

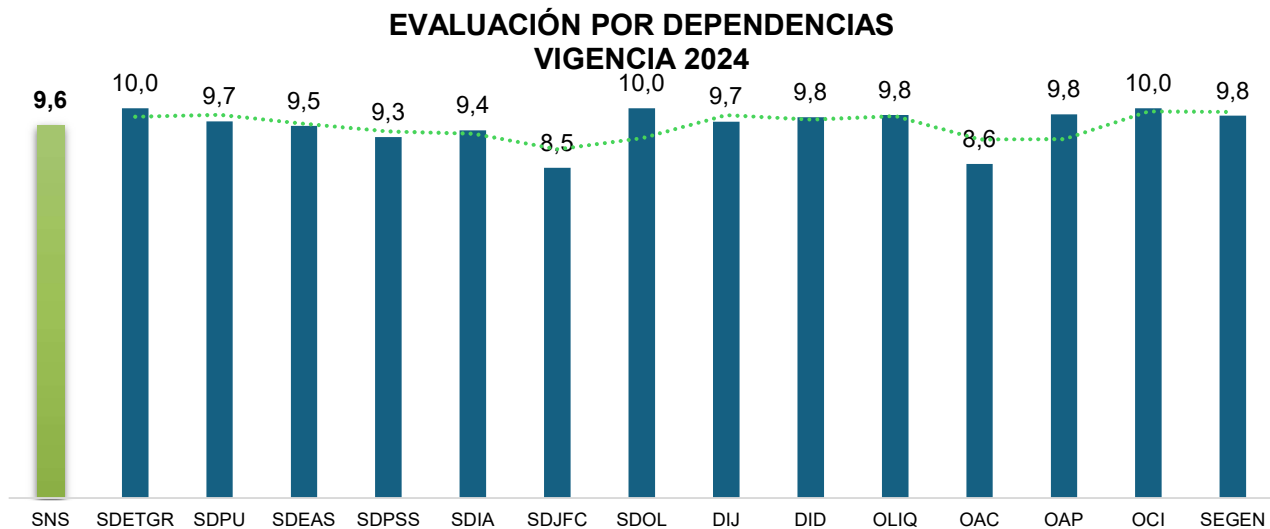
Fecha del Informe de Seguimiento	Día	20	Mes	02	Año	2025
Nombre de la actividad	Seguimiento Evaluación Dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud					
Objetivo del Seguimiento	Evaluar y establecer el grado de cumplimiento de las actividades definidas en el Plan Anual de Gestión por parte de las dependencias que integran la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de la vigencia 2024					
Alcance	Plan Anual de Gestión de la vigencia 2024 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 2023120000014446-6 del 13 de diciembre de 2023 “<i>Por la cual se adopta el Plan Anual de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia 2024</i>”. 6. Procesos y actividades claves de éxito aprobados en la Entidad. 7. Las demás que sean aplicables en desarrollo del seguimiento.					
Equipo Evaluador	Angela I. Barbosa P. - Profesional Especializado Lucy E. Cancimance M. - Profesional Especializado Luis A. Triana L. - Profesional Especializado Hector J. Díaz M. - Profesional Especializado Guillermo A. Corredor M. - Profesional Especializado Peter W. Vargas P. - Profesional Especializado Johana Patricia Orjuela Gómez - Profesional Universitario					
Tabla de Contenido	1. INFORME2 2. RECOMENDACIONES5 3. HALLAZGOS11 4. CONCLUSIONES12					

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 a su vez que, (...) “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 2024, 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:



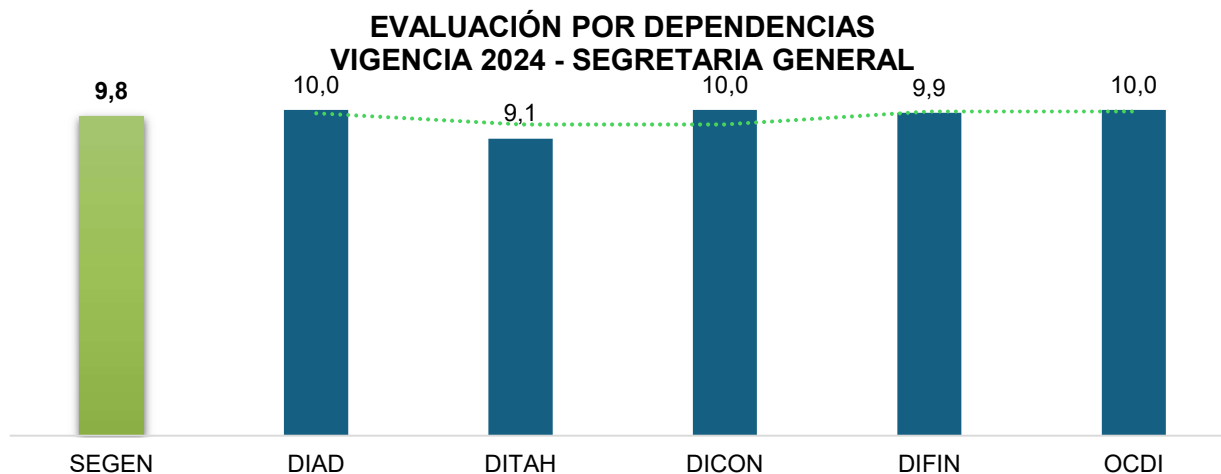
SIGLA	DEPENDENCIA
SNS	DESPACHO DEL SEÑOR SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD (Calificación Promedio Entidad)
SDETGR	Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores y Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
SDPU	Superintendencia 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
OCI	Oficina de Control Interno

SIGLA	DEPENDENCIA
SNS	DESPACHO DEL SEÑOR SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD (Calificación Promedio Entidad)
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 publicado en la página web, no se tienen definidas actividades para ese 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 2024”, el cual contiene la calificación por dependencias y la verificación de las actividades incorporadas en el Plan Anual de Gestión (PAG) de la vigencia 2024.

Respecto de la calificación promedio obtenida (9,6) por la Superintendencia para la vigencia 2024, la Oficina de Control Interno, con fundamento en la evidencia aportada, relaciona las dependencias que no lograron obtener plena ejecución:

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

Se observó que fueron programadas diez (10) actividades, precisando que ocho (8) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 8 y 9) obtuvieron calificación de 8.3 y 8.3 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 97%.

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

Se observó que fueron programadas cuatro (4) actividades, precisando que una (1) se cumplió al 100% y las restantes (Actividades N. 3 y 4) obtuvieron calificación de 9.8 y 8.4 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 95%.

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

Se observó que fueron programadas veinte (20) actividades, precisando que dieciocho (18) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 2 y 12) obtuvieron calificación de 9.9 y 5.2 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 93%.

✓ **Superintendencia Delegada de Investigaciones Administrativas.**

Se observó que fueron programadas diez (10) actividades, precisando que siete (7) se cumplieron al 100% y las tres (3) restantes (Actividades N. 1, 2 y 6) obtuvieron calificación de 8.8, 6.4 y 9.1 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 94%.

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

Se observó que fueron programadas doce (12) actividades, precisando que ocho (8) se cumplieron al 100% y las cuatro (4) restantes (Actividades N. 2, 5, 6 y 9) obtuvieron calificación de 9.5, 6.8, 7.7, y 7.1 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 85%.

✓ **Dirección Jurídica.**

Se observó que fueron programadas once (11) actividades, precisando que ocho (8) se cumplieron al 100% y las tres (3) restantes (Actividades N. 5, 7 y 8) obtuvieron calificación de 6.8, 9.9 y 9.5 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 97%.

✓ **Dirección de Innovación y Desarrollo.**

Se observó que fueron programadas trece (13) actividades, precisando que once (11) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 4 y 9) obtuvieron calificación de 8.5, y 8.5 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 98%.

✓ **Oficina de Liquidaciones.**

Se observó que fueron programadas cuatro (4) actividades, precisando que tres (3) se cumplieron al 100% y la restante (Actividad N. 1) obtuvo calificación de 9.3, dando como resultado una ejecución del 98%.

✓ **Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional.**

Se observó que fueron programadas siete (7) actividades, precisando que cinco (5) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 4 y 5) obtuvieron calificación de 5.0, y 5.0 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 86%.

