



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Objetivo del informe	Informar a la Alta Dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, la gestión adelantada por la Oficina de Control Interno, los resultados obtenidos y las metas previstas para 2019.
Alcance	El documento incluye las actividades realizadas entre enero y diciembre de 2018.
Fecha	25 de enero de 2019

Introducción

La Oficina de Control Interno está definida por la Ley 87 de 1991 como *uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.*

En otras palabras, a las Oficinas de Control Interno les corresponde desempeñar un papel fundamental como asesor y evaluador del Sistema de Control Interno, para ello suministra a la administración información oportuna, confiable y segura a través de análisis, evaluaciones, orientaciones o sugerencias que le permiten la toma de decisiones con mirar a mejorar el desempeño institucional, lograr objetivos y alcanzar metas.

Para conseguir este cometido, la Oficina de Control Interno desarrolla su labor mediante roles: *liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y, relación con entes externos de control.*¹ Roles que se complementan con las responsabilidades de la gestión del riesgo y del control del Modelo de las Tres líneas de defensa, que para el caso específico de la Oficina de Control Interno le corresponde la tercera línea.²

Bajo dicho esquema la Oficina de Control Interna presenta, de manera sucinta, su informe de gestión de la vigencia 2018. Cada rol incluye las actividades realizadas, los principales resultados y las sugerencias planteadas por la Oficina.

Liderazgo Estratégico

Las Oficinas de Control Interno están llamadas a desempeñar un papel estratégico en las organizaciones, es decir que a través del desarrollo de sus funciones deben generar valor, mediante el flujo de información útil, oportuna, objetiva y confiable que le permita a la alta dirección y a los líderes de procesos la formulación, implementación y evaluación de decisiones que contrarresten riesgos y lleven a las entidades a un mejor desempeño institucional y al cumplimiento de sus objetivos. El rol exige que se creen o fortalezcan los espacios y/o canales de interacción con la alta dirección y se posicione a la Oficina de Control Interno como el elemento del sistema que promueve y dinamiza la mejora al interior de la entidad.

Bajo este concepto, las actividades de la Oficina de Control Interno durante 2018 se concentraron especialmente en impulsar la realización de las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno con la asistencia y participación de todos sus miembros. El Comité fue convocado en dos oportunidades 22 de marzo y 29 de octubre. En el primero de ellos se presentó y aprobó el Programa Anual de Auditorías para 2018 en tanto que el Estatuto de

¹ Artículo 17, Decreto 648 de 2017.

² Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional. Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Versión 2. Agosto de 2018.



La salud
es de todos

Minsa

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor fueron presentados para la verificación de ajustes sugeridos en sesión anterior. Durante la segunda reunión, se explicaron los cambios normativos especialmente los contenidos en el Decreto 648, los roles de las Oficinas de Control Interno, el Modelo de las Líneas de Defensa y la actualización del MECI. Adicional se presentó el informe de gestión de la OCI a tercer trimestre de 2018, se revisaron los compromisos del Plan de Mejoramiento de la CGR, se solicitaron lineamientos para la creación del Comité Sectorial de Control Interno y se aprobaron las versiones finales del Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor.

En respuesta a este rol, la jefatura de esta Oficina también asistió y participó a las tres sesiones convocadas en el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño,³ así como a los Comités de Conciliación, Contratación, seguimiento presupuestal y sostenibilidad financiera.

Enfoque hacia la prevención

El enfoque hacia la prevención, apunta a que las Oficinas de Control Interno cumplan sus funciones concentrándose en análisis sistemáticos, oportunos y estructurados, que les permitan de forma anticipada, alertar o advertir a la organización sobre la posible ocurrencia de riesgos para que la alta dirección o líderes de procesos puedan definir y aplicar medidas para corregir las desviaciones que puedan afectar el logro de sus objetivos. La detección anticipada de eventos que conllevan al mal uso de los recursos públicos, el fraude, la corrupción o el incumplimiento de metas, objetivos y funciones, resulta ser la clave de este rol sumado naturalmente, a la resolución efectiva que realice la organización sobre el riesgo presente o potencial detectado.

Bajo esta perspectiva, la Oficina de Control Interno planeó, elaboró y presentó 75 informes exigidos en diferentes normas y por distintas instancias. De igual modo cumplió con la programación y ejecución del Plan Anual de Auditorías. Productos estos en los que se solicitan acciones correctivas pero de igual modo se formulan recomendaciones con alcance preventivo. El cierre de cada informe implicó mesas de trabajo en las que se no solo se explicaron los resultados de los ejercicios de auditoría, de seguimiento y evaluación sino que además fueron espacios que se utilizaron para aportar análisis, orientaciones y sugerencias sobre la forma de abordar los hallazgos y/o recomendaciones de la Oficina para minimizar las probabilidades de tener problemas.

De otra parte, este rol busca que las Oficinas de Control Interno participen activamente en mejorar las condiciones de la gestión de las entidades. Para ello se dispone que la asesoría y el acompañamiento se articulen con el fomento de la cultura del control. En este sentido la Oficina de Control Interno, en la línea de asesoría, hizo énfasis en la formulación de los Planes de Mejora con ocasión de las auditorías; en cuanto al fomento de la cultura del control, diseñó boletines informativos mensuales que se socializaron a través de la intranet institucional en los siguientes temas: evaluación del desempeño; evaluación por dependencias; actualización de los roles de la Oficina de Control Interno; Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano; Planes de Mejora; respuesta a los requerimientos de entes de control; proceso de organización de archivos de gestión y rol del auditor en la entidades del estado.

Otra actividad desarrollada por la Oficina de Control Interno, en el marco del rol de enfoque preventivo, fue la realización de dos encuentros sectoriales con la participación de los jefes de control interno de las entidades del sector salud y servidores de estas y de las oficinas de planeación. En el primero de ellos se abordó la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y en el segundo, los cambios y buenas prácticas en la norma ISO 19011/2018.

