	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 durante la vigencia.
Fecha	Enero 29 de 2021

INTRODUCCIÓN


La Oficina de Control Interno del Ministerio de Salud y Protección Social, ejerce sus funciones de acuerdo con lo definido en la Ley 87 de 1993, sus decretos reglamentarios y demás lineamientos normativos recogidos especialmente, en el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública 1083 de 2015.

Además de este compendio están las guías, manuales y/o cartillas que expida el ente rector en Política de Control Interno, es decir el Departamento Administrativo de la Función Pública, como lo es, entre otros, la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno que, junto con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, establecen lineamientos claves sobre *las responsabilidades, actividades y aspectos básicos que deben liderar las Oficinas de Control Interno*.



En el marco del MECI y como tercera línea de defensa le corresponde:

- Asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces.
- Monitoreo a la exposición de la organización al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo. Asesoría proactiva y estratégica a la Alta Dirección y los líderes de proceso, en materia de control interno y sobre las responsabilidades en materia de riesgos. Formar a la alta dirección y a todos los niveles de la entidad sobre las responsabilidades en materia de riesgos.
- Informar los hallazgos y proporcionar recomendaciones de forma independiente.
- Evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas por la segunda línea de defensa en aspectos como:

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

cobertura de riesgos, cumplimientos de la planificación, mecanismos y herramientas aplicadas, entre otros, y generar observaciones y recomendaciones para la mejora.

- Evaluar la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos.

Lineamientos sobre los cuales esta Oficina organizó su gestión durante 2020, como se describe a continuación.

LIDERAZGO ESTRATÉGICO


En cumplimiento de lo descrito, la Oficina de Control Interno desarrolló actividades tendientes a fortalecer su labor al interior del Ministerio de Salud y Protección Social acentuando la independencia, objetividad e imparcialidad que las debe caracterizar. En este sentido:

- a) Priorizó el Plan Anual de Auditorías, a partir de los riesgos estratégicos de la organización y de las metas plasmadas en el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados SINERGIA, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- b) Ejecutó el Plan Anual de Auditorías y elaboró los informes legales y los acordados con la alta Dirección, a través de los cuales se presentaron los riesgos que podían afectar el desempeño institucional, el cumplimiento de metas y los objetivos de la entidad.
- c) Se presentó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno los resultados de las auditorías y de los distintos informes. Comité que se reunió en dos oportunidades durante la vigencia 2020.
- d) Se participó en comités y otras reuniones estratégicas:

INSTANCIA	SESIONES
Comité de Conciliación	26
Comité Asesor de Contratación	49
Comité de Sostenibilidad Contable	0
Comité Sectorial de Gestión y Desempeño	1
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	5
Comités de seguimiento a ejecución presupuestal	21
Seguimiento PQRS	2
Comité de Teletrabajo	2

Con el fin de mejorar las competencias, la jefatura participó en las siguientes capacitaciones:

TEMA	INTENSIDAD (Horas)	LUGAR
Integridad Transparencia y Lucha contra la Corrupción	20	Función Pública
Quinto Encuentro de Equipo Transversal de Control Interno	3	Contraloría General de la República
Auditoría Internacional ACCA	20	INCP
Curso MIPG	80	ESAP
Diplomado de Contratación	80	ESAP
Diplomado de Participación Ciudadana	80	ESAP
Diplomado Control Interno	80	ESAP
Ley 1712 de 2014	40	Procuraduría General de la Nación.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION


ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

El enfoque hacia la prevención, es un rol que las Oficinas de Control Interno materializan a través de sus diferentes funciones y actividades. Así, por ejemplo, la planeación y ejecución del Plan Anual de Auditorías, están fundamentados en este enfoque. El Plan se priorizó a partir de los riesgos estratégicos, que naturalmente están asociados a las metas de gobierno 2018 - 2022, los resultados de su ejecución dan alertas sobre posibles situaciones que amenacen el cumplimiento de las mismas y ofrecen a la alta Dirección, líderes de procesos y demás servidores, recomendaciones que permitan corregir posibles desviaciones. De igual forma, en los informes que por mandato legal debe ejecutar la OCI, se contemplan observaciones y acciones de mejora con alcance preventivo o identificación de riesgos potenciales, sobre los cuales los líderes están llamados a la toma de decisiones oportunas.

La prevención, está articulada a los demás roles de la OCI. Al servir de puente entre los órganos de control y la entidad; al evaluar la gestión del riesgo y en su papel de estratégico, la Oficina tiene la oportunidad de plantear medidas para prevenir la ocurrencia de riesgos o proponer mecanismos para el mejoramiento de la gestión institucional, así como de asesorar y acompañar en los temas propios de cada rol.