✓ **Oficina Asesora de Planeación**

Se observó que fueron programadas trece (13) actividades, precisando que diez (10) se cumplieron al 100% y las tres (3) restantes (Actividades N. 6, 11 y 12) obtuvieron calificación de 8.5, 9.9 y 9.5 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 98%.

✓ **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 2) obtuvieron calificación de 9.8 y 5.8 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 91%.

✓ **Dirección Financiera**

Se observó que fueron programadas ocho (8) actividades, precisando que seis (6) se cumplieron al 100% y las dos (2) restantes (Actividades N. 3 y 6) obtuvieron calificación de 9.4 y 9.9 (respectivamente), dando como resultado una ejecución del 99%.

2. RECOMENDACIONES

2.1. Superintendencia Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendaciones, las cuales se exponen a continuación:

- *“Impulsar acciones de Inspección y vigilancia tendientes a monitorear las responsabilidades de los generadores, recaudadores y administradores de recursos y generar alertas que contribuyan a la sostenibilidad financiera del sistema”,* por cuanto se evidencia como soporte la misma para los trimestres, con avances mínimos de las actividades realizadas, además de evidenciar que la actividad está tomando como base información o alertas desde al año 2023. De otra parte, no se evidencia que la actividad este dirigida a realizar acciones de IV sobre el manejo de los recursos realizados por los generadores, recaudadores y administradores de los recursos del SGSSS.
- *“Realizar auditorías para verificar el cumplimiento de las funciones y obligaciones de vigilados de la Delegada”,* se evidencia el registro doble o cargue de la misma auditoria para para dos cuatrimestres con el registro de la auditoria autorizada con Auto No. 2024590010001423-7 cambiando el detalle de la acción de IV al mismo vigilado y la inclusión de algunas palabras poco significativas, lo anterior, significaría que este producto no haría parte del insumo o avance de la gestión realizada por la Delegada para el reporte del tercer cuatrimestre.
- *“Realizar mesas técnicas dirigidas a los sujetos vigilados de la Delegada de acuerdo a su competencia”.* La realización de las mesas técnicas entre las EPS y los Prestadores de Servicios de Salud son

competencia de otras delegadas por lo que se considera que esta actividad no le compete a la DET y se estaría dejando de lado actividades que realmente si le competen y no se están realizando, incumpliendo otro tipo de actividades y funciones designadas en el decreto 1080 de 2021. Esta oficina considera que se debería realizar el ajuste pertinente para la vigencia 2025.

- *“Realizar Supervisión al cumplimiento de las Sentencias, Ordenes Defensoriales, Acciones Populares y Alertas Tempranas a las entidades territoriales”*. Se evidencia un cumplimiento de la meta del 100%, sin embargo, llama la atención que la DET realice acciones que competen a la Delegada de Aseguramiento y DPU quienes tienen dentro de sus funciones ejercer vigilancia a las EPS y la DPU el trámite de quejas que presentan los usuarios, por lo que se estaría generando un desgaste administrativo al realizar funciones de seguimiento que no les aplica.

- *“Realizar Mesas de Flujo de Recursos entre Entidades Responsables de Pago (ERP) y Entidades Beneficiarias de Pago (EBP) de acuerdo con la priorización de la Delegada y las Mesas de Intervención en territorio”*. La realización de las mesas de flujo de recursos también son actividades realizadas por la Delegada de Aseguramiento e inclusive por la Delegada de Conciliación y Jurisdiccional, por lo que se estaría ejerciendo una duplicidad de funciones que no le competen, además de tener en cuenta que las Entidades responsables de pago y los Prestadores de Servicios de Salud son vigilados por otras delegadas de la Superintendencia y realizan lo concerniente con las mesas de flujo de recursos.

- *“Realizar consolidación y monitoreo de la deuda por prestación de servicios de las entidades territoriales y acuerdos de reestructuración de pasivos”*. La información reportada evidencia avance seguimiento para algunos acuerdos de pago, sin embargo se evidencia algunos saldos pendientes de pago los cuales están desde el 2015 y no se evidencia la gestión realizada para subsanar estas deudas pendientes, tal es el caso de Córdoba y Guajira quienes aún presentan saldos pendientes por valor aproximados de \$2,767 millones y \$145 millones respectivamente, se recomienda para la vigencia 2025 realizar ajustes que evidencien la gestión realizada para subsanar los valores pendientes de pago.