³ La primera sesión fue el 17 de mayo de 2018, Comité Institucional de Desarrollo Administrativo. Las otras dos sesiones corresponden al 27 de junio y



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Relación con entes externos de control

El rol está diseñado para que las Oficinas de Control Interno actúen como enlace entre la administración y los órganos de control con el fin de que se facilite la comunicación y se garanticen los criterios de oportunidad, integralidad y pertinencia de la información que se entregue a los organismos de control.

En esta línea la Oficina de Control Interno centró su trabajo en tres aspectos:

- Seguimiento permanente y actualización de la matriz del Plan de Mejoramiento que se lleva como producto de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República.

La Contraloría General de la República en el informe producto de la auditoría a la Gestión Financiera de la vigencia 2017, conceptuó sobre la efectividad del Plan de Mejoramiento así: *Está compuesto de 44 hallazgos y estos a su vez cuentan con 64 acciones de mejora, realizada la verificación de los documentos que soportan el cumplimiento de estas acciones de mejora se estableció que 33 (51.6%) están cumplidas y fueron efectivas, por lo que pueden ser retiradas del Plan de Mejoramiento y las restantes 31 se encuentran en ejecución y dentro del plazo previsto; por lo tanto, podemos concluir que dicho plan fue efectivo.*⁴

A diciembre 31 de 2018, se evidenció que con antelación al reporte del avance del mismo en el segundo semestre en el Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes –SIRECI a 31 de diciembre de 2018, no se encontraban vencidas acciones, pese a que con posterioridad a los términos establecidos en el literal B) de la Circular No. 36 del 16 de octubre 2018 (7 de enero de 2019), el Grupo Seguimiento Patrimonios Autónomos, la Subdirección Financiera y la Oficina de Promoción Social remiten avance al plan de mejoramiento de acciones a 31 de diciembre de 2018 y tanto la Oficina de Promoción Social como la Subdirección Financiera solicitan reprogramación de las acciones de mejora con posterioridad a su vencimiento.

Asimismo, se observa que del total de 74 acciones planteadas en el plan de mejoramiento presentado a la Contraloría General de la República por el Ministerio de Salud y Protección Social se han cumplido con el 40,5% de las mismas y el 59,5% se encuentran en ejecución puesto que los términos inicialmente planteados no se han vencido o dado que sobre las mismas se ha solicitado su reprogramación:

ESTADO	A JUNIO 30 DE 2018		A DICIEMBRE 31 DE 2018	
CUMPLIDAS	10	16.1%	30	40.5%
NO CUMPLIDAS	20	32.3%	-	0.0%
EN EJECUCION	32	51.6%	44	59.5%
TOTAL ACCIONES	62	100.0%	74	100.0%
TOTAL HALLAZGOS	50		50	

⁴ Contraloría General de la República. Informe de Auditoría Financiera vigencia 2017. Mayo de 2018.



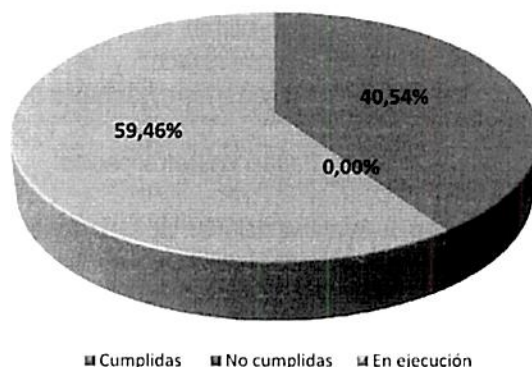
La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

CUMPLIMIENTO ACCIONES DE MEJORA - CGR



En relación con los hallazgos generados en la auditoría al Patrimonio Autónomo de remanentes del Instituto de Seguros Sociales en Liquidación –PAR ISS en Liquidación efectuada por la Contraloría General de la República en 2017, se evidenció que la acción de mejora: establecida Incluir en el orden del día de cada Comité Fiduciario el Avance de actividades del PAR ISS, para efectos de recibir instrucciones / recomendaciones sobre el particular", no subsanaba las causas de los 30 hallazgos y mediante memorando con radicado No. 201815000221513 del 8 de octubre de 2018 y correo electrónico del 14 de diciembre de 2018, reiterado el 28 de diciembre de 2018 la Oficina de Control Interno solicitó su reformulación.

Pese a lo anterior, a través del oficio con memorando 201811700292963 la Coordinadora del Grupo de Seguimiento de Patrimonios Autónomos señaló que: "(...) la auditoria no fue realizada a esta Cartera Ministerial, sino al Patrimonio Autónomo constituido mediante contrato de fiducia mercantil No. 015 de 2015, suscrito entre el liquidador del Instituto de Seguros Sociales y Fiduagraria S.A., en virtud de las facultades concedidas en el artículo 35 del Decreto Ley 254 de 2000, modificado por el artículo 19 de la Ley 1105 de 2006 y, posteriormente cedido al Ministerio".

"En tal sentido, los hallazgos dejados por la Contraloría General de la República recaen sobre las obligaciones del contrato de fiducia mercantil 015 de 2015, cuyas acciones de mejora deben ser ejecutadas por el Patrimonio Autónomo de Remanentes PAR ISS en Liquidación, y, no por el Grupo Seguimiento Patrimonios Autónomos, pues las mismas no recaen sobre las funciones de supervisión que ejercer el Comité Fiduciario, sino como se indicó anteriormente, sobre actividades propias del contrato de fiducia y que desbordan las atribuciones del mencionado Comité, pues hay que recordar que conforme a lo señalado la Superintendencia Financiera: "(...) estos son órganos auxiliares, cuya creación es determinada por las partes que integran el contrato (...), Concepto 2016002443-001 del 26 de febrero de 2016".

