

Fecha del informe	Día	06	Mes	05	Año	2025
-------------------	-----	----	-----	----	-----	------

Nombre de la actividad	Informe de Evaluación y Seguimiento a la Gestión del Riesgo. I cuatrimestre 2025.					
Objetivo del seguimiento	Verificar y evaluar la Gestión del Riesgo a fin de validar la identificación de los riesgos y el cumplimiento a los controles definidos para el proceso seleccionado “Gestión Estratégica de Personas”, como muestra específica del total de los procesos identificados en la Superintendencia Nacional de Salud.					
Alcance	Periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de abril de 2025 (I cuatrimestre 2025)					
Criterios normativos	• Ley 87 del 29 de noviembre de 1993 - Objetivos del Sistema de Control Interno. • Decreto 648 de 2017. Artículo 2.2.21.5.3 - Roles de la Oficina de Control Interno. • Decreto 1499 de 2017. Capítulo 2 - Políticas de Gestión y Desempeño Institucional. • Decreto 1080 de septiembre de 2021 – Artículo 10. Funciones de la Oficina de Control Interno. • Guía rol de las unidades u oficinas de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces. v3 - 2023. • Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 – 2022, emitida por el DAFP. • Manual Operativo – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – (MIPG). v5 -2023. - Dimensión de Control Interno. • Ley 1712 de 2014 - Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública. • Registro Políticas Institucionales, código DEFT13, versión 5 - Superintendencia Nacional de Salud. • Manual de Administración de Riesgos - código DEMN02, versión 4. Superintendencia Nacional de Salud. • Política para la Administración del Riesgo DEPI01 V1 del 15.01.2025.					
Tabla de contenido	1. INFORME 1.1. Introducción 1.2. Metodología 2. DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN 2.1. Riesgos de Gestión 2.2. Riesgo de Corrupción 3. HALLAZGOS 3.1. Conformidades 3.2. Observaciones 3.3. No Conformidades 4. Recomendaciones CONCLUSIONES					2 2 2 3 3 10 14 14 15 17 19 20
Equipo auditor	• Lucy Elizabeth Cancimance Martínez, Profesional Especializado (Líder) • Angela Inés Barbosa Pacheco, Profesional Especializada.					

1. INFORME

1.1. Introducción

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de las funciones asignadas por la Ley, en especial lo preceptuado 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) vigencia 2025, realizó el presente informe de Evaluación y Seguimiento a la Gestión del Riesgo (Gestión y Corrupción), correspondiente al I cuatrimestre de 2025.

1.2. Metodología

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento a los roles establecidos en el Decreto 648 de 2017, “Artículo 2.2.21.5.3. De las oficinas de control interno: Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control” comunica a la alta dirección información relevante frente a la evaluación de la gestión del riesgo para el período comprendido entre el 1 de enero al 30 de abril de 2025 (I cuatrimestre 2025), para lo cual se tuvo como base de análisis los siguientes documentos:

- a) Mapa de Riesgos Institucional consolidado y actualizado para los riesgos de Gestión, Corrupción y Fiscales el 31.01.2025, actualizado para los riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información con fecha de actualización y publicación en página web de la Entidad el 14.03.2025.
- b) Políticas Institucionales asociadas al Sistema Integrado de Gestión - SIG (código DEFT13 - v5) publicada el 14.04.2024.
- c) Manual de Administración del Riesgo (código DEMN02 – v4), publicado el 15.01.2025.
- d) Política para la Administración del Riesgo DEPI01 – v1 del 15.01.2025.

En ese sentido el equipo de seguimiento y evaluación a la gestión del riesgo de la oficina de control interno tomó como muestra los procesos que en periodos anteriores no fueron tenidos en cuenta, y que además de ello se encuentren en el Mapa de Riesgos, en zona de riesgo inherente y zona de riesgo residual “*Extrema y Alta*”, exceptuando el proceso “Evaluación Independiente”.

De esta forma, se concluye, que el proceso “Gestión Estratégica de Personas” cumple con los criterios para ser priorizado; de tal forma, que se realizará evaluación a la gestión del riesgo a cuatro (4) riesgos de gestión, y a tres (3) riesgos de corrupción, aclarando que estos últimos, aunque se encuentran en zona riesgo inherente y residual moderada, es objeto de análisis y

seguimiento, dado que cumplen con el primer criterio de priorización.

Tal metodología no incluye para este informe, el análisis a los riesgos Fiscales ni de Seguridad y Privacidad en la Información, por cuanto estos serán tenidos en cuenta para el seguimiento y evaluación a la gestión de los riesgos institucionales en el segundo cuatrimestre 2025.

2. DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

A continuación, se refleja el análisis, evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos de la entidad, correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2025, con base en la metodología descrita en punto 1.2 de este informe, enfocando el análisis a cuatro (4) riesgos de gestión y tres (3) riesgo de corrupción definidos en el proceso **“Gestión estratégica de personas”**, cuyo resultado de la revisión y análisis, arrojó el siguiente análisis.

2.1. Riesgos de Gestión

La Superintendencia Nacional de Salud, cuenta con un Mapa de Riesgos Institucional, publicado el 14.03.2025, en el cual se identifica el **Mapa de Riesgos de Gestión** (código DEFT22) definiendo sesenta (60) riesgos de gestión, con fecha de actualización en el documento excel 31.01.2025, de los cuales se evaluó la descripción de los riesgo y los controles definidos tanto al riesgo inherente como a las acciones identificadas en los planes de tratamiento en la zona de riesgo residual del proceso **Gestión estratégica de personas** y, de acuerdo con la muestra objeto de este seguimiento, se realiza análisis y evaluación sobre cuatro (4) de los siete (7) riesgos asociados al proceso con base en los criterios de priorización indicados en la metodología.