- *“Ejecutar las actividades de apoyo a las Delegadas y Oficinas de la SNS por parte de las direcciones regionales conforme a los Acuerdos de nivel de servicio”*. Este indicador no debería hacer parte de las actividades a ser realizada por DET por cuanto son competencia de otras delegadas e igualmente está indicando que solo existe una diferencia con el indicador SE27, por lo que sería una duplicidad de funciones dejando de lado otras de mayor importancia en cumplimiento de las funciones de la DET.

- *“Efectuar seguimiento y evaluación a la gestión de las Direcciones Regionales de conformidad con las directrices y lineamientos formulados por la Superintendencia Delegada”*, dio cumplimiento con el 100% establecido en el indicador con la gestión de las regionales según lo descrito en la actividad, sin embargo, se debe reportar y/o evidenciar el resultado de la gestión sobre las actividades pendientes para los meses siguientes, dejando los registros pertinentes sobre las actividades realizadas por cada una de las regionales. Por ejemplo, en el primer trimestre registró actividades a realizarse en el mes de abril, pero no se evidencia el resultado final.

2.2. Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendaciones, las cuales se exponen a continuación:

- *“Gestionar los reclamos en salud clasificados como riesgo vital de los usuarios del Sistema de Salud”*. Al verificar las bases de datos PQRD del primer trimestre consultada a través de la herramienta SharePoint (Reporte PAG) la misma no coincide al evidenciar que existe una diferencia de ocho (8) PQRD que no fueron tramitadas por el Grupo SIS, durante el primer trimestre de 2024.
- *“Realizar auditorías a los vigilados relacionadas con el Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU, mecanismos de Participación Ciudadana y comportamiento de reclamos en salud”*. Se estableció un cumplimiento del 100%, con un total de 110 auditorías para la vigencia 2024 superando la meta establecida al incluir auditorías adicionales, sin embargo, se deja constancia que los soportes documentales incluidos en el aplicativo no fue posible abrirlos para la correspondiente verificación, así como tampoco fue posible ver la relación total de las entidades auditadas durante los tres últimos trimestres del año 2024.
- *“Realizar análisis a los Planes de Mejoramiento suscritos por los vigilados durante el periodo de evaluación”*. Se dio cumplimiento con la meta establecida para la vigencia 2024, sin embargo, se debe aclarar por parte de la SDPU que la actividad de analizar los planes de mejoramiento corresponde solamente a la aprobación o negación de estos dentro de los plazos establecidos para tal fin, sin que se evidencie el seguimiento efectivo o estado en que se encuentran los planes de mejoramiento durante una determinada vigencia.
- *“Diseñar la estrategia de atención a la ciudadanía y participación ciudadana, que fortalece deberes y derechos en salud y mecanismos de participación ciudadana con enfoque diferencial, étnico y de género, que permitan el ejercicio de la defensa de los derechos de los usuarios del sector salud”*. Evidencia cumplimiento de la meta establecida para la vigencia 2024 del 100% con reporte de información en los meses de noviembre y diciembre, sin embargo, la frecuencia del reporte de la meta en el PAG es semestral induciendo a error ya que dejaron los meses de noviembre y diciembre para el reporte de información por lo que se debe ajustar la frecuencia de los reportes y metas para la vigencia 2025.
- *“Realizar seguimiento y cierre de reclamos en salud recibidos en los diálogos territoriales”*. No se dio cumplimiento con la meta establecida, pues las acciones deberían estar programadas de tal forma que no permitan el incumplimiento dentro de la gestión proyectada en el PAG. ya que el porcentaje de cumplimiento para cada uno de los meses presentó porcentajes de 77,9%, 85,4%, 81,6% y 82,7%, por lo que se recomienda ajustar la meta para el 2025.

Aunque se dio cumplimiento con la mayoría de las actividades programadas para la vigencia 2024, se recomienda realizar ajustes al PAG de la vigencia 2025, con el fin de fortalecer la confianza y credibilidad de los usuarios del territorio nacional frente a las funciones de IVC que debe realizar la SNS.