Teniendo en cuenta lo anterior se realizó reunión con la Coordinadora del Grupo Seguimiento Patrimonios Autónomos y la Dirección Jurídica el día 17 de enero de 2019, ya que de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Fiducia Mercantil No. 015 de 2015, dentro de las funciones a cargo del Comité Fiduciario se encuentran las labores de supervisión de la ejecución del contrato a través de revisiones periódicas de los informes y servicios prestados, y, que mediante Resolución Interna No. 2888 de 2017 fue suprimido el Grupo de Administración de Entidades Liquidadas y creado el Grupo Seguimiento Patrimonios Autónomos y con Resolución No. 4922 de 2017 se establecieron dentro de las funciones del Grupo Seguimiento Patrimonios Autónomos la realización de las labores de supervisión de los contratos fiduciarios para la administración de patrimonios autónomos de remanentes de Entidades o Empresas Liquidadas del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

En dicha reunión se definió que, puesto que el plan de mejoramiento del PAR ISS en Liquidación se encuentra en ejecución y a que dicho plan no fue registrado en el Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes – SIRECI por parte del PAR ISS, en desarrollo de las labores de supervisión el Grupo Seguimiento Patrimonios Autónomos realiza seguimiento al mismo, en los Comités Fiduciarios y que en función de demostrar el avance del plan en mención se remitirán a la Oficina de Control Interno informes pormenorizados de avance, de acuerdo con lo que reporte el PAR-ISS.

- Se coordinó la atención de requerimientos efectuados por parte del equipo auditor de la Contraloría General de la República, en el marco dos procesos de seguimiento: i) Gestión Financiera de la vigencia 2017 y, ii) Recursos de Funcionamiento Sistema General de Regalías del periodo 2012 – 2017.

La primera de ellas tuvo como objetivo general emitir opinión sobre los estados contables a 31 de diciembre de 2017 y un concepto sobre la gestión presupuestal y financiera desarrollada. La opinión contable se emitió sin salvedades y el dictamen sobre la ejecución presupuestal fue razonable. Condiciones que le permitieron al órgano control fenecer la cuenta fiscal del MSPS por la vigencia 2017.

Como resultado de la auditoría, la CGR formuló seis hallazgos administrativos, uno con incidencia fiscal por \$747.8 millones y dos con presunta incidencia disciplinaria.

El segundo proceso auditor evaluó el cumplimiento a la ejecución de los recursos de funcionamiento del SGR, sobre lo cual la Contraloría concluyó que la información obtenida resultó conforme sin reservas, sin que se identificaran hallazgos.

- Se recibieron 268 requerimientos y se distribuyeron a las responsables funcionales de atenderlos. Los temas hacen referencia especialmente, a solicitudes de información sobre procesos de responsabilidad fiscal, base de datos Única de Afiliados – BDUa e investigación de denuncias presentadas por la ciudadanía.

Evaluación de la gestión del riesgo

Las Oficinas de Control Interno, cumplen un doble propósito frente a este rol: i) asesoría y acompañamiento técnico como complemento a lo realizado por las Oficinas de Planeación y, ii) evaluación y seguimiento a cada una de las etapas de la gestión del riesgo. Este último objetivo, incluye varias acciones: a) Formular el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos; b) Durante la ejecución de las evaluaciones periódicas y las auditorías, verificar la administración del riesgo e identificar riesgos presentes o potenciales que podrían tener un impacto significativo en el sistema de control interno. c) Evaluar la Gestión del Riesgo en la Entidad desde la política hasta la valoración de la pertinencia y efectividad de los controles y acciones de mejora. d) Promover espacios de autoevaluación de riesgos. e) Comunicar al Comité Institucional de Control Interno los resultados de esta gestión *para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está siendo operado efectivamente.*⁵

La Oficina de Control Interno en observancia a este rol evidenció entre otros, que:

- Durante el tercer trimestre de 2017, la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, como líder del proceso de Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional, realizó la actualización de la Política de Administración de Riesgos, el procedimiento Administración de Riesgos Institucionales y la Guía para la Administración integral de riesgos en los procesos, ajuste que obedeció a la necesidad de unificar criterios,

⁵ Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía Rol de las Unidades u Oficinas de Control Interno. Versión 3. Diciembre de 2018.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

- estandarizar categorías e integrar bajo una misma guía y procedimiento metodológico, la identificación y administración de riesgos de procesos, seguridad de la información y corrupción.
2. La Política de Riesgos fue aprobada por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno en sesión del 22 de diciembre de 2017.
 3. La socialización de la nueva documentación y su aplicación, se realizó a través del acompañamiento y asesoría a cada uno de los procesos por parte de un servidor del Grupo de Desarrollo Organizacional
 4. El rol de asesoría y acompañamiento que debe ejercer la Oficina de Control Interno frente al tema de riesgos⁶ no fue contemplado por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, instancia que en la Guía para la Administración Integral de Riesgos en los Procesos dejó expreso: *La caracterización de los riesgos es apoyada por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en temas de gestión de procesos y corrupción, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación en temas de seguridad de la información, y la Oficina de Control Interno en su rol de evaluador independiente.*
 5. De acuerdo con la fecha de aprobación de las fichas de caracterización de riesgos, los procesos identificaron los riesgos de seguridad de la información y revisaron y actualizaron los riesgos de procesos y de corrupción bajo los nuevos lineamientos metodológicos. Actividad realizada durante el último trimestre de 2017.
 6. Los riesgos se identificaron por procedimiento y no por procesos.
 7. El contexto estratégico, publicado en el SIGI registraba fecha de 2014, sin que se hubiese revisado para la actualización de la Política y las metodologías. Su reajuste se realizó hasta mayo de 2018.
 8. La Administración de Riesgos, continúa siendo un tema aislado y no apropiado por los líderes de proceso como oportunidad de mejora y fortalecimiento para el cumplimiento de sus objetivos. Las visitas de evaluación programadas por la Oficina de Control Interno fueron atendidas por los facilitadores o por otros funcionarios responsables de un procedimiento. En algunos procesos el tema está delegado en funcionarios que no aún no han apropiado el conocimiento del tema ni el manejo de las metodologías existentes al interior del Ministerio.
 9. Los procesos no documentan o conservan soportes que demuestren la trazabilidad de las actualizaciones de los riesgos, su retiro o permanencia o ajustes y expliquen las razones de dichas actuaciones. Se recomienda que estos cambios se documenten a través de las actas de los Subcomités Integrados de Gestión.
 10. La mayoría de los procesos, definen como controles frente a la probabilidad y al impacto los Subcomités Integrados de Gestión, como el espacio a través del cual hacen seguimiento a los riesgos identificados. Al consultar las actas que se allegan a la Oficina de Control Interno, se evidenció que ciertamente el tema figura dentro de las agendas de los mismos, no obstante, para todos los casos no se observa profundidad en los análisis ni la toma de decisiones que permita una mejor gestión de los mismos.
 11. A propósito de la expedición de la *Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas* de agosto de 2018, por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, determinó que los procesos debían actualizar los mapas de riesgos con base en dicha metodología, para lo cual inició su socialización en noviembre de 2018. A cierre de la vigencia se habían actualizado únicamente los riesgos de corrupción (12) no obstante que la meta prevista por la citada Oficina era que los riesgos deberían ser actualizados en su totalidad. El Mapa de riesgos institucional actualizado y publicado frente a temas de corrupción no ha sido publicado en la intranet – SIG.