Con relación a lo expuesto, se genera la siguiente tabla, con el análisis realizado por el equipo de seguimiento en los términos así descritos:

No	Código del riesgo	Proceso al que aplica	Nombre del Riesgo	Descripción del Control	Análisis de la Oficina de Control Interno
1	PEPR01-2	Gestión Estratégica de personas	<i>“Posibilidad de afectación Económica por sanción de un ente regulador, queja ciudadana o informe de Auditoría de control Interno debido a la vinculación, permanencia y retiro de los empleados públicos de la SNS sin el</i>	El profesional responsable en Talento Humano, cada vez que se va a realizar un nombramiento, encargo o reubicación, realiza una verificación diligenciando la lista de chequeo de los documentos establecida en el Sistema Integrado de Gestión, los formatos de estudio técnico para	El equipo evaluador a la Gestión del Riesgo de la Oficina de control Interno, realizó solicitud a través de correo electrónico el 15.03.2025 al responsable de la Dirección de Talento Humano, sobre la evidencia asignada al control de naturaleza preventiva <i>“Listas de Chequeo y los Formatos de Estudio Técnico debidamente diligenciados y suscritos”</i> para lo cual, y sobre un total de 56 ingresos de persona en nombramiento, encargo o reubicación durante el primer trimestre 2025, se realizó muestra

2			cumplimiento de los requisitos."	nombramientos, encargos y reubicación de empleos con el fin de corroborar que la documentación entregada está completa y el aspirante cumple con los requisitos estipulados en el manual de funciones, en caso de estar incompleta la documentación, se solicitará remitir a la entidad el documento faltante. En caso de que el aspirante no cumpla con alguno de los requisitos, se comunica el incumplimiento y se detiene el proceso. Evidencia: Listas de Chequeo y los Formatos de Estudio Técnico debidamente diligenciados y suscritos.	aleatoria no estadística a 20 registros equivalente al 35.71% del total de ingresos en las novedades descritas en el control, de tal forma que se pueda establecer que el responsable del control, ejecuta verificación y posterior diligenciamiento del formato de estudio técnico establecido por el SIG de la Entidad. Por lo anteriormente expuesto, se genera Conformidad N° 4 relacionado en el numeral 3.1.3 del presente informe.
				El funcionario responsable de la administración de las historias laborales realiza de manera permanente una adecuada actualización y administración de las historias laborales de los funcionarios activos en la entidad, con el fin de contar con la información necesaria en el momento que es requerida. Evidencia: Reporte de actualización que contenga la fecha de última actualización según formato establecido en el Sistema Integrado de Gestión.	Para verificar las evidencias descritas en el control, se realizó revisión in situ a la base de datos del total de los funcionarios activos de la Superintendencia Nacional de Salud con corte a 20.03.2025, en la dependencia de Talento Humano, lo que arrojó un total de 1135 funcionarios activos; dato sobre el cual se extrajo la muestra no estadística de cuarenta (40) historias laborales de los funcionarios activos en la entidad, equivalente al 3.52%. Se concluye que, de la muestra seleccionada, se realizó la verificación sobre las historias laborales de funcionarios activos con corte a 20.03.2025, observando que el último documento foliado de cada expediente correspondía efectivamente a la descripción del documento final con la última fecha de actualización, la cual se encontraba debidamente indicada en el formato "Hoja de control de expedientes DIFT24 v2" del SIG. Pese al cumplimiento de esta acción, se pudo identificar que los expedientes objeto de verificación, superaban en número los doscientos (200) folios, con documentos que por su naturaleza jurídica o contenido deben permanecer vinculados o adjuntos, sin embargo, se recomienda que se archiven en otra carpeta, es decir un segundo (2) expediente del mismo funcionario, así mismo, se realice la anotación en la casilla de observaciones del formato SIG utilizado para tal fin.

					Por lo anteriormente expuesto, se genera Recomendación N° 4.2 relacionada en el numeral 4 del presente informe.
3				Cada vez que se va a realizar una provisión de una (sic) cargo, el profesional responsable verifica en las bases de datos públicas con el fin de corroborar la veracidad de la documentación entregada por parte de los aspirantes al cargo a proveer, en caso que (sic) la documentación entregada se presuma falsa se detendrá el proceso y se informará al responsable para que tome las acciones necesarias. Cuando no sea posible consultar en la bases (sic) de datos públicas, se verificará con entidades privadas relacionadas en la documentación entregada por el aspirante. Evidencia: Reporte de la consulta en las Bases de Datos públicas y/o informe proporcionado por la entidad privada.	El equipo evaluador a la Gestión del Riesgo de la Oficina de control Interno realizó solicitud a través de correo electrónico el 15.03.2025 al responsable de la Dirección de Talento Humano, sobre la evidencia asignada al control de naturaleza preventiva <i>“Reporte de la consulta en las Bases de Datos públicas y/o informe proporcionado por la entidad privada”</i>. Para lo cual se verifico sobre la base de datos de 56 provisiones de cargos, durante el período entre el 1ero de enero a 20 de marzo de 2025, realizando muestra aleatoria no estadística a 20 registros, equivalente al 35% del total de las provisiones de cargo, de tal forma que se constató, que la responsable de realizar la consulta en la base de Datos Pública, reporta en el formato <i>“PEFT01 Estudio Técnico de Hoja de Vida”</i>, lo consultado en dicha base de datos pública, verificando la veracidad de la documentación aportada por los aspirantes al cargo a proveer y en cumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley para desempeñar el cargo y el perfil solicitado. Se precisa indicar que, al realizar la entrevista, a la funcionaria responsable de ejecutar el control, sobre que soporte o herramienta utiliza para registrar el control, la responsable de talento humano explicó que, el reporte a la

					consulta en la base de datos pública se consigna en el formato “PEFT01 Estudio Técnico Hoja de Vida”, sin embargo, al hacer lectura en la descripción de la evidencia al control, esta no identifica un formato en específico del SIG. Por lo anteriormente expuesto, se genera Recomendación N° 1, relacionada en el numeral 4.1. del presente informe.
1	PEPR01-3	Gestión Estratégica de personas	<i>“Posibilidad de afectación Económica por pago erróneo debido a la entrega inoportuna o inconsistente de una novedad de nómina.”</i>	El profesional de la Dirección de Talento Humano responsable verificará cada vez que las entidades financieras alleguen soportes de descuentos, validando los listados contra la liquidación de la nómina, en caso de presentar inconsistencias se requiere a la entidad bancaria o al funcionario, con el fin de aclarar la novedad. Evidencia: Soportes de la entidad financiera.	El equipo evaluador a la Gestión del Riesgo de la Oficina de control Interno realizó solicitud a través de correo electrónico el 21.03.2025 al responsable de la Dirección de Talento Humano, sobre la evidencia asignada al control de naturaleza preventiva “<i>Soportes de la entidad financiera</i>”. Corroborando así, que efectivamente se realiza verificación sobre los soportes que las entidades financieras allegan a través del correo institucional de la Supersalud, posteriormente, adjunta en formato SIG la relación de descuentos de libranza efectuados a la nómina del mes correspondiente, dando cuenta de lo efectivamente debitado al funcionario beneficiario del crédito o solicitud. Por lo anteriormente expuesto, se genera Conformidad N° 5, relacionada en el numeral 3.1.4. del presente informe.

