

Fecha del Informe de Seguimiento	Día	30	Mes	01	Año	2026
Nombre de la actividad	Seguimiento Evaluación Dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud					
Objetivo del Seguimiento	Evaluar y establecer el grado de cumplimiento de las actividades definidas en el Plan Anual de Gestión por parte de las dependencias que integran la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de la vigencia 2025.					
Alcance	Plan Anual de Gestión de la vigencia 2025 de la Superintendencia Nacional de Salud.					
Criterios	1. Decreto 648 del 19 de abril de 2017, “<i>Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública</i>”, artículo 2.2.21.4.9 “Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación: (...) e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004”. 2. Ley 909 de 23 de septiembre de 2004, “<i>Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones</i>”, artículo 39. 3. Acuerdo 6176 del 10 de octubre de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, “<i>Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba</i>”. 4. Decreto 1080 del 10 de septiembre 2021 “<i>Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud</i>” y demás que la aclare, modifique, complemente o revoque. 5. Resolución 2024120000015746-6 del 11 de diciembre de 2024 “<i>Por la cual se adopta el Plan Anual de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2025</i>”. 6. Procesos y procedimientos aprobados en la Entidad. 7. Las demás que sean aplicables en desarrollo del seguimiento.					
Equipo Evaluador	Myriam Teresa Cristancho A. - Profesional Especializado Cesar David Rodríguez R. - Profesional Universitario Luis Eduardo Perdomo L. - Profesional Especializado Adriana Bello C. - Profesional Especializado Pablo Vergara G. - Profesional Especializado Ana María Ángel A. - Profesional Especializado Luz Nidia Pacheco A. – Profesional Especializado					
Tabla de Contenido	1. INFORME2 2. RECOMENDACIONES5 3. OBSERVACIONES:12 4. CONCLUSIONES13					

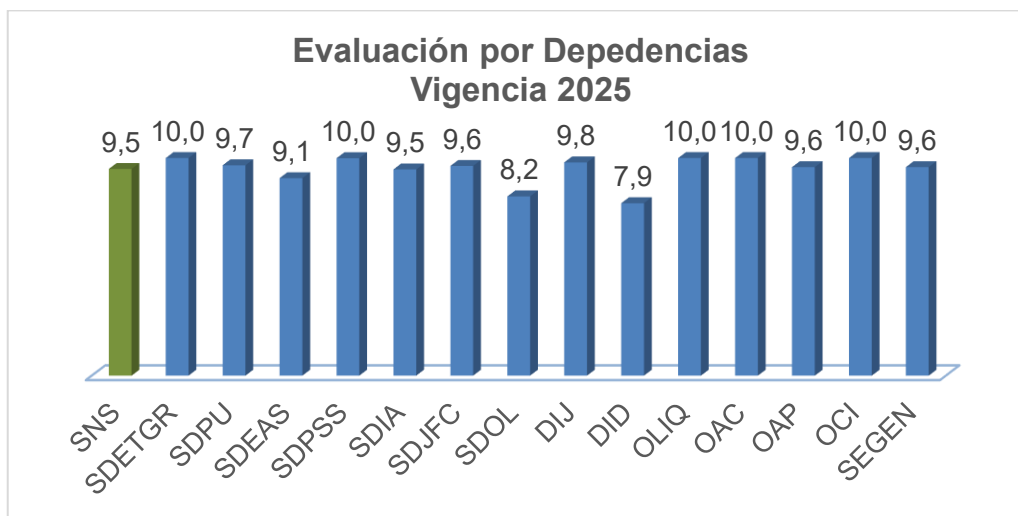
1. INFORME

En atención al Decreto 648 de 2017, en su Artículo 2.2.21.4.9 indica que: “(...) Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación: (...) e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004”, el cual señala: (...)

“El jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento”.

La Oficina de Control Interno, con fundamento en lo anteriormente descrito, realizó evaluación de las actividades e indicadores formulados en el Plan Anual de Gestión – PAG correspondiente a la vigencia 2025, esto de conformidad con la evidencia aportada por cada una de las dependencias en el aplicativo dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación (SharePoint).