Los reportes de información y las metas se deben ajustar para la vigencia 2025 teniendo en cuenta la frecuencia del reporte para que no altere la verificación de información, así como garantizar que los reportes sean acordes con la actividad descrita y se pueda verificar su cumplimiento.

En lo concerniente con la actividad de *"análisis a los planes de mejoramiento"*, la misma está enfocada directamente con la revisión para aprobación, devolución (según tiempo establecido) o la no aprobación de la suscripción del Plan, por lo que se considera pertinente ajustar el indicador a los seguimientos y cierres de dichos planes dentro de la vigencia, con el fin de medir la gestión realizada por la Delegada frente al estado vigente de los mismos.

2.3. Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud

Se destaca que pese a que la capacidad instalada del personal en el área resulta ser insuficiente para generar respuestas a las PQRD recibidas por parte de los usuarios del servicio de salud. Es así, que se hace necesario plantear propuestas que le permitan a la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, minimizar el impacto desfavorable por el incumplimiento de las metas propuestas y en definitiva no cubrir la totalidad de las PQRS radicadas.

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendación a la Superintendencia Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, respecto de efectuar solicitud de acompañamiento y asesoría tanto a la Oficina Asesora de Planeación como a la Dirección de Talento Humano, a través de mesas de trabajo, en las que se pueda proponer acciones que mitiguen la brecha que se está presentando, frente a la no cobertura de la totalidad de las PQRD radicadas.

2.4. Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendación, tendiente a poner en conocimiento de la actual administración (alta dirección institucional), los avances del proyecto para reformular la política sancionatoria vigente de la Superintendencia Nacional de Salud, así como de formulación de la metodología de priorización de casos para apertura de investigaciones con trascendencia social e impacto, en el caso de que ello no haya acontecido, dando a conocer las necesidades, bondades y beneficios de esta reformulación, posibilitando concretarla si del análisis se concluye su pertinencia, relevancia y utilidad en cuanto a la facultad administrativa sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.5. Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendación tendiente a analizar de qué forma, método, dinámica o buena práctica se puede acoger para que los cambios de administración no afecten la productividad de la dependencia, por ejemplo, haciendo énfasis en el informe de gestión que presente el funcionario

saliente, de cuáles son los aspectos que deben ser atendidos prioritariamente, y de esta forma, el funcionario entrante o encargado pueda eventualmente proceder de conformidad.

2.6. Dirección de Innovación y Desarrollo

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendación respecto de la actividad *“Rediseñar el Modelo Integral de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud a partir de la fase de elaboración para el fortalecimiento del ejercicio de Inspección, Vigilancia y Control”*, identificado con el código *“DE14”*, en la cual se dispuso como fórmula del indicador *“Número de dimensiones diseñadas del Modelo Integral de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud / Total de dimensiones proyectadas para la consolidación del Modelo Integral de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud”*; indicando, que si bien los datos - cifras consignados en el aplicativo dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación da cuenta que fueron efectuadas las gestiones tendientes a dar trámite a la actividad, también lo es que, no se identifica el número de dimensiones diseñadas del Modelo Integral de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, así como tampoco se identifica el total de dimensiones proyectadas para la consolidación del Modelo Integral de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Así las cosas, la Oficina de Control Interno recomienda a esa Dirección, se analice la situación anteriormente expuesta, y con ello se determine si la *“formula del indicador”* en efecto guarda relación con la actividad dispuesta y viceversa, o si, por el contrario, debe efectuarse ajuste a la misma, a fin de que exista correlación entre estas situaciones.

Igualmente, se genera recomendación a la Dirección de Innovación y Desarrollo para que se analice la posibilidad y pertinencia de centralizar los reportes que se efectúan en cabeza del gestor de la dependencia o quien se determine, con el ánimo de reducir la probabilidad que las situaciones detectadas se vuelvan a presentar y con ello tener un solo criterio o estándar para el reporte de la información que se genere, esto de conformidad a los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación sobre el particular.