2				El profesional de la Dirección de Talento Humano encargado, mensualmente diligencia el Formato Lista de Chequeo designado en el Sistema Integrado de Gestión con el Director de Talento Humano, para verificar la información a ingresar para la liquidación de la Nómina, en caso de encontrar alguna anomalía, se hace revisión de la información a registrar para la liquidación de la nómina, en caso contrario, se autoriza realizar el procedimiento respectivo. Evidencia: Formato Lista de Chequeo del Sistema Integrado de Gestión diligenciado.	Una vez analizada la evidencia objetiva aportada por la responsable de ejecutar el control establecido al riesgo evaluado al proceso objeto de seguimiento; se pudo determinar que efectivamente se registra en el formato del SIG <i>"PEFT53 Lista de Chequeo revisión de nómina"</i> las novedades a revisar y registrar en la liquidación de nómina del período correspondiente. Por lo anteriormente expuesto, se reitera Conformidad N° 5, relacionada en el numeral 3.1.4 del presente informe.
1	PEPR01-5	Gestión Estratégica de personas	<i>"Posibilidad de afectación económica por sanción de un ente regulador o No Conformidades técnicas o legales debido a un inadecuado diseño y ejecución del plan de trabajo determinado para la gestión del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo."</i>	El profesional designado semestralmente verifica la matriz legal con el fin de dar cumplimiento de los requisitos técnicos y legales. Si se identifica que no está relacionados los requisitos se procederá a hacer el ajuste Evidencia: Matriz de requisitos legales.	La Dirección de Talento Humano en respuesta a la solicitud elevada el día 15 de marzo del año en curso se evidencia lo siguiente: Fue remitida la MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES codificada tal como aparece en el formato DEFT17 v4, con fecha de actualización del 4.12.2024, documento que evidencia la inclusión del <i>"Componente seguridad y salud en el trabajo"</i>, debidamente diligenciada con la Descripción de las acciones desarrolladas y las evidencias del cumplimiento por parte de la entidad frente al Requisito (Si aplica), correspondiente al segundo semestre de 2024. Se evidencia el cumplimiento de la actividad de control en lo referente al componente de seguridad y salud en el trabajo según aplicación de las normas establecidas hacia la mitigación de posible riesgo. Por lo anteriormente expuesto, se genera Conformidad No 5 relacionada en el numeral 3.1.5 del presente informe.
2				El profesional designado realizará la verificación de los documentos aportados en el marco de la investigación del accidente laboral, cada vez que se presente un evento que lo	Para lo corrido del año al mes de marzo de 2025 fue remitido el reporte de un (1) evento de Accidente Laboral dentro de las instalaciones de la Regional Choco, por caída de funcionaria, remitiendo como soporte en archivos PDF el formato de informe diligenciado por la Compañía de Seguros S.A. Positiva con la

				requiera. En caso de encontrar alguna inconsistencia, se requerirá al funcionario involucrado para resolverla. Evidencia: Reporte del Accidente Laboral y la respectiva investigación.	descripción del accidente ocurrido el día 25 de febrero de 2025. Así mismo, fue remitido en formato codificado PEFT34 versión 1 del 9.08.2023, “<i>Gestión Estratégica de Personas</i>”, correspondiente a la investigación realizada de manera virtual el 7 de marzo de 2025 sobre el accidente de trabajo en el cual la funcionaria describe el incidente del accidente de trabajo y una vez diligenciado fue firmado por el Profesional Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo, un profesional del grupo SST y por un integrante del COPASST. Por lo anteriormente expuesto, se reitera Conformidad No 5 relacionada en el numeral 3.1.5 del presente informe, evidenciándose cumplimiento a los reportes en los casos en los cuales cualquier funcionario puede verse involucrado en un evento de accidente de trabajo.
3				El profesional especializado del sistema de seguridad y salud en el trabajo verifica que el Plan de Trabajo Anual formulado contenga las actividades para el mantenimiento del sistema de acuerdo con la normatividad vigente. En caso de observarse que el plan anual no cumple con algún requisito legal y/o, se procederá a realizar los ajustes que correspondan. Evidencia: Plan Anual de trabajo.	Fue remitido el enlace mediante el cual se verifica el cargue del Plan de SST, verificación que igualmente fue realizada a través de la página web de la Entidad identificando que tanto el plan Estratégico de Talento Humano como el cronograma para la vigencia 2025 se encuentran cargados desde el 31.01.25, dando cumplimiento con la actividad descrita para la ejecución del plan de trabajo de cara a la gestión del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo. Por lo anteriormente expuesto, se reitera Conformidad No 5 relacionada en el numeral 3.1.5 del presente informe, evidenciándose cumplimiento de control.
4				El profesional designado trimestralmente, verifica el cumplimiento del Plan Anual de Trabajo de Seguridad y Salud en Trabajo. En caso de observarse el no cumplimiento de las actividades se requiere al responsable. Evidencia: Plan Anual de Trabajo de Seguridad y Salud en Trabajo.	Según el análisis realizado por la Oficina de Control Interno a la información remitida por la Dirección de Talento Humano en respuesta a la solicitud realizada el día 15 de marzo del año en curso, cuya respuesta del 19 de marzo de 2025 precisan que: “<i>a la fecha nos encontramos en proceso de contratación de los aliados que apoyan el desarrollo del Plan de trabajo del SST.</i>” En el enlace remitido por la funcionaria responsable y lo verificado en la página web de la Entidad, se evidencia que el Plan de Trabajo de SST, se encuentra incluido en el documento Cronograma Plan Estratégico de Talento Humano 2025, sin embargo, con corte al primer trimestre del año en curso, no se observa ejecución y cumplimiento al cronograma establecido para el desarrollo de

					las actividades de SST, sobre el cual el responsable de la ejecución informó que: “Se precisa que a la fecha nos encontramos en proceso de contratación de los aliados que apoyan el desarrollo del Plan de trabajo de SST”. Por lo anteriormente expuesto, se genera Observación No. 2 relacionada en el numeral 3.2.2 del presente informe.
1	PEPR01-7	Gestión estratégica de personas	“Posibilidad de afectación económica por falta de impacto en el desarrollo de competencias de los servidores públicos debido a un diagnóstico que no contemple todos los criterios para la definición del Plan Institucional de Capacitación.”	El profesional responsable del Plan Institucional de Capacitación - PIC evalúa anualmente el análisis del impacto de las capacitaciones finalizadas en el semestre anterior, mediante la aplicación de encuestas a los participantes de eventos de capacitación, en el caso que no se diligencie la encuesta se requiere al participante para su realización: Evidencia: Documento de Resultados de evaluación de impacto.	Mediante correo del 3 de abril de 2025 fue remitido el Informe Impacto Capacitación - 2024, el cual con fecha 6 de marzo de 2025 fue realizada la medición del impacto del PIC adoptado mediante la Resolución 2023910020000 564- 6 de 31- 01-2023, como Plan Estratégico de Talento Humano de los cursos y diplomados de capacitación para la vigencia 2024. Se destaca como conclusión del informe que como resultado de las encuestas los participantes consideran que las capacitaciones potencian habilidades, herramientas y métodos para aplicar en el trabajo influyendo en su actitud y compromiso con la entidad. De otra parte, establece como mejora para la nueva vigencia: “<i>Diversificar las metodologías de enseñanza, incluyendo talleres prácticos, gamificación y ludificación, mentorías individuales que permita la apropiación de los conceptos de una manera más versátil y basados en experiencias.</i>” Por lo anteriormente expuesto se considera cumplido el PIC para la vigencia 2024, según las capacitaciones programadas para el segundo semestre de 2024 con resultado de las encuestas realizadas por los participantes. Se genera Conformidad N°. 6 relacionada en el numeral 3.1.6 del presente informe.