Como producto de la evaluación realizada, a continuación, se presentan los respectivos resultados, siendo diez (10) la calificación más alta:



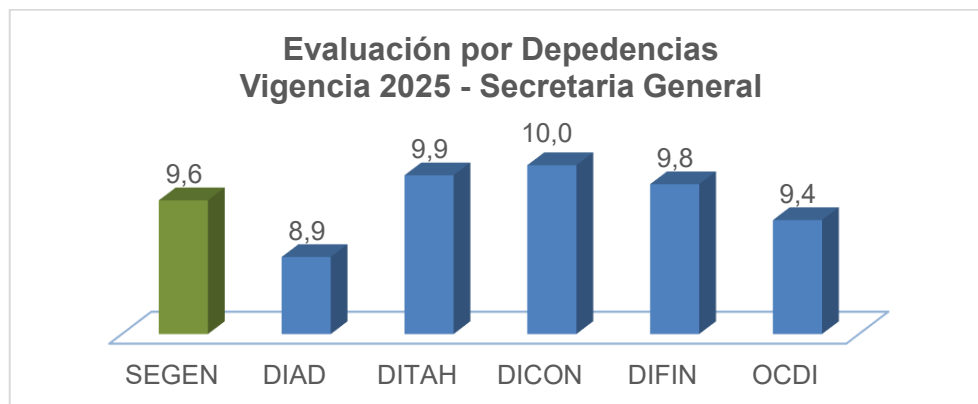
SIGLA	DEPENDENCIA
SNS	DESPACHO DEL SEÑOR SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD (Calificación Promedio Entidad)
SDETGR	Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores y Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
SDPU	Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario
SDEAS	Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud
SDPSS	Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios en Salud
SDIA	Superintendencia Delegada de Investigaciones Administrativas
SDJFC	Superintendencia Delegada Función Jurisdiccional y de Conciliación
SDOL	Superintendencia Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos
DIJ	Dirección Jurídica
DID	Dirección de Innovación y Desarrollo
OLIQ	Oficina de Liquidaciones
OAC	Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional
OAP	Oficina Asesora de Planeación

SIGLA	DEPENDENCIA
SNS	DESPACHO DEL SEÑOR SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD (Calificación Promedio Entidad)
OCI	Oficina de Control Interno
SEGEN	Secretaría General (Calificación Promedio Dependencias adscritas)

Fuente: Construcción propia Oficina de Control Interno

Es importante aclarar que, para la calificación correspondiente al Despacho de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un promedio de todas las dependencias (14) de la Entidad, ya que, en el Plan Anual de Gestión, no se tienen definidas actividades para el Despacho.

En lo referente a la Secretaría General, se realizó promedio respecto de la calificación obtenida por las siguientes dependencias: Dirección Administrativa, Dirección de Talento Humano, Dirección de Contratación, Dirección Financiera y Oficina de Control Disciplinario Interno, tal como se observa en el siguiente gráfico:



SIGLA	DEPENDENCIA
SEGEN	SECRETARÍA GENERAL
DIAD	Dirección Administrativa
DITAH	Dirección de Talento Humano
DICON	Dirección de Contratación
DIFIN	Dirección Financiera
OCDI	Oficina de Control Disciplinario Interno

Fuente: Construcción propia Oficina de Control Interno

Con el fin de que se verifique la metodología de evaluación, se adjunta archivo Excel denominado “Consolidado Ev. Dep. PAG SNS 2025”, el cual contiene la calificación por dependencias y la verificación de las actividades incorporadas en el Plan Anual de Gestión - PAG de la vigencia 2025.

En relación con la calificación promedio obtenida (9.5), por la Entidad para la vigencia 2025 la Oficina de Control Interno, con base en la evidencia documental suministrada, identifica y detalla las dependencias que no alcanzaron el nivel de ejecución requerido.

✓ **Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario.**

Se observó que fueron programadas ocho (8) actividades, precisando que cinco (5) se cumplieron al 100% y las tres (3) restantes (Actividades N. 1, 4 y 5) obtuvieron calificación de 7.6, 9.9 y 9.9 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 97%.

✓ **Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud.**

Se observó que fueron programadas cinco (5) actividades, precisando que ninguna cumplió al 100% y las actividades N. 1, 2, 3, 4, y 5 obtuvieron calificaciones de 9.8, 8.9, 8.8, 8.5 y 9.4 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 91%.

✓ **Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud.**

Se observó que fueron programadas quince (15) actividades, precisando que catorce (14) se cumplieron al 100% y una (1) restante (Actividad N. 2) obtuvo una calificación de 9.9, dando como resultado una ejecución del 99%.