2.7. Oficina de Liquidaciones

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendación ya que los indicadores CT18 y SE46 establecidos para la Oficina de Liquidaciones no permiten la medición de las actividades que se realizan, por ende, es necesario efectuar ajustes a los indicadores para que el resultado que se obtenga de los mismos, permita medir la gestión realizada y tener mayor claridad de las oportunidades de mejora, para con ello, analizar el desempeño de las acciones establecidas, información que permitiría la toma de decisiones de la administración referente al cumplimiento de los objetivos institucionales.

2.8. Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendación toda vez que se identificó que la actividad *“Evaluar las campañas y mensajes de comunicación interna de acuerdo con la muestra seleccionada”* el cual tiene como indicador *“Número de visualizaciones de los contenidos emitidos en la comunicación interna / Número de contenidos*

de información socializada", no genera valor agregado para la toma de decisión por parte de la administración, por tal razón se recomienda que se establezcan actividades e indicadores que permitan contribuir a la mejora continua y al fortalecimiento de los objetivos planteados.

Ahora bien, respecto de las actividades DI15 y DI16, en caso de presentarse variaciones por factores externos e internos para el cumplimiento de las metas, se recomienda efectuar los análisis pertinentes a fin de determinar y solicitar modificación en las frecuencias, esto para dar cumplimiento a cada una de las actividades definidas.

2.9. Oficina de Control Disciplinario Interno

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno genera recomendación para que se analice la pertinencia de ajustar la actividad *"Reducir número procesos disciplinarios prescritos"* y con ello el indicador *"(Número de procesos disciplinarios prescritos en el periodo/ Inventario total de procesos disciplinarios) *100"*, ya que señala que para la Oficina de Control Disciplinario Interno existían procesos prescritos, lo cual no se refleja en la muestra objeto de evaluación; esto, bajo el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación, a fin se establezca una actividad e indicador que permita medir la gestión de los procesos disciplinarios con posibles riesgos de prescripción durante la vigencia: Aunado a lo anterior, es necesario que la base de datos dispuesta por esa Oficina, sea actualizada cada vez que se determine con claridad la fecha de los hechos de cada proceso, esto para evitar que existan prescripciones durante la vigencia.

2.10. Hoja de Vida del Indicador (DEFT20)

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, el equipo evaluador de la Oficina de Control Interno genera recomendación a la Oficina Asesora de Planeación, toda vez que, se identificó que la información publicada en la página web de la Entidad respecto de la *"Hoja de vida del Indicador"* – DEFT20 presenta inconsistencias en el diligenciamiento, como las que a continuación se describen:

- Los indicadores establecidos para la Oficina de Liquidaciones y la Oficina de Control Disciplinario Interno, no se encuentran contemplados en el referido formato.
- De los siete (7) indicadores establecidos para la Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional, dos (2) no cuentan con su respectiva hoja de vida del indicador (DEFT20).

De lo anterior, es preciso señalar que, similar situación fue detectada en auditoría efectuada al proceso Direccionamiento Estratégico, la cual fue puesta en conocimiento ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante radicado N° 20241400000127773 del 19/12/2024, la cual describe: *"No Conformidad N° 1. Incumplimiento de lo preceptuado en la Actividad clave de Éxito "Formular Indicadores", en su fase "Elaborar la hoja de vida del indicador", al proceso "Direccionamiento Estratégico", liderado por la Oficina Asesora de Planeación, así: Respecto de la muestra seleccionada objeto de análisis y evaluación, esto es, los indicadores de la "Dirección Jurídica" para las vigencias 2023 y 2024, se observó que para algunos casos, presenta inconsistencias en el diligenciamiento del formato DEFT20 "Hoja de Vida del Indicador", dado que, al realizarse comparativo entre la información*

contenida en la “Matriz de Formulación del Plan Anual de Gestión – PAG”, y el “Reporte PAG (SharePoint)”, esta resulta no contener la totalidad de los datos que reporta la citada Dirección, como también lo es que, el seguimiento “Análisis Interpretación” a los indicadores no se realiza con la frecuencia definida, afectando el correcto registro de los campos del formato tales como: “Comportamiento Indicador, Medición, Análisis Interpretación de Resultados del Indicador”.

Para el hallazgo en mención fue generado plan de mejoramiento N° 1817, para el cual fueron dispuestas dos (2) actividades para su desarrollo.