⁶ Decreto 1083 de 2015. ARTÍCULO 2.2.21.5.4 *Administración de riesgos*. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos.



La salud
es de todos

Minsa

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

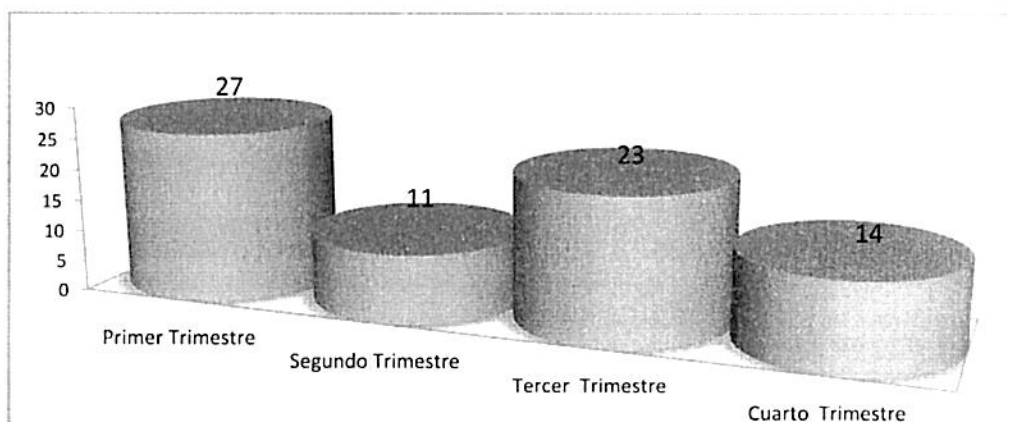
12. El procedimiento Administración Integral de Riesgos Institucionales y la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos, a 15 de enero de 2019, no se habían actualizado en el SIG, conforme a la metodología del DAFP y a los cambios efectuados a la misma por parte de la Oficina Asesora de Planeación para disposición de los procesos.
13. De acuerdo con las metas establecidas en el Plan y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2018, la Política de Administración de Riesgos sería actualizada y sometida a aprobación por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno entre agosto y septiembre de 2018, la meta no fue cumplida.
14. Se recomienda profundizar en la socialización e interiorización de la Política y las metodologías de riesgos. Se propone impulsar un proceso robusto para socializar y hacer acompañamiento técnico, que asegure la apropiación y aplicación de este tipo de herramientas en forma correcta por parte de los funcionarios de la organización, pues se evidenció disparidad en el conocimiento sobre estas materias y, muy particularmente, el desconocimiento por parte de algunos funcionarios, de las guías que formalmente fungen actualmente como directrices para el diseño de las políticas públicas.
15. Finalmente, se solicita a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, un trabajo conjunto, concertado, participativo y asertivo con la Oficina de Control Interno, en atención al rol que esta instancia desempeña frente a la Administración del Riesgo.
16. La Oficina de Control Interno, se encuentra en etapa de evaluación de los mapas de riesgos de la vigencia 2018, informe que será presentado a 31 de enero de 2019.

Evaluación y seguimiento

El rol de evaluación y seguimiento demanda que las Oficinas de Control Interno ejerzan esta actividad de *manera planeada, documentada, organizada, y sistemática, con respecto a las metas estratégicas de gran alcance (mega), resultados, políticas, planes, programas, proyectos, procesos, indicadores, y riesgos, que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión, en el marco del sistema de control interno.*⁷

En orden a esta directriz la Oficina de Control Interno durante 2018:

1. Diseño como mecanismo de control, el Plan Operativo y cronograma que describen de manera detallada los informes legales, las auditorías y las actividades relacionadas con los demás roles de la Oficina.
2. Elaboró 75 informes con carácter legal, distribuidos trimestralmente así:



⁷ Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía Rol de las Unidades u Oficinas de Control Interno. Versión 3. Diciembre de 2018.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	PERIODICIDAD	CALIDAD	TOTAL PRESENTADOS
Evaluación por dependencias	Semestral	INTERNO	2
Informe de Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción	Cuatrimestral	EXTERNO	3
Ejecutivo del Sistema de Control Interno	Anual	EXTERNO	1
Informe de Control Interno Contable dos Unidades - Encuesta de Evaluación (C.G.N)	Anual	EXTERNO	2
Informe Cuenta Fiscal (Contraloría General de la República)	Anual	EXTERNO	1
Informe de gestión OCI	Anual	INTERNO	1
Informe Cámara de Representantes	Trimestral	EXTERNO	4
Plan de Mejoramiento (Contraloría General de la República)	Semestral	EXTERNO	2
Informe Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias	Semestral	INTERNO	2
Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano	Cuatrimestral	INTERNO	3
Informe de Riesgos de Gestión	Anual	INTERNO	1
Informe de evaluación contable de las dos Unidades (MSPS - FNE)	Semestral	INTERNO	4
Contratos colgados en SECOP/ Plan de Adquisiciones	Semestral	INTERNO	2
Ekogui	Semestral	EXTERNO	2
Derechos de Autor	Anual	EXTERNO	1
Inventarios Medicamentos	Semestral	INTERNO	2
Pormenorizado de Control Interno	Cuatrimestral	INTERNO	3
Indicadores Sinergia	Semestral	INTERNO	2
Consolidado Gestión Contractual (Contraloría General de la República)	Trimestral	EXTERNO	4
Austeridad en el gasto público	Trimestral	INTERNO	4
Informe de Ejecución presupuestal y rezago presupuestal de las dos unidades (MSPS - FNE)	Trimestral	INTERNO	8
Plan Estratégico Sectorial	Semestral	INTERNO	2
Plan de Acción	Cuatrimestral	INTERNO	3
Seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional	Anual	INTERNO	1
Seguimiento Subcomités Integrados de Gestión	Semestral	INTERNO	2
Ley de Transparencia	Mensual	INTERNO	12
Informe de Seguimiento Programa de Gestión Documental	Anual	INTERNO	1
TOTAL			75

3. Priorizó, planeó y ejecutó Plan Anual de Auditorías basado en riesgos.

PROCESO	LIDER	ESTADO DE LA AUDITORIA
Gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas.	Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.	Cerrada
Gestión de Las Intervenciones Individuales y Colectivas para la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Dirección de Promoción y Prevención	Cerrada
Medida cautelar de ausunción de la competencia en el sector Salud al departamento de la Guajira.	Procesos Misionales	Cerrada
Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias	Subdirector Administrativo - Coordinador Grupo de Atención al Ciudadano	Cerrada
Convenio Minsalud- ICETEX- No. 2013-286/798del 2013 al 2015.	Subdirectora Talento Humano	Cerrada
Planeación, Monitoreo y Evaluación de los Resultados en Salud Pública Planeación de la Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública, Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información.	Director Epidemiología y Demografía	Cerrada
SIIF	Gestión Financiera	Cerrada
Administración de Sistemas de Información	Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación.	Cerrada
Gestión Documental Planeación de la Gestión Documental, Administración de Correspondencia, Administración de archivos, Consulta y Préstamo de Documentos.	Coordinador Grupo Administración Documental y Coordinador Grupo de Archivo	Cerrada
Proyectos de Inversión	Jefe Oficina de Calidad Jefe Grupo de Comunicaciones Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud Director de Promoción y Prevención	En ejecución
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Director de Medicamentos y Tecnologías	En planeación



La salud
es de todos

Minsa

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Los principales resultados fueron:

1. Se incumplió el plazo de un año que se había especificado en la Resolución 429 de 2016 para el desarrollo y adopción de instrumentos que permitieran la implementación del MIAS. Para el caso específico de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS y Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud – RIPSS, dos de los diez componentes del Modelo. Situación que afecta la directriz definida en la citada Resolución que señala: Artículo 6°. *Implementación y evaluación del MIAS*, numeral 6.2.- *Progresividad y gradualidad en la implementación. Para la operación del MIAS, se requiere el desarrollo gradual de instrumentos relacionados con los componentes del modelo que permitan la implementación progresiva por ámbitos territoriales. El MSPS cuenta con un plazo de un año a partir de la publicación del presente acto para la adopción de los respectivos instrumentos. En todo caso, para la implementación de los componentes del modelo se tendrá un plazo máximo de tres años contados a partir de la publicación de la presente resolución.* En este sentido, a febrero de 2017, el Ministerio debería haber adoptado los instrumentos que permitan la implantación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales del Modelo de Atención Integral en Salud.
2. Además de su competencia como regulador, la gestión del Ministerio se ha enmarcado, en promover la formalización y aplicación del marco regulatorio, condición que depende en gran medida de la asistencia técnica para que se logre la concreción y articulación de las citadas normas. En este sentido se evidenció que la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y la Dirección de Promoción y Prevención presentaban falta de adherencia a la guía y procedimiento de Asistencia técnica del MSPS.
3. Se advirtieron deficiencias en uso del servicio de videoconferencias, que requieren su fortalecimiento tanto a nivel técnico como logístico y metodológico, que por una parte permita la fácil comunicación, el registro efectivo de audio y video, la disposición de salas adecuadas para la imagen y la acústica y las metodologías o políticas de procedimiento que exijan la actitud y buena disposición de todos los integrantes.
4. Incumplimiento parcial de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, adoptada mediante la Resolución 429 del 17 de febrero de 2016, que define los grupos de riesgo para el país (16) y los eventos específicos priorizados por cada agrupación, especificando que a nivel de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se realizaría el desarrollo de los siguientes instrumentos:
 - a. Diseño de metodología para la formulación y validación de rutas.
 - b. Formulación de ruta de promoción y mantenimiento.
 - c. Formulación de rutas específicas por grupos de riesgo.Sin embargo, se observó que frente a los 16 Grupos de Riesgos y eventos priorizados y adoptados en la Resolución 429, se realizaron cambios en 14 de ellos, en cuanto a denominaciones, inclusión de eventos, reorganización, fusión de unos y reformulación de otros, como se describe en el anexo 5 del presente informe y se detalla en los folios 44 a 56 del mismo.
Adicional, el Modelo exige que se formulen las rutas específicas por grupos de riesgo, frente a lo cual se observó que existen grupos de riesgos que cuentan con las expresiones de las rutas por cada evento priorizado (6) en tanto que otros presentan su diseño por Grupo de Riesgo (6).
5. Durante la auditoría para verificar el cumplimiento de la normatividad expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la operación y seguridad del SIIF en el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo Nacional de Estupefacientes, se encontró que no obstante algunos servidores se encontraban en vacaciones el estado del perfil del usuario estaba activo lo cual contraviene las reglas de uso del sistema.
6. En la auditoría al Convenio Minsalud- ICETEX- No. 2013-286 /798 del 2013 al 2015, se estableció:
 - Incumplimiento de la supervisión del Convenio de acuerdo con lo estipulado en la Resolución No. 3243 DE