✓ **Superintendencia Delegada de Investigaciones Administrativas.**

Se observó que fueron programadas cinco (5) actividades, precisando que tres (3) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 2 y 5) obtuvieron calificación de 9.6, y 7.8 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 95%.

✓ **Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.**

Se observó que fueron programadas ocho (08) actividades, precisando que cinco (5) se cumplieron al 100% y las tres (3) restantes (Actividades N. 1, 2, y 4) obtuvieron calificación de 8.6, 8.6, y 9.9 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 96%.

✓ **Superintendencia Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos.**

Se observó que fueron programadas ocho (8) actividades, precisando que dos (2) se cumplieron al 100% y las seis (6) restantes (Actividades N. 1, 2, 3, 4, 5 y 7) obtuvieron calificación de 3.3, 8.0, 8.5, 9.1, 8.5 y 8.5(respectivamente), dando como resultado una ejecución del 82%.

✓ **Dirección Jurídica.**

Se observó que fueron programadas doce (12) actividades, precisando que siete (7) se cumplieron al 100% y las cinco (5) restantes (Actividades N. 1, 2, 5, 8 y 12) obtuvieron calificación de 9.4, 9.7, 9.9, 9.7 y 8.9 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 98%.

✓ **Dirección de Innovación y Desarrollo.**

Se observó que fueron programadas trece (13) actividades, precisando que ninguna cumplió al 100%, y las actividades N. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 obtuvieron calificaciones de 8.0, 6.0, 8.0, 6.0, 8.0, 8.0, 9.5, 9.5, 8.0, 8.0, 8.0, 8.0, 8.0, dando como resultado una ejecución del 79%.

✓ **Oficina Asesora de Planeación**

Se observó que fueron programadas seis (6) actividades, precisando que tres (3) se cumplieron al 100% y las tres (3) restantes (Actividades N. 1, 2 y 5) obtuvieron calificación de 9.7, 9.7 y 8.1 (respectivamente). dando como resultado una ejecución del 96%.

✓ **Dirección Administrativa**

Se observó que fueron programadas ocho (8) actividades, precisando que ninguna cumplió al 100%. y las actividades N. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 obtuvieron calificaciones de 9.5, 7.0, 9.8, 9.5, 9.5, 7.5, 9.0 y 9.5 dando como resultado una ejecución del 89%.

✓ **Dirección de Talento Humano**

Se observó que fueron programadas cinco (5) actividades, precisando que tres (3) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 1 y 4) obtuvieron calificación de 9.8 y 9.6 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 99%.

✓ **Dirección Financiera**

Se observó que fueron programadas seis (6) actividades, precisando que cinco (5) se cumplieron al 100% y una (1) restante (Actividad N. 6) obtuvo una calificación de 8.7 dando como resultado una ejecución del 98%.

✓ **Oficina de Control Disciplinario Interno**

Se observó que fueron programadas cuatro (4) actividades, precisando que dos (2) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 2 y 4) obtuvieron una calificación de 8.0 y 9.4 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 94%.

2. RECOMENDACIONES

2.1. Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 100%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

Se observan debilidades recurrentes en el diseño metodológico, la forma de cálculo y el registro de los indicadores, lo cual limita su capacidad para reflejar de manera objetiva, comparable y verificable el desempeño institucional. Aunque estas situaciones no desconocen la ejecución de las actividades, sí reducen la confiabilidad y utilidad de los indicadores como instrumentos para el seguimiento, el control y la toma de decisiones, por lo que se requiere su revisión y estandarización.

Asimismo, el análisis de evidencias muestra debilidades en la disponibilidad, organización y trazabilidad de los soportes. En varios casos no fue posible acceder a repositorios o enlaces; se identificó ausencia de carpetas para cortes específicos, restricciones de permisos y archivos no relacionados con las actividades reportadas. También se evidenciaron inconsistencias entre lo informado en las matrices de seguimiento y lo efectivamente soportado, afectando la verificabilidad y validación de los resultados.

Las observaciones específicas por indicador se encuentran en el archivo “Consolidado Ev. Dep. PAG SNS 2025”, parte integral del informe.