2				Cada vez que se inicie un evento, el profesional responsable de seguimiento a la ejecución del PIC, verificará con el contratista los contenidos de las ficha técnica (sic) del evento para comprobar que dé respuesta a las necesidades identificadas para el tema a realizar; si en la revisión de la ficha técnica no cumple el contenido se solicitará su ajuste. Evidencia: Ficha técnica aprobada.	En lo referente al seguimiento y a la ejecución del PIC para el primer cuatrimestre de 2025, el profesional responsable del control, indica que <i>"No hay ficha técnica aprobada, sobre la ejecución del PIC para la vigencia 2025, toda vez que al momento no hay contrato, el insumo se encuentra radicado en la Dirección de Contratación"</i>. Con base a lo anterior se concluye que, a 20 de marzo de 2025, no se ha realizado contrato para el desarrollo de las actividades del PIC, por ende, no se tiene la Ficha Técnica aprobada, en respuesta a las necesidades de PIC para ejecutarse durante la vigencia 2025, por lo que la actividad se encuentra pendiente para dar cumplimiento al proceso de Gestión Estratégica de Personas. Por lo anteriormente expuesto, se genera Recomendación N°. 4.5 relacionada en el numeral 4 del presente informe.
				El profesional encargado verificará semestralmente la participación de los funcionarios que fueron designados para asistir a los eventos de capacitación, con el fin de requerir a aquellos que no aprobaron ya sea por inasistencia para que expliquen el motivo de no aprobación y si corresponde realizar el pago del evento. Evidencia. Informe de seguimiento.	Fue remitido en archivo Excel la MATRIZ DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES POR FUNCIONARIO indicando que en la misma detalla, <i>"seguimiento sobre la participación de los funcionarios que fueron designados para asistir a los eventos de capacitación Julio – diciembre 2024 en esta encontraran cronograma, seguimiento y consolidado de asistencia a las capacitaciones para la vigencia 2024."</i> Sin embargo, se precisa indicar que al hacer lectura del informe de seguimiento correspondiente al último semestre 2024, no se identificó información que diera cuenta de requerimiento alguno en aquellos funcionarios que por algún motivo no asistieron a los eventos inscritos con antelación a la ejecución de este. Por lo anteriormente expuesto, se genera Recomendación No 4.6 relacionada con el numeral 4 del presente informe.

Fuente: Propia de la Oficina de control Interno – Información tomada del aplicativo de gestión ITS, **Mapa de Riesgos Gestión** - Proceso Gestión Estratégica de Personas y Mapa de Riesgos Institucionales actualizado 31.01.2025 y publicado 14.03.2025.

2.2. Riesgo de Corrupción

La Superintendencia Nacional de Salud, cuenta con un Mapa de Riesgos Institucional, publicado el 14.03.2025, en el cual se identifica el **Mapa de Riesgos de Corrupción** (código DEFT23) definiendo treinta y dos (**32**) riesgos de corrupción, con fecha de actualización en el documento excel el 31.01.2025, de los cuales se evaluó la descripción de los riesgos y los controles definidos

tanto al riesgo inherente como a la descripción de los riesgos y los controles definidos tanto al riesgo inherente como a las acciones identificadas en los planes de tratamiento en la zona de riesgo residual del proceso **Gestión Estratégica de Personas** y, de acuerdo con la muestra objeto de este seguimiento, se realiza análisis y evaluación sobre tres (3) riesgos de corrupción y sus respectivos controles, asociados al proceso objeto de este informe.

De acuerdo con lo expuesto, se genera la siguiente tabla, con el análisis realizado por el equipo de seguimiento en los términos así descritos:

No	Código del riesgo	Proceso al que aplica	Nombre del Riesgo	Descripción del Control	Análisis de la Oficina de Control Interno
1	PEPR01-1	Gestión estratégica de personas	<i>“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para vincular, encargar o reubicar funcionarios sin el cumplimiento de los requisitos legales.”</i>	El profesional encargado cada vez que se va a realizar un nombramiento o en cargo, elabora el estudio técnico de la hoja de vida del aspirante con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos del cargo definidos en el Manual de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales, una vez realizado se entrega al profesional designado para la revisión del estudio. En caso de evidenciarse por parte del profesional revisor alguna inconsistencia, valida el hecho y de comprobarse se detiene el proceso y se informa al líder del mismo. Evidencia: Formato Estudio Técnico de hoja de vida diligenciado Formato Lista de Verificación Documentos Requeridos Para Ingreso de Personal diligenciado.	El equipo evaluador a la Gestión del Riesgo de la Oficina de control Interno, realizó solicitud a través de correo electrónico el 15.03.2025 al responsable de la Dirección de Talento Humano, sobre la evidencia asignada al control de naturaleza preventiva <i>“Formato Estudio Técnico de hoja de vida diligenciado Formato Lista de Verificación Documentos Requeridos Para Ingreso de Personal diligenciado”</i> sobre lo cual se solicitó la verificación del total de ingresos al 15.03.2025, dato que se corroboró con una cifra de cincuenta y seis (56) ingresos de personal en nombramiento, encargo o reubicación, durante el primer trimestre 2025, con corte al 15 de marzo de la misma anualidad, realizando muestra aleatoria no estadística a veinte (20) registros, equivalente al 35.71% del total de ingresos en las novedades descritas en el control, de tal forma que se pudo establecer que la funcionaria responsable del control, ejecuta verificación de la documentación requerida para el ingreso del aspirante al cargo y de acuerdo al Manual de Funciones y la registra en el formato Estudio Técnico de Hoja de Vida. Por lo anteriormente expuesto, se genera Conformidad N° 7 relacionada en el numeral 3.1.7 del presente informe.

