agencia oficiosa es más rigurosa en el trámite ante la Superintendencia.*

(...)

*En Sentencia **T-224 de 2020** la Corte Constitucional señala las condiciones en las que operaba el mecanismo jurisdiccional para la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud que se encuentra a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. En dicho proveído advierte la Corte que, para que un mecanismo que tenga ese objetivo garantice verdaderamente el derecho a la salud debe cumplir dos condiciones mínimas:*

- (i) debe ser un recurso a disposición de cualquier persona que proteja y garantice materialmente el goce efectivo del derecho; y*
- (ii) la protección ofrecida debe ser pronta y cumplida.*

De lo contrario, no solo se obstruye el goce del derecho a la salud, sino también el derecho al acceso a la administración de justicia.

Además, la sentencia T-224/208 propone una serie de medidas para mejorar la eficacia del mecanismo jurisdiccional, entre ellas:

- *Aumentar la presencia institucional de la SNS en todo el territorio nacional.*
- *Valorar la demanda por un profesional de la salud.*
- *Crear un sistema de gestión de casos que permita agilizar la resolución de los conflictos.*
- *Fortalecer la capacitación de los funcionarios de la SNS en temas relacionados con la función jurisdiccional.*

En la memorada sentencia la Corte Constitucional hace un análisis de la realidad de la aplicación del mecanismo jurisdiccional a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud recalcando una serie de retos que afectan su idoneidad y/o eficacia en un espectro amplio de casos en los que se solicita la protección del derecho a la salud

En ese orden de ideas, la Sala enfatizó la importancia que tiene la existencia de un mecanismo judicial de carácter técnico y especializado para la protección del derecho a la salud. No es ideal, en este sentido, que los jueces de tutela sean los que de forma ordinaria y frecuente resuelvan disputas en las que los usuarios del Sistema de Salud consideran que se desconoce su derecho a la salud. La Ley 1122 de 2007 le asignó funciones jurisdiccionales a la Supersalud precisamente con este objetivo en mente: La creación de un mecanismo ágil, eficiente y técnico para resolver conflictos relacionados con el derecho a la salud. Por esta razón, el diseño del mecanismo involucra a profesionales de la salud en el trámite de las demandas que son presentadas ante la entidad. Son ellos quienes pueden valorar las controversias desde una perspectiva científica que comprenda los detalles médicos de cada caso en relación con los riesgos que recaen sobre la salud, la vida y la integridad de los pacientes y la forma óptima de afrontarlos.

(...)

Finalmente, es importante precisar que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, es un único despacho a nivel nacional que conoce de los temas contemplados en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, lo que implica la existencia de un gran número de procesos en curso, y que hace muy difícil cumplir estrictamente con el término procesal fijado en la Ley, ya que, sin duda, el número de procesos desborda ampliamente la capacidad resolutoria de los funcionarios asignados al efecto, no obstante la ardua y tesonera labor de todos y cada uno de los funcionarios que componen la SDFJC.

De otra parte, los asuntos relacionados en los literales a), c), d) y e) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 y sus modificaciones, tienen que ver con riesgos al acceso efectivo a los servicios de salud; en tanto que los literales b) y f), revisten un contenido económico, vale decir que no tiene contenido prestacional relacionado con riesgo a la salud y la vida del usuario. Esta tipología es importante, pues constituye un criterio de priorización de los procesos por parte de esta Superintendencia, en tanto se debe dar prioridad a los asuntos asistenciales sobre los meramente económicos. Aunado a

ello, es importante resaltar que este Despacho tramita y gestiona los procesos radicados ante este Despacho en orden cronológico.

(...)

Así mismo, no puede perderse de vista que esta instancia profiere autos como sentencias que impactan la productividad del Despacho, y que se ha hecho todo lo humanamente posible para atender con prioridad y en un término razonable cada asunto.

(...)