Por lo tanto, la Oficina de Control Interno recomienda a la Oficina Asesora de Planeación emprender las gestiones a que haya lugar, a fin de dar trámite al hallazgo generado y con ello las situaciones que ahora se reportan en el presente informe.

2.11. Dependencias Superintendencia Nacional de Salud

Con fundamento en el análisis y evaluación realizada, la Oficina de Control Interno genera, recomendación a las diferentes dependencias de la Entidad, que en atención al principio de “autocontrol” que promulga el Modelo Estándar de Control Interno, se efectúe revisión de la programación, metas e indicadores establecidas en el Plan Anual de Gestión y de considerarlo necesario, en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, realizar las articulaciones y gestiones a que haya lugar para que de manera eficiente, eficaz y efectiva se logre cumplir los objetivos trazados para la vigencia 2025, aunado a que las metas que se planteen durante cada vigencia deben garantizar su ejecución para evitar incumplimientos frente a los objetivos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

3. HALLAZGOS

3.1 NO CONFORMIDAD

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

La Oficina de Control Interno de conformidad a la evidencia objetiva consultada y recaudada durante el seguimiento, genera la No Conformidad N° 1, toda vez que, se identificó incumplimiento consistente en realizar adecuados reportes de información registrados por parte de la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios de Salud y las Direcciones Administrativa e Innovación y Desarrollo en la herramienta dispuesta por la Oficina Asesora de Planeación y con ello lo regulado en el proceso “Mejora”, actividad clave de éxito “Ejecutar Seguimiento a la Gestión”, fase “Realizar seguimiento a plan proyecto de inversión o acciones documentos CONPES”, que define “(...) PLANES INSTITUCIONALES. 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”; situación que igualmente refleja debilidad del principio de autocontrol definido por el Modelo Estándar de Control Interno.

Aunado a que la misma actividad clave de éxito establece para la Oficina Asesora de Planeación en la fase “Validar los reportes realizados por líderes del Plan, Proyecto de Inversión o acciones documentos CONPES” que, “(...) PLANES. Los profesionales designados de la Oficina Asesora de Planeación, una vez culminado el plazo para que las dependencias realicen el reporte (según normatividad del Plan), realizarán la verificación de la información reportada, se analizan las evidencias aportadas y el análisis relacionado. En caso de que falten evidencias o la información en el análisis de la actividad e indicador sea insuficiente, el profesional de la Oficina Asesora de Planeación, solicitará mediante correo electrónico al gestor o profesional encargado de realizar el reporte, la información respectiva para completar a satisfacción el seguimiento correspondiente a los Planes Institucionales, de componente o política del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG”; eventos que nuevamente ratifican la debilidad respecto de las situaciones que fueran detectadas a la luz de la evidencia recaudada.

Lo anterior, constituye una situación reiterada, si se tiene en cuenta que, en el informe de evaluación de áreas o dependencias de febrero de 2024 (Rad. 20241400000020773 del 29.02.2023), la debilidad antes expuesta fue objeto de hallazgo (observación), correspondiendo ahora dar tratamiento a fin subsanar la causa raíz que motivara el hallazgo.

4. CONCLUSIONES

Conforme a la programación establecida en el Plan Anual de Gestión de la vigencia 2024 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 96%, 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 el hallazgo, 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 precaver situaciones que puedan afectar los propósitos que dispone la Superintendencia Nacional de Salud a través de mecanismos como el Plan Anual de Gestión de la Entidad; por lo cual, se pone en consideración de la Alta Dirección Institucional, de determinarlo útil y conducente, tome decisiones que conlleven al mejoramiento continuo de la temática objeto de evaluación.

De acuerdo con lo expuesto, el hallazgo detectado será incorporado en el Aplicativo de Planeación y Gestión (ITS), por lo que la Oficina de Control Interno solicita, 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, 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,

JORGE ALEJANDRO CARDENAS LEURO

Jefe Oficina de Control Interno (e)
Superintendencia Nacional de Salud

Proyectó: Equipo Oficina de Control Interno
Consolidó: Peter W. Vargas P. – Johana P. Orjuela G.
Revisó y Aprobó: Jorge Alejandro Cardenas Leuro
Anexos: 1 – “*Consolidado Ev. Dep. PAG SNS 2024*”.xlsx.