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

- 2017, - Obligaciones y/o funciones de los supervisores, la cual establece: *"Las funciones y obligaciones de los supervisores e interventores son de orden técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico, por ello resulta de vital importancia realizar un seguimiento en cada uno de estos componentes, para que la ejecución del contrato, convenio o negocio jurídico de naturaleza contractual vigilado permita alcanzar los fines que se perseguían al momento de su suscripción"*.
- Incorrecta aplicación del 2% a que hace referencia el Artículo Trigésimo cuarto del Convenio – Garantía: *"Todos los créditos que se otorguen con cargo a este fondo se les descontará el dos por ciento (2%) sobre los valores aprobados, por concepto de prima de seguro para amparar los riesgos de muerte, invalidez física o mental total y permanente del beneficiario"*, al observarse el incremento del porcentaje aprobado en el Comité de Selección mediante Acta.
 - Realización de desembolsos por parte del ICETEX a los beneficiarios del programa con diferencias entre lo relacionado por la Subdirección de Gestión del Talento Humano en el cuadro Excel, y los Informes de Gestión presentados por el ICETEX.
7. El desarrollo de la auditoría centrada en el análisis, seguimiento y evaluación de los Planes de Acción en Salud – Plan Territorial de Salud para la vigencia 2018, se observó que:
- No se cuenta con acompañamiento suficiente a las Entidades Territoriales, en el registro, ejecución y seguimiento al Plan de Acción y Planes Territoriales de Salud, con el fin de mantener actualizada la información de tal manera que sirva de herramienta para la toma de decisiones oportunas y adecuadas, evidenciándose en el rezago del cargue oportuno de información, tal como lo establece la Resolución 1536 de 2015 en sus Artículos 42 y 45.
 - La información existente en el sistema de Monitoreo y Evaluación Integrada - SME al SISPRO, presenta rezago (al encontrarse pendiente el cargue de algunas Entidades territoriales desde el 2016), no se encuentra consolidada por Dirección Territorial de Salud, y tampoco se tiene seguimiento sobre la completitud de la misma, lo que no permite una herramienta confiable para la toma de decisiones oportuna y adecuada, tal como lo establece la Resolución 1536 de 2015 Artículo 41, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014.
 - Falta articulación y coordinación a nivel institucional para el seguimiento, monitoreo y evaluación de los temas de competencia de las dependencias del Ministerio por parte de la Dirección de Epidemiología y Demografía como administrador del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud SME, señalada en la Resolución 1536 de 2015 Artículo 42.
 - Falta claridad por parte de los Entes Territoriales en cuanto a los lineamientos dispuestos por el ministerio, para la implementación, seguimiento y evaluación de los PTS-PAS, por cuanto la información registrada por las entidades territoriales no responde a las metodologías y lineamientos dispuestas para el monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud.
8. El proceso auditor para evaluar la Gestión del Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación del servicio de salud en el Departamento de La Guajira, permitió identificar:
- Incumplimiento de cronograma de acuerdo al PAS (Plan de Acción en Salud) y a la Resolución 1536 de 2015. Ausencia de armonización Plan Decenal de Salud - Plan Territorial de Salud - Plan de acción.
 - Incumplimiento con la formulación del Plan Financiero Territorial de Salud.
 - Incumplimiento Monitoreo del Plan Territorial de Salud.
 - Incumplimiento de Requisitos y condiciones para Operación y Funcionamiento del Centro Regulador de Urgencias - CRUE.
 - Incumplimiento de las Obligaciones específicas contractuales, ausencia de seguimiento y control médico a los menores de 0 - 5 años con desnutrición.
 - Incumplimiento de las Obligaciones específicas contractuales, por falta de puntos de control en la entrega de



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

- medicamentos.
- Vencimiento de medicamentos FTLC.
 - Ausencia de seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones.
 - Ausencia de firmas en documentos contractuales.
 - Incumpliendo en la presentación de los programas de saneamiento fiscal y financiero.
 - Inadecuada administración del Fondo Rotatorio de Estupefacientes.
 - Manejo inadecuado de la información contable del sector.
 - Ausencia de programación y estimación de embargos constitutivos de deudas.
 - Falta de Inventario Físico de cuentas médicas.
 - No destinación específica de recursos físicos (carpas de baño).
 - Incumplimiento de las normas sobre Gestión documental.
 - Publicación de documentos contractuales.
9. En el informe cuyo objetivo señala: Verificar el cumplimiento en la recepción y la articulación de los medios y metodologías de trámite de PQRSD con el fin de dar al ciudadano respuestas claras, oportunas y útiles, no se identificaron hallazgos.
10. El procedimiento Administración de Sistemas de Información fue objeto de auditoría estableciéndose que:
- No se desarrolló la actividad 7 frente al reporte trimestral del procedimiento actualización de las bases de datos de los sistemas de información misional; ya que la frecuencia expuesta en los documentos es semestral.
 - Al solicitar el plan de trabajo para la instalación de parches se evidencia que no existe, esto contraviene con la actividad 1 del procedimiento Gestión para la instalación de parches mensuales, lo que afecta en su totalidad el procedimiento ya que de ahí se desprenden las demás actividades.
 - Entrando al detalle de la descripción de cada uno de los parches, se evidenció que lo esperado por mes, para instalar, no aparecía dentro de los servidores ACMDPAP05 y ACMDOAO03, esto contraviene con la actividad de revisar el listado de parches a instalar, situación que no garantiza el cumplimiento por el proveedor y el funcionamiento correcto de los servidores.
 - Revisando el proceso de administración de sistemas de información, se evidenció que no se cuenta con los riesgos del proceso, lo cual incumple en su totalidad con el sistema integrado de gestión.
11. El ejercicio auditor al Proceso Gestión Documental, que tenía como objetivo: Verificar, revisar y evaluar el proceso GDOC01 Gestión Documental se encuentre conforme con las disposiciones y normativa legal vigente para contribuir al mejoramiento continuo y promover el autocontrol, constató las siguientes situaciones:
- Actualmente las TRD y TVD que se encuentran publicadas en la página web, únicamente se encuentran suscritas por la Coordinadora del Grupo de Administración Documental, sin embargo no se evidencia la suscripción por parte del Secretario General, por lo que se está incumpliendo con lo dispuesto el artículo 7 del acuerdo 004 de 2013 del Archivo General de la Nación que dispone respecto a las firmas responsables: "las tablas de retención documental y las tablas de valoración documental deberán ser suscritas por el Secretario General o un funcionario administrativo de igual o superior jerarquía y por el responsable del área de archivo y gestión documental de la respectiva entidad".
 - El Acuerdo 042 de 2002 en su artículo 2, 3 y 4 dispone la obligatoriedad de la organización de los archivos de gestión, de conformidad con sus Tablas de Retención Documental y en concordancia con los manuales de procedimientos y funciones de la respectiva entidad debidamente aprobados. Actualmente se está surtiendo una organización de los archivos de gestión de las dependencias, conforme a las Tablas de Retención Documental que fueron aprobadas por la instancia del comité interno (acta No. 2 del 2 de septiembre de