En tal orden, es evidente que el solo vencimiento de los términos legales no implica **per se** la formulación de reproche (responsabilidad objetiva), sino que se requiere que el mismo se muestre injustificado, circunstancia que no acontece en la resolución de los procesos durante el periodo auditado, dado que la cantidad de trabajo y demás circunstancias fácticas antes reseñadas, han impedido que en todos los casos estos sean evacuados dentro de los términos legales.

(...)

En tal sentido, es dable concluir que, la finalización de más de **1433** procesos, y el trámite de más de innumerables autos de trámite y sustanciación durante el año 2024, demuestran que la labor desempeñada por esta instancia conlleva esfuerzo, dedicación y compromiso en el ejercicio de las funciones jurisdiccionales confiadas, y que, si bien se pudo presentar alguna tardanza en el trámite de algunos asuntos, ello se debió a la imposibilidad física y humana para evacuar en forma oportuna la totalidad de los asuntos sometidos a su conocimiento, deviniendo en un elemento de irresistibilidad.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

Ante la respuesta emitida por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, como líder del proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno se permite aclarar en lo referente a:

No conformidad No. 2. Debilidad en el cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad vigente, para proferir sentencia en primera instancia.

Si bien es cierto lo esgrimido por el proceso en el sentido de que, en varias sentencias de la Corte Constitucional, se ha establecido que “la mora judicial ha sido definida por la jurisprudencia constitucional como un “fenómeno multicausal, muchas veces estructural, que impide el disfrute efectivo del derecho de acceso a la administración de justicia, y que se presenta como

resultado de acumulaciones procesales estructurales que superan la capacidad humana de los funcionarios a cuyo cargo se encuentra la solución de los procesos”.

También lo es que, en atención a la muestra de expedientes auditados, se ha identificado mora en la expedición de sentencias de primera instancia, en atención a lo preceptuado en los términos previstos en la Ley 1949 de 2019, situación está que como lo ha manifestado la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-224 de 2020¹⁵ *“Frente a la tardanza o mora por parte de los jueces en el cumplimiento de los términos judiciales, esta Corte ha determinado que es posible promover acción de tutela para reclamar la protección de los derechos fundamentales al debido proceso y al acceso a la administración de justicia, debido a que estos pueden resultar afectados por dicha omisión judicial. En estos eventos, corresponde al juez constitucional determinar si se trata de un caso de mora judicial justificada o injustificada, teniendo en consideración que son hipótesis que surgen por distintas causas y tienen diferentes implicaciones. En ese sentido, este tribunal ha reiterado que “no toda mora judicial implica la vulneración de los derechos fundamentales de una persona, pues el juez de tutela debe verificar si se incurre en un desconocimiento de plazo razonable y la inexistencia de un motivo válido que lo justifique. Para tal efecto, deberán examinarse, en cada caso concreto, las condiciones específicas del asunto sometido a decisión judicial, evaluarse si existe o no una justificación debidamente probada que explique la mora, y evidenciarse si el interesado “ha obrado con diligencia y cumplido a cabalidad la totalidad de sus obligaciones constitucionales y legales, de modo tal que la demora en decidir sea para él el resultado de un estado de cosas singularizado y probado que se constituya en motivo insuperable de abstención (...) subrayado fuera de texto.*

Con base en lo anterior, se atiende favorablemente la solicitud elevada desde la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, por lo cual **se procede a eliminar la no conformidad No. 2**, y dejarla como **RECOMENDACIÓN**, con el propósito que el proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, adelante las gestiones que sean necesarias ante la Alta Dirección, con el propósito que se dé aplicabilidad y cumplimiento a lo establecido en la aludida sentencia, en atención a lo establecido por la Corte Constitucional, así:

(...)