No	Código del riesgo	Proceso al que aplica	Nombre del Riesgo	Descripción del Control	Análisis de la Oficina de Control Interno
1	PEPR01-2	Gestión estratégica de personas	<i>“Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para recibir beneficios personales en la programación y/o ejecución de actividades del plan de bienestar”</i>	El profesional encargado de la actividad presentará al Coordinador del Grupo de Desarrollo para el Talento Humano y a la secretaria General el Plan de bienestar para su aprobación, en caso de detectar alguna debilidad se devolverá para los respectivos ajustes. Evidencia: Plan de bienestar aprobado.	Según el análisis realizado por la Oficina de Control Interno a la información remitida por la Dirección de Talento Humano en respuesta a la solicitud realizada el día 19 de marzo del año en curso se evidencia lo siguiente: Fue remitido el enlace sobre la publicación en la página web de la entidad con fecha 31 de enero de 2025, encontrándose el documento excel con código DEFT04v1 denominado <i>“Formulación y Seguimiento de Planes o Cronogramas”</i> el cual agrupa el “Plan Estratégico de Talento Humano, Plan de Bienestar Social e Incentivos, Plan Institucional de Capacitaciones y el Plan de Trabajo Anual en SST vigencia 2025”; que para el caso que nos ocupa en este ítems, se pudo comprobar que el documento describe detalladamente las actividades programadas, cronograma de ejecución y seguimientos respectivamente. Por lo anteriormente expuesto, se genera Conformidad No 8 relacionada en el numeral 3.1.8 del presente informe.
2				A partir de las encuestas de satisfacción el profesional responsable verificará la pertinencia de las actividades definidas en el plan de Bienestar Social y Estímulos semestralmente con respecto a los resultados obtenidos en el diagnóstico de necesidades, en caso de encontrar alguna diferencia se realizan ajustes correspondientes. Evidencia: Plan de Bienestar Social y Estímulos, Diagnóstico, encuestas de satisfacción e informe semestral.	La Dirección de Talento Humano remitió por cada veintiuno (21) actividades programadas y realizadas durante la vigencia 2024 la relación de inscritos, así como, la relación de los participantes que finalmente asistieron a la actividad en la que dieron respuestas a las preguntas sobre el nivel de satisfacción y calificación a cada una de las actividades, así como, opiniones de satisfacción a las mismas. Por lo anteriormente expuesto, se reitera Conformidad N° 8 relacionada en el numeral 3.1.8 del presente informe.

No	Código del riesgo	Proceso al que aplica	Nombre del Riesgo	Descripción del Control	Análisis de la Oficina de Control Interno
3				El profesional encargado verificará semestralmente la participación de los funcionarios que se inscribieron en los eventos de bienestar e incentivos, con el fin de requerir a aquellos que no asistieron para que informe el motivo de la inasistencia y en el caso que corresponda realizar el pago del evento. Evidencia. Informe de seguimiento.	La dirección de Talento Humano remitió los informes de ejecución de las actividades realizadas durante el tercer y cuarto trimestre del programa de Bienestar social e incentivos detallando fechas los lugares donde fue realizada la actividad, el número de participantes y soporte fotográfico y los mensajes remitidos por correo institucional como motivación para la participación. No obstante, no se identificó en el informe de seguimiento del semestre 2024 redacción alguna que diera cuenta de cuenta de requerimiento alguno en aquellos funcionarios que por algún motivo no asistieron a los eventos inscritos con antelación a la ejecución de este. Por lo anteriormente expuesto, se reitera Recomendación N° 4.6 relacionada en el numeral 4 del presente informe.
4				El Director de Talento Humano y los Profesionales encargados, realizan reuniones de seguimiento con el contratista seleccionado con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades contratadas y frente a las situaciones externas que se puedan presentar durante la ejecución, en caso de presentarse alguna dificultad para la realización de un evento se ajustará el plan de trabajo de acuerdo con las nuevas necesidades o circunstancias presentadas. Evidencia: Actas de reunión de seguimiento.	Fueron remitidos formatos de actas de las reuniones realizadas el 14 de junio, 6 de septiembre, 26 de agosto y cumplimiento de los meses de junio, agosto y septiembre de 2024 con la Caja de compensación familiar - COMPENSAR en la que describieron el desarrollo de las actividades y programación de fechas para su ejecución en el segundo semestre de 2024. Por lo anteriormente expuesto, se reitera Conformidad N° 8 , relacionada en el numeral 3.1.8 del presente informe.
1	PEPR01-3	Gestión estratégica de personas	<i>"Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de tercero para alterar la información respecto al reporte de accidentes laborales."</i>	El profesional designado una vez al año, verifica a través de los estándares mínimos establecidos en la resolución 0312 de 2019, el cumplimiento de los requisitos legales establecidos para el reporte e investigación de accidentes de trabajo. En caso de encontrar demoras se califica negativamente el estándar y se debe generar un plan de acción. Evidencia: Formato de autoevaluación.	Una vez analizada la redacción del riesgo y frente a la evidencia del control, este último definido así: "Evidencia: Formato de autoevaluación" . Se determina que no se tiene relación, ni analogía que semeje que el control asignado sea el apropiado para mitigar el riesgo identificado al proceso. Sin embargo, al solicitar la evidencia al responsable de ejecutar el control, se anexo documento titulado <i>"Evaluación de los Estándares Mínimos en el SG-SST"</i> - <i>"Estándares Mínimos SG -SST"</i> - <i>"Tabla de Valores y Calificación"</i> . Así las cosas, esta

No	Código del riesgo	Proceso al que aplica	Nombre del Riesgo	Descripción del Control	Análisis de la Oficina de Control Interno
					misma denominación debería estar descrita en la evidencia del control. Pues de no ser así, no existe coherencia entre lo descrito como evidencia y el documento que efectivamente respalda el control. Por lo anteriormente expuesto, se genera Observación N° 3 , relacionada en el numeral 3.2.3 del presente informe.
2				El profesional designado cada vez que se requiera realizará una recopilación inicial de la información a reportar, en la cual se verifica las condiciones de modo tiempo y lugar de evento. En caso de detectar inconsistencia se solicita el ajuste de la información. Evidencia: Reporte de evento.	Verificadas las evidencias aportadas por el responsable de ejecutar el control preventivo al riesgo asignado del proceso objeto de análisis, se pudo comprobar que se registran los eventos en los formatos asignados por el SIG para el reporte. Por lo anteriormente expuesto, se reitera Conformidad N° 8 , relacionada en el numeral 3.1.8 del presente informe.

Fuente: Propia de la Oficina de control Interno – Información tomada del aplicativo de gestión ITS, **Mapa de Riesgos Corrupción** Proceso Gestión Estratégico de Personal y Mapa de Riesgos Institucionales actualizado 31.01.2025 y publicado 14.03.2025.

3. HALLAZGOS

3.1. Conformidades

3.1.1. Disposición y participación por parte del personal responsable en el suministro de la información de la Dirección de Talento Humano para el desarrollo de este informe.