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

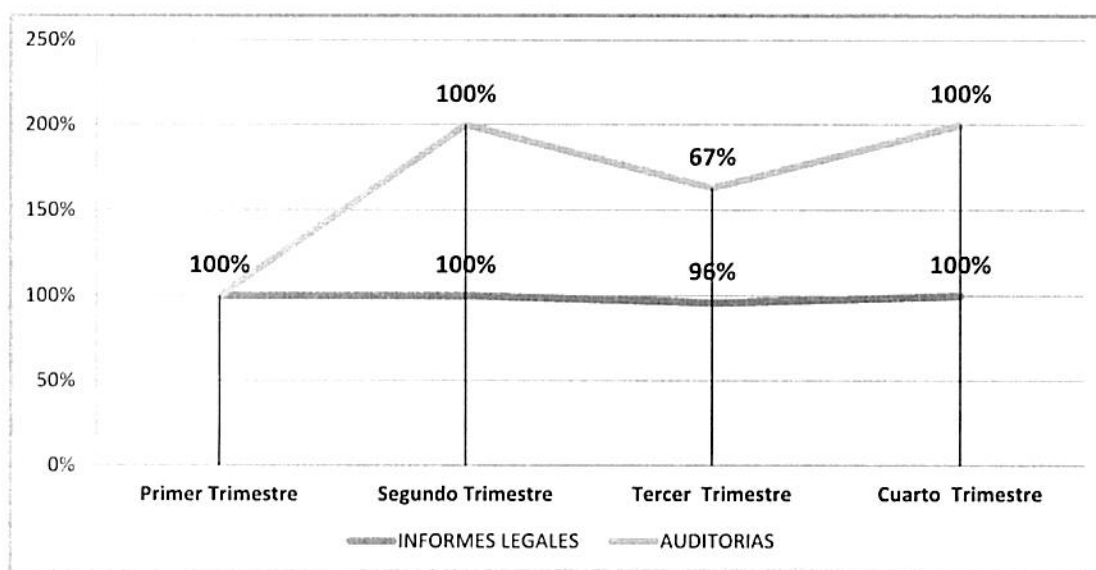
INFORME EJECUTIVO DE GESTION

2015) pero aún no han sido convalidadas por el Archivo General de la Nación, por lo que esta ausencia de aprobación indica que la organización únicamente podría establecerse con las TRD aprobadas a la fecha de la organización de los archivos, incumpliendo así la normatividad vigente

Herramientas del proceso

Indicadores

El proceso Control y Evaluación de la Gestión, cuenta con dos indicadores de eficacia, que presentaron durante 2018 resultados dentro del rango de gestión calificado como "bueno". El comportamiento fue el siguiente:



Riesgos

El proceso caracterizó cinco riesgos los cuales presentan las siguientes características:

NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Inexactitud en el contenido de los informes a cargo de la Oficina Control Interno	De gestión	BAJA	El control capacitaciones al equipo de la oficina se recomienda fortalecerlo, por cuanto las capacitaciones no son periódicas ni operan para todos los servidores de la Oficina. Se sugiere revisar los controles y corregir la redacción de los mismos.
Incumplimiento legal al no presentar informes en las fechas establecidas en el marco normativo interno y/o externo	De gestión	BAJA	Este riesgo se encuentra controlado especialmente a través del seguimiento al plan operativo de la oficina. El control ha sido efectivo para evitar la materialización del riesgo. Se sugiere revisar los controles frente al impacto y verificar la pertinencia en cuanto a si son automáticos o manuales.
Pérdida de integridad de la información sobre la carpeta de almacenamiento de gestión de la OCI.	Seguridad de la información	MODERADA	Las observaciones realizadas por la OCI deben ser analizadas por el proceso dado que no son claros los controles frente al impacto. Se sugiere que la administración de la Carpeta Virtual OCI sea compartida con un servidor de planta. A la fecha está bajo responsabilidad de un contratista.
Modificación o eliminación no autorizada de la información que reposa en el archivo de la OCI	Seguridad de la información	MODERADA	En los controles frente a la probabilidad se debe actualizar el número de la resolución de crea, definen y conforman los órdenes de asesoría y coordinación y ajustar su explicación. Se debe corregir que la solicitud para cambio de cerradura se hace ante la Subdirección de Gestión de operaciones.
Modificación o eliminación no autorizada de la información de los medios magnéticos usados por la Oficina de Control Interno	Seguridad de la información	MODERADA	La OCI cuenta con evidencias de las capacitaciones realizadas a los profesionales al interior de la OCI para insistir con la custodia y funcionamiento de los archivos físicos y/o magnéticos. Se debe actualizar el número de la resolución de crea, definen y conforman los órdenes de asesoría y coordinación y ajustar su explicación.