2.2. Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 97%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

Se recomienda verificar la consistencia entre la información reportada, la evidencia cargada en SharePoint y la documentación presentada por el área, a fin de garantizar una medición clara, oportuna y articulada con el análisis del proceso en la herramienta institucional. Así mismo, se debe asegurar la suficiencia y pertinencia de la evidencia (p. ej., actas que respalden listas de asistencia, informes de auditoría que acrediten autos y actas), de modo que se demuestre la ejecución real de las actividades. Se observó, adicionalmente, el aporte de documentos que no coinciden con lo reportado en SharePoint, aspecto que debe corregirse para fortalecer la trazabilidad.

De otra parte, se identificaron inconsistencias en las fórmulas de indicadores (caso GM05) y metas sobre indicadores dependientes de la demanda (RL06, RL24), por lo que se recomienda revisar la definición, estructura metodológica y análisis del resultado. En los indicadores con resultados superiores al 100% se sugiere verificar planificación, formulación y capacidad operativa.

2.3. Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 91%. El análisis integral evidencia un desempeño anual mayormente favorable, con cumplimiento sostenido de la mayoría de las metas. Los indicadores TR06, AT12 y CT28 presentaron resultados positivos en tres de los cuatro trimestres, reflejando eficiencia y capacidad de recuperación ante rezagos o contingencias. Por su parte los indicadores SE35 y CT04 mostraron comportamiento variable con incumplimientos asociados a cargas operativas extraordinarias, cambios administrativos, requerimientos judiciales y limitaciones de recurso humano.

En conjunto, los resultados evidencian avances significativos en los procesos de inspección, vigilancia, auditoría y seguimiento, aunque se requiere fortalecer la capacidad operativa, la estabilidad del personal y la disponibilidad de recursos para asegurar un cumplimiento más homogéneo y sostenido.

2.4. Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 100%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

1. La herramienta no define de manera expresa la evidencia requerida para soportar el cumplimiento de las actividades. Se recomienda establecer el registro que identifique el archivo correspondiente.
2. En indicadores como el CT05, se evidencian actos administrativos mediante los cuales se ordena la ejecución de la actividad. Sin embargo, en el registro destinado a verificar su cumplimiento se adjunta dicho acto y no el informe específico que soporte la ejecución real de la actividad en tiempo y lugar.
3. En el indicador AT03 se evidenció incumplimiento en la oportunidad del reporte, lo que generó incumplimiento de la meta del período.
4. En los indicadores SE38 y SE39 se observan resultados superiores al 100% (sobrecumplimiento). Se recomienda revisar la planificación inicial y ajustar metas futuras para evitar sobreestimaciones, promoviendo mejora continua.
5. En el indicador CT06 la periodicidad definida es semestral, pero se evidenciaron mediciones trimestrales o bimensuales y metas inconsistentes (20% y 100% en el mismo período), por lo que se requiere revisión de la formulación metodológica.
6. Se identifican debilidades transversales en la formulación de numerador y denominador en SharePoint, en tanto la herramienta permite metas distintas a las definidas en el PAG.
7. El PAG 2025 contempla indicadores de eficacia y eficiencia; no obstante, según la Guía de Indicadores del DAFP, deben incluirse indicadores de resultado, efectividad, producto e impacto. En consecuencia, se recomienda complementar el PAG con dichos tipos de indicadores para su alineación al MIPG y una evaluación integral del desempeño.
8. En los indicadores: AT03, SE06, SE05, TR05 y TR07, son indicadores demanda y según la Guía de Indicadores del DAFP, presentan inconvenientes significativos para el control interno y la toma de decisiones públicas en la entidad, toda vez que permiten la manipulación de metas al no contar con una planificación estructurada.

2.5. Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 95%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

En los indicadores CT31, CT32, GF02-D, CT25 y CT29 se evidenciaron inconsistencias entre cifras reportadas y soportes (diferencias de numeradores, denominadores y universos); errores en la aplicación de fórmulas (mezcla de periodos, inversión de variables y uso de datos fuera del periodo/unidad definidos); modificación no formalizada de frecuencia y unidad en CT31; ausencia de soportes esenciales; cargos incompletos en SharePoint; y registros presupuestales

inconsistentes en GF02-D. Estas situaciones afectan la confiabilidad, la coherencia temporal y la trazabilidad, pudiendo generar conclusiones imprecisas sobre la gestión del proceso.

Se recomienda fortalecer la construcción, validación y reporte de indicadores mediante controles previos; documentar la metodología operativa (criterios de numerador, denominador y universo); asegurar el cargue completo, oportuno y verificable de evidencias en SharePoint; formalizar cualquier cambio de frecuencia, fórmula o unidad con la Oficina Asesora de Planeación; y corregir mediciones con inconsistencias, dejando trazabilidad e implementando seguimiento periódico.