3.3.3. “El mecanismo jurisdiccional a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud debe incorporar una serie de elementos para contribuir a asegurar su idoneidad y eficacia”

“En primer lugar, la presencia institucional de la Supersalud a lo largo del territorio nacional debe aumentar en el tiempo. Para tal efecto, la entidad, en coordinación con el Gobierno nacional, debe buscar alternativas presenciales o virtuales que materialicen este objetivo. Por ejemplo, una

¹⁵ <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/t-224-20.htm>

alternativa eficiente consistiría en facilitar y garantizar la posibilidad de iniciar el proceso respectivo a través de Internet en áreas alejadas de las oficinas regionales que existen en la actualidad, así el interesado no tenga acceso directo al servicio. Esto exigiría (i) establecer puntos de acceso a Internet suficientes, adecuados y funcionales, donde se asegure que toda persona pueda interponer su escrito de forma virtual sin barreras de ningún tipo, por más de que no tenga acceso al servicio, por ejemplo, en su hogar o lugar de trabajo; y (ii) disponer, en tales puntos, de mecanismos que garanticen que si la persona interesada no domina las tecnologías de la información y las comunicaciones, pueda de todas formas presentar su demanda, por ejemplo, gracias a la asesoría de un funcionario de la Supersalud o de otro mecanismo idóneo. Estas particularidades a las que se puede enfrentar un usuario del Sistema de Salud, relacionadas, por ejemplo, con el acceso a Internet o su dominio de las tecnologías, no pueden ser un obstáculo para que acceda al recurso de defensa ante la Supersalud. En relación con las oficinas y sedes físicas, la Supersalud debe asegurar la presencia de personal suficiente y capacitado, para garantizar que, desde el momento de la radicación de la demanda, su trámite sea el más ágil posible.

(...)

Finalmente, en sexto lugar, para que el mecanismo adquiera la eficacia y la idoneidad suficientes en un espectro amplio de casos particulares, es indispensable que la Supersalud sea dotada con la infraestructura y el personal que son necesarios para que el tiempo que tarda un proceso ante la entidad se disminuya de manera clara, continua y sostenida. Sin perjuicio del término máximo de veinte días que establece la nueva legislación, existen casos, en los que, ante un riesgo particular sobre la vida, la salud o la integridad de las personas, este término podría resultar en exceso gravoso y, por consiguiente, la duración del proceso no debería ser superior al plazo máximo de diez días que cualquier juez de la República tiene para fallar una acción de tutela”.

Ahora bien, con atención a la **No conformidad N. 3 Materialización del riesgo de gestión “Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”**

Ante la respuesta emitida desde la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación como líder del proceso “Gestión Jurisdiccional y de Conciliación”, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno concluye que los resultados obtenidos con la evaluación realizada, se materializó en riesgo de gestión identificado por el proceso objeto de auditoría, motivo por el cual se **mantiene la no conformidad N. 3**, (la cual pasaría hacer la No. 2), lo anterior para que la Delegada en aplicación del autocontrol realice el respectivo análisis de causas y evalúe la pertinencia de continuar con el mismo riesgo o de aplicar controles que sean contundentes para evitar la materialización de los riesgos, al igual es importante que se valore acudir a la segunda línea de defensa de MIPG para que con su asesoría y acompañamiento se realice un efectivo diagnóstico de riesgos en aplicabilidad de las políticas establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, conforme con las observaciones realizadas y el anexo de evidencias por el proceso auditado, las cuales una vez fueran valoradas por los auditores y en los casos pertinentes se acogió la solicitud y se eliminaron o modificaron los hallazgos, en otros que no se aportaron evidencias objetivas o que el aporte realizado no conducía a eliminar la causa raíz del hallazgo, se procedió a confirmarlas, estas actuaciones se reflejaron en el numeral 7 denominado Resumen ejecutivo de los resultados de la auditoria del presente informe.