3.1.2. La Superintendencia Nacional de Salud cuenta con el Mapa de Riesgos Institucional (riesgos de Gestión, Corrupción, Fiscales y de Seguridad y Privacidad de la información) publicado en la página web de la entidad el 14.03.2025, que para la fecha de corte de este informe 30.04.2025 se identificaron un total de sesenta (60) riesgos de gestión, treinta y dos (32) riesgos de corrupción, así mismo se identificaron once (11) riesgos fiscales y veinte (20) riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información (SPI).

3.1.3. Se constató el cumplimiento de la ejecución del control para el riesgo de gestión con código PEPR01-2 del aplicativo ITS, en los siguientes términos: *“Evidencia: Listas de Chequeo y los Formatos de Estudio Técnico debidamente diligenciados y suscritos”*.

3.1.4. Se constató el cumplimiento de la ejecución a los controles para el riesgo de gestión con código PEPR01-3 del aplicativo ITS, en los siguientes términos: *“Evidencia: Soportes de la entidad financiera” y Evidencia: Formato Lista de Chequeo del Sistema Integrado de Gestión diligenciado”*.

3.1.5. Se constató el cumplimiento de la ejecución a los controles para el riesgo de gestión con código PEPR01-5 del aplicativo ITS, en los siguientes términos: *“Evidencia: Matriz de requisitos legales”, Evidencia: Reporte del Accidente Laboral y la respectiva investigación” y Evidencia: Plan Anual de trabajo”.*

3.1.6. Según el informe de Impacto del Plan Institucional de Capacitación PIC para el segundo semestre de 2024 se considera cumplido el control de gestión, según las capacitaciones programadas con resultado de las encuestas realizadas por los participantes.

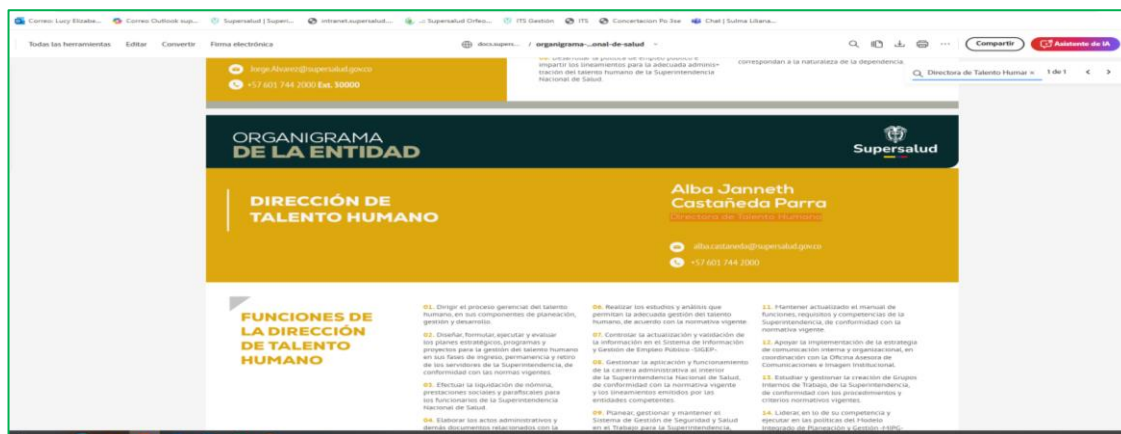
3.1.7. Se constató el cumplimiento de la ejecución del control para el riesgo de corrupción con código PEPR01-1 del aplicativo ITS, en los siguientes términos: *“Evidencia: Formato Estudio Técnico de hoja de vida diligenciado Formato Lista de Verificación Documentos Requeridos Para Ingreso de Personal diligenciado”.*

3.1.8. Se constató el cumplimiento de la ejecución de los controles para el riesgo de corrupción con códigos PEPR01-2, y PEPR01-3 del aplicativo ITS, en los siguientes términos: *“Evidencia: Plan de bienestar aprobado”, “Evidencia: Plan de Bienestar Social y Estímulos, Diagnóstico, encuestas de satisfacción e informe semestral”, “Evidencia Actas de reunión de seguimiento” y “Evidencia: Reporte de evento”.*

3.2. Observaciones

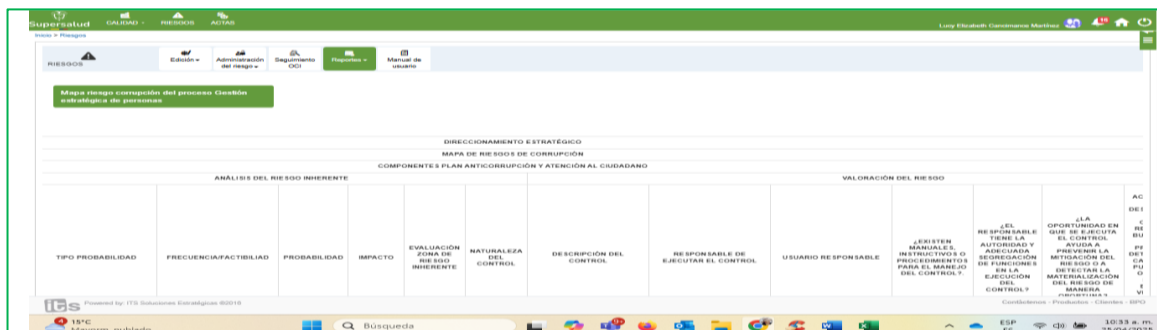
3.2.1. Al realizar análisis sobre el Mapa de Riesgos de Corrupción en el aplicativo ITS, se evidencio que este se encuentra desactualizado, toda vez que la responsable de ejecutar uno de los controles de naturaleza preventiva al riesgo de corrupción, es la directora de Talento Humano, y al cierre de este informe (30 de abril de 2025), el nombre de la directora de Talento Humano es: Alba Janneth Castañeda Parra, lo que significa que el mapa de riesgos no ha sido actualizado por parte del gestor responsable, tal como lo establece *“Hoja de Ruta – Monitoreo del Riesgo”* en la Política para la Administración del Riesgo DEPI01v1 actualizado el 15.01.2025, y lo enunciado en el Manual de Administración del Riesgo – DEMN02v4 de fecha 15.01.2025 *“Actualización del Riesgo”* el cual indica entre otros aspectos la siguiente afirmación *“Cuando se requiera actualizar el riesgo de debe revisar:*

- El contexto (interno / externo)
- Las diferentes actualizaciones que tuvo el proceso
- **Cambio de los responsables en la ejecución de los controles (...)**



Fuente: Organigrama de la Entidad, publicado en página web supersalud, fecha del registro fotográfico, 25/04/2025.