La salud
es de todos

Minsa

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Dificultades

1. Teniendo en cuenta lo reglamentado en la circular 01 de 2015 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, en lo relacionado con el fortalecimiento de las unidades de control interno mediante *la asignación de servidores que cuenten con los perfiles y competencias requeridos para el ejercicio de la auditoría interna, teniendo en cuenta la particularidad y complejidad de cada una de las entidades*. La jefatura de esta oficina, gestionó ante la Alta Dirección dicha posibilidad teniendo en cuenta que se encuentran vinculados sólo ocho profesionales (cinco de planta y tres contratistas) un técnico y un auxiliar. No obstante, las medidas de austeridad no han hecho posible que se modifique la planta de personal de la Oficina y que se amplíe el número de profesionales asignados al área.

El recurso humano con el que hoy cuenta la OCI resulta insuficiente teniendo en cuenta: i) la cantidad de informes y reportes que se elaboran en la Oficina (75); ii) las actividades propias del desarrollo de los roles que entre otros implica, asistencia a reuniones, mesas de trabajo, participación en la ejecución de las auditorías internas al SIG, atención de requerimientos internos y externos, desarrollo y actualización de herramientas de gestión y, iii) la complejidad de la organización y de sus procesos.

Aspectos estos que impiden por ejemplo, que el Programa Anual de Auditorías incluya un mayor número de temas o que los objetivos y alcance de los ejercicios de auditoría sean más amplios. De igual manera no facilitan que la Oficina de Control Interno pueda desarrollar más actividades de asesoría y acompañamiento, de consultoría, de seguimiento a la mejora, de sensibilización y capacitación, así como la oportunidad de generar conocimiento a través del diseño de metodologías para promover mejores prácticas o propiciar espacios en los cuales se realicen ejercicios de autoevaluación con el fin de que los servidores examinen y evalúen la efectividad de los controles en cada proceso.

2. Es necesario fortalecer la articulación entre la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno en líneas de trabajo como: el seguimiento y la evaluación del desempeño institucional; la asesoría y acompañamiento técnico en la gestión de riesgos; la actualización de MiPG y su seguimiento y evaluación; la definición del Modelo de las Líneas de Defensa de acuerdo con las particularidades del Ministerio de Salud y Protección Social; establecer unidad de criterios frente al seguimiento de los Planes de Mejora y al diseño de la herramienta con la que se cuenta para estos efectos y la coordinación de encuentros sectoriales.
3. Aún se presentan situaciones relacionadas con la falta de oportunidad y pertinencia en la entrega de la información que solicita la Oficina de Control Interno a las dependencias, circunstancia que afecta los análisis de los datos causando reprocesos y naturalmente perjudicando los tiempos de entrega de los informes.
4. Un tema adicional, conexo con el anterior, es la ausencia de mecanismos para garantizar que *el conocimiento adquirido por el servidor que se retira permanezca en la entidad*. Se presentaron situaciones en las que la información no se entregaba de manera oportuna aduciendo la terminación de una OPS o la salida o transferencia de un servidor de planta. Teniendo en cuenta lo definido en la dimensión de Gestión del Conocimiento e Innovación de MiPG, *la información es considerada como un activo de la entidad para la generación de conocimiento que debe estar disponible para todos, con procesos de búsqueda y aplicación efectivos, que consoliden y enriquezcan la gestión institucional. La apuesta de la gestión del conocimiento y la innovación, como dimensión de MiPG, propicia el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores públicos, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promueve la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo*. Por ello el Modelo propone:



La salud
es de todos

Minesalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

- Identificar y transferir el conocimiento fortaleciendo los canales y espacios para su apropiación.
 - Promover la cultura de la difusión y la comunicación del conocimiento en los servidores y entidades públicas.
 - Propiciar la implementación de mecanismos e instrumentos para la captura de la memoria institucional y la difusión de buenas prácticas y lecciones aprendidas.
 - Promover la cultura de compartir y difundir, que implica desarrollar interacciones entre diferentes personas o entidades mediante redes de enseñanza-aprendizaje.
5. Todavía persiste la creencia que el Sistema de Control Interno es la misma Oficina de Control Interno o que ésta ejerce un papel coercitivo. El enfoque preventivo que hoy desempeñan estas Oficinas aún no se advierte. A propósito las siguientes palabras:
- El control interno, es un proceso integrado a los procesos de la Organización, una serie de acciones que están presentes en las actividades y que son inherentes a la dirección que ejerce la administración. El control interno no son solamente manuales de políticas y formatos. El control interno es ejecutado por personas, en cada nivel de la Organización, el consejo directivo, la administración, los auditores internos y el resto del personal de una entidad; cada una con responsabilidades importantes para que el control interno sea efectivo. Son las personas de una entidad quienes lo desarrollan a través de lo que dicen y lo que hacen, son quienes establecen el direccionamiento estratégico y ponen en marcha las acciones para lograrlo, convirtiéndose así, en el factor más importante de un sistema de control interno.*
- Podemos decir entonces, que el control interno en las empresas es una **tarea de todos** y es ineludible para alcanzar las metas y lograr con ello la competitividad, ya que una empresa que implementa un control interno eficaz disminuye la ocurrencia de errores y fraude, generando un impacto positivo dentro de la organización y en las partes interesadas, quienes tendrán un alto grado de confianza sobre la empresa.⁸*

Sandra Liliana Silva Cordero 
Jefe Oficina de Control Interno

⁸ <https://www.uninorte.edu.co/web/auditoria/articulos-de-interes/-/blogs/control-interno-conceptos-fundamentales>