2.6. Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 96%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

Se advierten debilidades relacionadas con el cálculo y la aplicación de los indicadores a lo largo del período, la trazabilidad de la información y la suficiencia de evidencias.

Se identificaron divergencias entre metas y actividades ejecutadas, inconsistencias entre numerador/denominador y análisis cualitativo, así como variaciones en la naturaleza de los datos entre cortes sin previsión ni justificación metodológica.

2.7. Superintendencia Delegada para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 92%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

De ocho (8) indicadores evaluados, tres (3) presentan calificación superior a 9 puntos; los cinco (5) restantes evidencian debilidades en calidad y disponibilidad de soportes, incumplimientos en metas y falta de continuidad en la frecuencia de reporte. Transversalmente, varios incumplimientos se relacionan con rotación de personal que afectó la continuidad operativa.

Se recomienda fortalecer los controles internos sobre gestión documental, calidad del soporte, planificación operativa y mecanismos que garanticen la continuidad del talento humano. con el fin de asegurar la confiabilidad y oportunidad de la información institucional.

2.8. Dirección Jurídica

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 98%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

Se recomienda fortalecer el cumplimiento mediante evidencias verificables y oportunas, conforme a los cronogramas establecidos, para garantizar la satisfacción de metas y resultados previstos.

2.9. Dirección de Innovación y Desarrollo

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 79%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

Si bien se reportan avances y cumplimientos formales en la mayoría de las actividades, persisten limitaciones en trazabilidad, consistencia metodológica y disponibilidad de evidencias que impiden validar de manera independiente la ejecución real. Se observan inconsistencias entre actividades programadas y ejecutadas, ausencia o inaccesibilidad de soportes y divergencias con los registros en herramientas institucionales, reflejando un cumplimiento principalmente documental.

Se recomienda fortalecer la calidad del reporte, la articulación entre planeación y evidencia y los mecanismos de verificación, para asegurar que los resultados reflejen efectivamente la materialización de las acciones y su aporte institucional.

2.10. Oficina de Liquidaciones

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 100%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

En el indicador SE25 no se cumplió la meta planeada para el primer semestre de 2025; el rezago se trasladó al segundo semestre, en el cual se cumplió la meta anual. Se recomienda presentar el estado de avance en Comité Técnico a fin de adoptar acciones de mejora.

En el indicador SE46 se registraron estadísticas generales de la herramienta de radicación sin evidencia que permita verificar su correspondencia con los seguimientos requeridos. Se sugiere precisar el registro exclusivo que debe aportar el proceso para el cumplimiento de la meta, asegurando pertinencia y verificabilidad.

2.11. Oficina Asesora de Planeación

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 96%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

De seis (6) indicadores evaluados, cinco (5) superaron los 9 puntos. El restante presenta inconsistencias en la aplicación de las fórmulas, especialmente en denominadores, y desalineación entre la frecuencia de medición definida y los tiempos reales de reporte, afectando comparabilidad, trazabilidad y confiabilidad.

2.12. Oficina de Control Interno

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 100%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar la siguiente observación que requiere acción de mejora:

Se recomienda revisar la planeación y programación de las actividades del PAAS para asegurar el cumplimiento oportuno de metas y actividades en cada período.

2.13. Dirección Administrativa

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 89%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

Se observan riesgos significativos en calidad del dato, trazabilidad, validez y consistencia metodológica. Ello limita la evaluación del desempeño, dificulta la toma de decisiones basada en evidencia y reduce la fiabilidad institucional.

Se recomienda estandarizar metodologías, fortalecer la calidad y disponibilidad de evidencias, depurar los indicadores y orientar la medición hacia resultados verificables e impacto, más allá de la ejecución de tareas.

2.14. Dirección de Talento Humano

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 99%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el

propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

La mayoría de los indicadores registraron puntajes superiores a 9 puntos. Sin embargo, en los informes de marzo y junio se identificaron soportes no accesibles, lo que limitó la verificación del cumplimiento reportado.

Se recomienda mantener los avances logrados, mejorar la accesibilidad de los soportes en los primeros trimestres, fortalecer la calidad del registro de actividades y asegurar la consistencia de la planeación, para aumentar la confiabilidad de la información reportada y el control institucional.