10. Conclusiones

- La auditoría se realizó en aplicabilidad al Plan Anual de Auditorías y Seguimiento para la vigencia 2025, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con el fin de conocer el grado de cumplimiento de las actividades clave de éxito priorizadas por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, concluyendo que se cumplió con el objetivo planteado, esto es, dar a conocer a la Alta Dirección el desempeño del proceso, de conformidad con la normatividad tanto interna como externa vigente, dentro del tiempo definido como alcance para la presente auditoría, para lo cual se contó con la permanente colaboración de los líderes de las actividades claves de éxito y los enlaces designados, lo anterior encaminado a procurar la mejora continua en tan importante proceso institucional.
- La auditoría 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.
- La Oficina de Control Interno, en razón de la verificación efectuada por su equipo auditor designado, pudo concluir que la Gestión Jurisdiccional y de Conciliación en la Superintendencia Nacional de Salud, resulta ser tan amplia que para su adecuada ejecución requiere de la concurrencia de distintos factores como lo son el talento humano, sistemas de información, aplicación de modelos de gestión y recursos financieros, entre otros, que permitan la consecución de los cometidos para fallar en derecho para garantizar el acceso a la salud y un eficiente flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, actuando como ente Conciliador de oficio o a petición de parte, en los conflictos derivados de las obligaciones generadas en el Sistema General Seguridad social en Salud.

- La auditoría de gestión realizada en calidad de tercera línea de defensa por parte de la Oficina de Control Interno, permitió conocer cómo en la vigencia 2024, las actividades claves de éxito *“Formular herramientas y estrategias para la función de conciliación”*; *“Establecer líneas de dirección técnicas y jurídicas para la función Jurisdiccional”*; *“Tramitar solicitudes de conciliación”* y *“Tramitar demandas”*, desarrollan la labor encomendada, para lo cual en cada caso se identificaron aspectos que con sujeción a los criterios de auditoría tenidos en cuenta, se concluyeron conformes; muestra de ello es lo referente al cumplimiento y seguimiento a los acuerdos de conciliación suscritos entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), al igual que el buen diligenciamiento de los expedientes auditados y el acatamiento del debido proceso (derecho a la defensa y contradicción).
- No obstante, lo anterior, de igual forma se detectaron oportunidades de mejoramiento, principalmente en lo que refiere al cumplimiento de términos legales previstos para el estudio de la demanda y posterior emisión de las sentencias, situación está que ha coadyuvado a la materialización del riesgo de gestión *“Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad en el trámite jurisdiccional debido a la no aplicación de los términos establecidos en la ley”*, tal y como se documentó en el presente informe.
- De este modo la Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones, presenta ahora los resultados de esta auditoría, posibilitando que el proceso auditado pueda conocerlos y considerarlos, emprendiendo las acciones de mejora respectivas que eliminen la causa raíz que dieron origen a las debilidades detectadas y en consecuencia procurando el mejoramiento continuo en beneficio de los intereses de la Superintendencia Nacional de Salud, usuarios y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Los hallazgos *“Conformidades, Observaciones y No conformidades”*, así como, las *“Recomendaciones”* derivadas del ejercicio auditor plasmadas en el presente informe de auditoría, se realizan 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.

Las recomendaciones y hallazgos (conformidades, observaciones y no conformidades) que por medio del presente informe se exponen, se formulan en ejercicio del rol de *“Enfoque hacia la prevención”* legalmente asignado a las Oficinas de Control Interno, a través del Decreto 648 de 2017, con el fin precaver situaciones que puedan continuar afectando el proceso objeto de evaluación 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 como: “dos (2) conformidades, cuatro (4) observaciones y tres (3) No Conformidades”, los cuales serán incorporados en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), por lo que la Oficina de Control Interno solicita a los líderes responsables de realizar los planes de mejoramiento, que 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 – Procedimiento “Ejecutar Plan de Mejoramiento”, donde se establece que “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 máximo de **15 días hábiles** para identificar la acción o tratamiento de mejora a aplicar la cual debe estar cargada y aprobada en el aplicativo”, los cuales estarán encaminados a subsanar las situaciones evidenciadas y a los que la Oficina de Control Interno realizará seguimiento posterior. Negrillas Extratextuales.

Cordialmente,

Angela Ines Barbosa Pacheco
Jefe de Oficina Control Interno (e)

Elaboró: Luis Alberto Triana Lozada, Profesional Especializado OCI
Revisó y aprobó: Angela Ines Barbosa Pacheco, Jefe de Oficina Control Interno (e)