Registro fotográfico, tomado del aplicativo de gestión ITS el 25.04.2025, evidenciándose que el nombre de la Directora de Talento Humano es la dra. Alba Janneth Castañeda Parra y no como aparece en el registro en ITS “*Mapa de Riesgos de corrupción DEFT23 v1, del proceso Gestión estratégica de personas con fecha 31.01.2025*” responsable de ejecutar el control -Director de Talento Humano – Alejandra Macela Navarro Martínez / Director”.



[illegible]

Fuente: Registro Aplicativo de Gestión ITS DEFT23 v1 – 31.01.2025. Riesgo de corrupción.

3.2.2. Se establece observación por la debilidad en el desarrollo, reporte y ejecución del control de gestión N°. PEPRO01-5 en el aplicativo ITS, toda vez que, al cierre de este informe, no se evidencio avance de cumplimiento sobre las actividades propuestas en el cronograma establecido para desarrollarse durante el primer trimestre y de acuerdo con el Plan Anual de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo vigencia 2025.

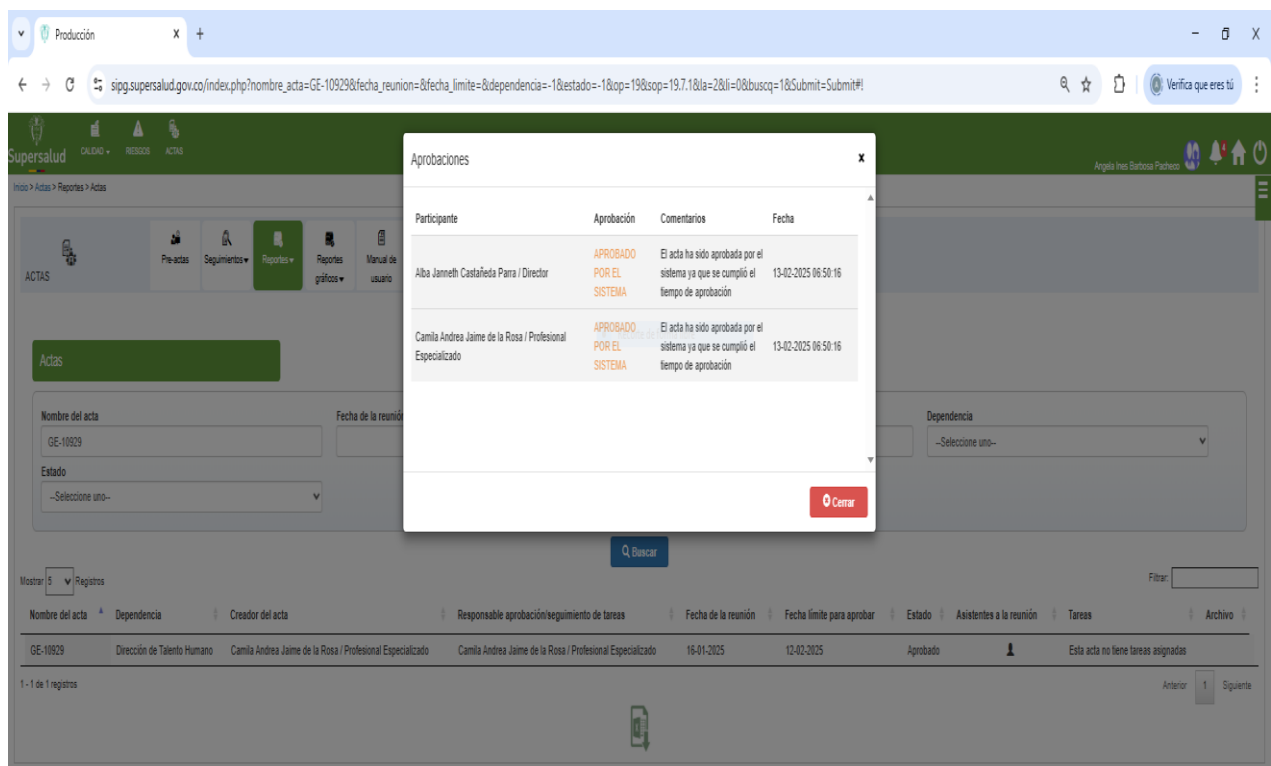
3.2.3. Analizada la descripción del control al riesgo de corrupción identificado con N° PEPR01-3 en el aplicativo de gestión ITS de la Entidad, y de cara al enunciado de la evidencia que lo soporta “*Formato de Autoevaluación*” se determina que no se tiene analogía, semejanza o relación entre la descripción del control y el nombre de la evidencia asignada al control. Por tal razón, se eleva la siguiente observación, concluyendo que se unifique la descripción del control con la denominación de la evidencia, de tal forma que se asocien o guarden relación entre sí, evitando confusiones a la hora de evidenciar el cumplimiento por parte de quienes ejecutan validaciones y monitoreo a los riesgos.

3.3. No Conformidades

3.3.1. La Oficina de Control Interno, al verificar la información suministrada por la Dirección de Talento Humano sobre el cumplimiento de la Resolución N. 2021160000013752-6 del 28/10/2021 evidencia que el Acta : GE-10929 del 16.01.2025 sobre el proceso de Gestión estratégica de Personas, con Objeto de “*Realizar la reunión de Autoevaluación correspondiente al mes de Enero*”, registra como únicos asistentes a la reunión a la Directora y a la profesional especializada (gestora) sin que se evidencie la participación de los demás servidores adscritos a la respectiva dirección.

En la misma hacen descripción de temas tratados, indicando para cada uno ellos actividades por cumplir, mencionando que las mismas se encuentra en la presentación adjunta, documento que no fue cargado en el aplicativo ITS para la correspondiente verificación sobre el desarrollo de los temas tratados. Por lo tanto, no se puede identificar conclusiones, ni seguimientos sobre las actividades a realizarse, ni los responsables de las tareas a ejecutarse con posterioridad al cierre de esta.