2.15. Oficina de Control Disciplinario Interno

El desempeño general del proceso se considera adecuado, alcanzando resultados acumulados del 94%. No obstante, en el marco de las funciones propias de la Oficina de Control Interno y con el propósito de fortalecer la gestión institucional, es pertinente destacar las siguientes observaciones que requieren acciones de mejora:

Se recomienda revisar la redacción y formulación de los indicadores a fin de expresamente criterios metodológicos aplicados en la gestión diaria tales como: el uso de promedios, cronogramas de las actividades a desarrollar durante la vigencia, los valores acumulados y el rezago existente entre un bimestre y otro de acuerdo con el análisis efectuado en las observaciones asociadas a cada indicado.

Sumado a lo anterior, se sugiere verificar que la información reportada sea consistente y concordante con la evidencia cargada en el repositorio de SharePoint y con la presentada por el área, con el propósito de garantizar una medición clara y oportuna que facilite la evaluación objetiva de los resultados obtenidos y corresponda con el análisis que realiza el proceso en la herramienta institucional dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación.

Recomendación General

Con base en el análisis y la evaluación realizada, la Oficina de Control Interno recomienda a las distintas dependencias de la Entidad que, en aplicación del principio de *autocontrol* establecido en el Modelo Estándar de Control Interno, revisar la programación, metas e indicadores definidos en el Plan Anual de Gestión - PAG. De considerarlo pertinente y en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, realizar las articulaciones necesarias para asegurar que los objetivos previstos para la vigencia 2026 se cumplan de manera eficiente, eficaz y efectiva. Se recuerda que las metas de cada vigencia deben ser viables y garantizar su ejecución, a fin de evitar incumplimientos frente a los objetivos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con el memorando con radicado 20251200000060003 del 16 de junio del 2025 emitido por la Oficina Asesora de Planeación, sobre revisión de gestores designados y cronograma de reportes; se insta a los procesos tener en cuenta los perfiles contenidos en los manuales de funciones; con el fin de que las personas designadas como gestores cuenten con la idoneidad y experiencia para garantizar la calidad en los reportes y distintos instrumentos de planeación que se deben reportar y/o presentar referente a las actividades y gestiones realizadas por el proceso.

3. OBSERVACIONES:

3.1.1 Debilidades en lo preceptuado en la actividad clave de éxito “Ejecutar Seguimiento a la Gestión” del proceso “Mejora”:

La Oficina de Control Interno, de conformidad con la evidencia objetiva consultada y recaudada durante el seguimiento, genera las siguientes observaciones, toda vez que se identificaron debilidades de control y seguimiento referente a la actividad “*Realizar seguimiento a plan proyecto de inversión o acciones documentos CONPES*”, en lo definido: “*Las dependencias deben reportar a la Oficina Asesora de Planeación, en la herramienta dispuesta por la entidad, según el período de reporte señalado en la normatividad propia de cada plan, las evidencias, datos, análisis de la ejecución de las actividades e indicadores relacionados en cada uno de éstos.*”, en la medida en que no se realiza un adecuado reporte de la información, se presentan inconsistencias en la medición de los indicadores, entre otros, por parte de los procesos mencionados en el acápite 2. RECOMENDACIONES.

Adicionalmente, es importante señalar que, para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, resulta fundamental incorporar la política de control interno de manera transversal a todas las actividades, procesos, procedimientos y políticas asociadas a la gestión, de tal forma que, a través de sus componentes, sea posible valorar la efectividad de la estructura de control interno.

Estas situaciones reflejan debilidad por parte de la primera línea de defensa, quienes son los encargados del mantenimiento efectivo de los controles internos en la gestión diaria, de acuerdo con el principio de autocontrol definido en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Así mismo, se insta a la segunda línea de defensa – Oficina Asesora de Planeación, para que desde su rol se oriente y acompañe a los procesos con el fin de asegurar que los indicadores establecidos en el Plan Anual de Gestión – PAG sean apropiados y den a conocer la gestión realizada por cada proceso.

A continuación, se describen las observaciones identificadas en el desarrollo del presente seguimiento:

Observación No 1. Diseño inconsistente de indicadores: Se observan indicadores de “conteo de productos” dividen por la meta parcial (no por un universo definido), generando porcentajes que inducen a lecturas ambiguas; además cambios no justificados de denominadores y mezcla de corte trimestral/semestral lo que rompe comparabilidad. Aunado a lo anterior, ausencia de controles sobre la periodicidad de reporte de indicadores, toda vez que se generaron en fechas diferentes a las estipuladas en las fichas técnicas, generando riesgo de información inexacta o no oportuna para la

toma de decisiones. Por lo anterior, se recomienda revisar la redacción y estructura metodológica de los indicadores particularmente la definición de los datos reportados y el análisis de los resultados que reflejen su naturaleza y garanticen su consistencia metodológica.

Observación No 2. Evidencia y trazabilidad: Se observa de manera generalizada accesos restringidos en repositorios institucionales, carpetas faltantes y soportes que no guardan relación con lo reportado, así mismo, no se evidencia que se hayan establecido los registros necesarios que soporten el cumplimiento de las actividades requeridas; lo que impide verificar lo reportado por las dependencias; generando riesgo de pérdida de la memoria institucional, así como la posibilidad de materialización de riesgos por el incumplimiento de los objetivos institucionales al no contar con la trazabilidad de la documentación.

Asimismo, la evidencia debe ser suficiente y pertinente para evaluar el cumplimiento, incluyendo documentos como actas que respalden las listas de asistencia, informes de auditoría que acrediten los autos, entre otros soportes que permitan demostrar de manera concreta y verificable la ejecución de las actividades realizadas por los procesos.

Estas situaciones reflejan falta de correspondencia entre la información reportada, los soportes cargados y la metodología definida, lo cual afecta la confiabilidad, coherencia temporal y trazabilidad de los indicadores y puede derivar en interpretaciones inexactas sobre la gestión del proceso.

Observación No. 3 Indicadores dependientes de demanda: Las dependencias se fijan metas cuantificadas sobre fenómenos fuera del control del proceso lo que distorsiona la planeación y la evaluación. Así mismo existen actividades del PAG que están formuladas como indicadores de proceso y se sugiere que sean indicadores de producto, así desde el inicio se deberá determinar la evidencia esperada y sus criterios de calidad.

Las observaciones antes mencionadas, constituyen una situación reiterada, teniendo en cuenta que, en el informe de evaluación de áreas o dependencias de febrero de 2025 (Rad. 20251400000019703 del 27.02.2025), fue objeto de hallazgo, para el cual se estableció el plan de mejoramiento 1824 definido en la herramienta ITS, el cual tiene fecha de finalización 27 de febrero del 2026, y sobre este, la Oficina de Control Interno realizara el seguimiento al cumplimiento y efectividad de las acciones propuestas.

4. CONCLUSIONES

Conforme a la programación establecida en el Plan Anual de Gestión de la vigencia 2025 y la evidencia reportada por cada una de las dependencias en el aplicativo (SharePoint) dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación, la calificación promedio obtenida por la entidad fue del 95%. resultado que refleja un desempeño positivo frente al cumplimiento de las metas establecidas para la vigencia.

Sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora las cuales se encuentran descritas en el contenido del informe y que podrían contribuir a gestionar de manera efectiva las actividades que se desempeñan al interior de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las recomendaciones y observaciones, se formulan en ejercicio del rol de “Evaluación y seguimiento” legalmente asignado a las Oficinas de Control Interno, a través del Decreto 648 de 2017, con el fin de identificar situaciones que puedan afectar los propósitos y objetivos institucionales que dispone la Superintendencia Nacional de Salud a través de mecanismos como el Plan Anual de Gestión - PAG; por lo cual, se pone en consideración de la Alta Dirección de determinarlo útil y conducente, para la toma de decisiones que conlleven al mejoramiento continuo de la temática objeto de evaluación.

De acuerdo con lo expuesto, las observaciones identificadas deben ser gestionadas a través de la formulación de un plan de mejoramiento, de conformidad con los lineamientos institucionales, los cuales estarán encaminados a subsanar las situaciones evidenciadas y a los que la Oficina de Control Interno posteriormente realizará seguimiento.

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

Cordialmente.

Miller Giovanni López Mejía

Jefe Oficina de Control Interno (e)

Superintendencia Nacional de Salud

Anexos: 1 – “Consolidado Ev. Dep. PAG SNS 2025”.xlsx.

Proyectó: Equipo Oficina de Control Interno

Consolidó: Ana María Ángel A. – Luz Nidia Pacheco A.

Revisó y Aprobó: Miller Giovanni López Mejía