De otra parte, llama la atención que la fecha límite para la aprobación del acta fue establecida 12.02.2025 sin embargo, al verificarse en el aplicativo se evidencia que el acta fue aprobada por el sistema con fecha 13.02.2025, significa esto, que no hubo un lapso suficiente para analizarse ni realizarse observaciones y ajustes a la misma. Así las cosas, se observó que al vencerse el termino establecido en la misma, solamente se incluyó como participantes a la reunión de autoevaluación del mencionado mes, a la directora de la Dirección de Gestión de Talento Humano y a la profesional con rol de gestora, como se evidencia en la siguiente imagen:



Participante	Aprobación	Comentarios	Fecha
Alba Janneth Castañeda Parra / Director	APROBADO POR EL SISTEMA	El acta ha sido aprobada por el sistema ya que se cumplió el tiempo de aprobación	13-02-2025 06:50:16
Camila Andrea Jaime de la Rosa / Profesional Especializado	APROBADO POR EL SISTEMA	El acta ha sido aprobada por el sistema ya que se cumplió el tiempo de aprobación	13-02-2025 06:50:16

Fuente: Plataforma ITS - Actas

Por lo anteriormente descrito, la Oficina de Control Interno al realizar el seguimiento al Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS) genera la **No Conformidad, por la 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 Estratégica de personas*”, liderado por la Secretaría General, así:

Incumplimiento a lo prescrito 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 la reunión de Autoevaluación del mes de enero de 2025 no se realizó 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 la Dimensión No. 4 “*Evaluación de Resultados*” y la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.

4. Recomendaciones

4.1. Describir de manera clara y específica las evidencias, ya sean formatos, registros o informes, que den cuenta de la información documentada, toda vez que las evidencias respaldan el cumplimiento a las acciones descritas en el control, con características verificables, fiables, representativas, objetivas y concluyentes que blindan el proceso, sobre la probabilidad de que se materialice un riesgo sin importar la naturaleza de este.

4.2. Al revisar la evidencia al control establecido a las historias laborales, se pudo identificar que los expedientes objeto de verificación, se encontraban debidamente foliados y registrados con fechas pertinentes a la última novedad generada y registrada por el funcionario en el formato indicado por el SIG, No obstante, se recomienda que en los expedientes de hojas de vida que superan los doscientos (200) folios, se registre la anotación en la casilla de “*observaciones*” del formato “*DIFT24v2 Hoja Control Expediente*” sobre la continuidad de los folios en el siguiente expediente o carpeta del funcionario. Toda vez que, para efectos de revisiones y verificaciones, no se presenten confusiones.

4.3. Modificar en cuanto sea posible, la fecha final de cumplimiento a los Planes de Tratamiento asignados a los riesgos, esto es 31 de diciembre de cada vigencia, puesto que resulta ser insuficiente el tiempo para verificar el porcentaje de avance de cumplimiento a la acción propuesta para el monitoreo y evaluación que ejerce la Oficina de Control Interno en el último mes del año.

4.4. Si la actividad asignada para desarrollar el Plan de Tratamiento al riesgo se formula a través de “*capacitaciones*”, se recomienda que las evidencias no solo sean la lista de asistencia al evento,

si no qué también se incluya y anexe la presentación de la temática tratada y la evaluación en la aprehensión de esta, por parte del asistente capacitado.

4.5. Al solicitar al responsable de la Dirección de Talento Humano, la evidencia al control del riesgo de gestión No PEPRO01-7, *“Ficha técnica aprobada”*, se recibió información en los siguientes términos *“No hay ficha técnica aprobada, sobre la ejecución del PIC para la vigencia 2025, toda vez que al momento no hay contrato, el insumo se encuentra radicado en la Dirección de Contratación”*. Por tal razón se genera recomendación, en el sentido de que una vez se genere la asignación de tareas a realizar por parte del contratista, se realice seguimiento al cumplimiento de cada evento y que estos estén enmarcados en las necesidades expresadas por los funcionarios de la Entidad.

4.6. Al verificar los soportes enunciados a los controles del riesgo de gestión con N° PEPR01-7 *“Evidencia: Informe de seguimiento”* y riesgo de corrupción con N° PEPR01-2 *“Evidencia: Informe de seguimiento en el aplicativo ITS y aportado por el responsable encargado de Talento Humano, se evidencio que, al hacer lectura del informe de seguimiento correspondiente al último semestre 2024, no se identificó información que diera cuenta de requerimiento alguno en aquellos funcionarios que por algún motivo no asistieron a los eventos inscritos con antelación a la ejecución de este. Por tal razón se eleva la siguiente recomendación, en el sentido de consignar en tal documento, datos que evidencien las acciones correspondientes a aplicar a los funcionarios, no participantes en los eventos ya asignados, indicando si procede o no un pago por la inasistencia y normatividad que regula el cobro, si hay lugar a ello.*

4.7. Verificada la evidencia al control de gestión identificado con N° PEPR01-7 en el aplicativo de gestión ITS y respecto de la *“Evidencia: Plan de capacitación publicado”*, se eleva la siguiente recomendación dado que a la fecha 11 de abril de 2025, no se evidencia ejecución de las actividades propuestas para el primer trimestre 2025 en el Cronograma dispuesto para la realización de la actividad del Plan de capacitación, es así que se exhorta a la Oficina de Gestión de Talento Humano, celeridad a lo dispuesto en el Plan de Capacaciones de la Entidad.

CONCLUSIONES

✓ La Oficina de Control Interno en atención al Programa Anual de Auditorías y Seguidimientos (PAAS) y lo definido en la *(Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6)*, debe realizar la evaluación cuatrimestral de la Gestión del Riesgo.

✓ A partir de la evidencia recaudada y verificada por parte del equipo de evaluación a la gestión del riesgo, se puede determinar que los controles inherentes al proceso para el periodo (enero a abril 2025) se están ejecutando debidamente y conforme a lo establecido en el aplicativo de gestión ITS dispuesto por la Entidad, salvo las observaciones, recomendaciones y No conformidades que se encuentran implícitas en este informe.

✓ Se resaltar la creación del documento denominado “*Políticas para la Administración del Riesgo*” identificado con código DEPI01 v1 asociado al proceso Direccionamiento Estratégico, con fecha de creación 15.01.2025; que, de forma exclusiva e independiente, da lineamientos para el reconocimiento de los riesgos de Gestión, Corrupción, Fiscales y de Seguridad y Privacidad de la Información en la Superintendencia Nacional de Salud.

De conformidad con lo preceptuado en el párrafo del Literal d) del Artículo 2.2.21.3.7 del Decreto 1083 de 2015, es competencia de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces “(...) *Evaluar el sistema de control interno de la Entidad, con énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman y presentar informes a la Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno de la Entidad, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema (...)*”, por consiguiente, el resultado derivado del presente seguimiento será puesto en conocimiento de la Alta Dirección e integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICCII, con el objeto de que se considere el diseño y la implementación de las acciones preventivas y/o correctivas a que haya lugar, en procura del mejoramiento continuo y la eventual adopción de buenas prácticas que permitan la definición y aplicación de controles adecuados, para el tratamiento de riesgos institucionales.

Cordialmente,

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

Elaboró: Lucy Elizabeth Cancimance Martínez (L), Angela Inés Barbosa Pacheco: Profesionales Especializadas - OCI
Revisó y aprobó: Angela Inés Barbosa Pacheco, jefe de Oficina Control Interno (e)