El enfoque hacia la prevención también fue promovido por la Oficina mediante actividades de sensibilización a través de la intranet institucional de manera semanal se publicaron boletines que versaron sobre los siguientes temas:

TEMAS	FECHA DE PUBLICACIÓN
Dimensión 7: Línea estratégica	20/02/2020
Dimensión 7: 1a línea de defensa	27/02/2020
Dimensión 7: 2a línea de defensa	4/03/2020
Dimensión 7 : 3a línea de defensa	11/03/2020
Autocontrol 1	26/03/2020
Autocontrol 2	1/04/2020
Autocontrol 3	8/04/2020
Roles de la OCI	15/04/2020
Plan de Mejora - términos y definiciones 1	22/04/2020
Plan de Mejora - términos y definiciones 2	29/04/2020
Plan de Mejora - términos y definiciones 3	6/05/2020
Autocontrol desde plan de Mejora	13/05/2020
Riesgos - términos y definiciones 1	20/05/2020
Riesgos - términos y definiciones 2	27/05/2020
Administración de riesgos 1	3/06/2020
Riesgos de corrupción 1	10/06/2020
Resolucion 2363: Subcomités Integrados de Gestión	17/06/2020
Riesgos de corrupción 2	18/06/2020
Riesgos de corrupción 3	24/06/2020
Riesgos de corrupción 4	1/07/2020
Riesgos de corrupción 5	8/07/2020
Riesgos de corrupción 6	15/07/2020
Monitoreo y revisión de riesgos 1	23/07/2020
Monitoreo y revisión de riesgos 2	29/07/2020

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

TEMAS	FECHA DE PUBLICACIÓN
Acciones a seguir en caso de materialización de riesgos de corrupción	5/08/2020
Que es la transparencia	12/08/2020
Qué es el derecho de acceso a la información pública	19/08/2020
Ley de transparencia	26/08/2020
Beneficios de la Ley de transparencia	2/09/2020
Principios ley de transparencia 1	9/09/2020
Principios ley de transparencia 2	16/09/2020
Cumplimiento ley de transparencia en Minsalud 1	23/09/2020
Cumplimiento ley de transparencia en Minsalud 2	30/09/2020
Cumplimiento ley de transparencia en Minsalud 3	7/10/2020
PQRSDF en el MSPS 1	14/10/2020
PQRSDF en el MSPS 2	21/10/2020
PQRSDF en el MSPS 3	25/10/2020
PQRSDF en el MSPS 4	4/11/2020
Plan de acción 1	11/11/2020
Plan de acción 2	18/11/2020
PAAC 1	25/11/2020
PAAC 2	2/12/2020
PAAC 3	9/12/2020
Subcomités de gestión	16/12/2020
Evaluación por dependencias 1	23/12/2020
Evaluación por dependencias 2	30/12/2020


Mediante asesorías y acompañamientos en los siguientes temas:

TEMAS	DIRIGIDO A
Diligenciamiento Furag	Todas las dependencias del Ministerio
PQRDS	Soporte Informatico – Atención al Ciudadano
Plan de Mejoramiento CGR	Dependencias con hallazgos
Plan de Mejoramiento Institucional	Procesos Auditados
Rendición de cuenta fiscal	Dependencias responsables

RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

El papel de la Oficina de Control Interno, se centra en la coordinación de las actividades relacionadas con: i) La apertura, ejecución y cierre de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República. ii) Respuesta a los requerimientos durante el proceso auditor. iii) Suscripción de los planes de mejoramiento como resultado de las auditorías. iv) Organización del archivo documental que se produce con ocasión de los requerimientos efectuados por la CGR. v) Respuesta a solicitudes de otros entes de control diferentes a la Contraloría General de la República.

Específicamente se coordinaron requerimientos efectuados por parte del equipo auditor de la Contraloría General de la República, en el marco de procesos de auditoría:

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

NOMBRE DE AUDITORIA	CANTIDAD DE REQUERIMIENTOS
Auditoria Financiera	26 requerimientos realizados por Orfeo.
	8 requerimientos realizados por correo
	3 requerimientos sin consecutivo del equipo auditor
	1 mesa de trabajo
Auditoria de Cumplimiento ODS -	8 requerimientos allegados por Orfeo


Coordinación de requerimientos de información efectuados por parte de la Contraloría General de la República indicando los temas y otros entes de control:

TEMAS	CANTIDAD DE REQUERIMIENTOS
Solicitud de Información relacionada con la emergencia sanitaria por el COVID19	312
Traslado de competencias	
Derecho de petición	
Invitaciones mesa de seguimiento	
Apertura Indagaciones preliminares	
Contraloría de Bogotá: Da traslado de la Denuncia anónima en contra del Canal RCN. * Traslado queja posibles irregularidades - COVID 19..* Traslado queja posibles irregularidades en prueba COVID 19. * Ingresos para la atención en Salud de la Población Migrante. *solicita información de carácter contractual. *Traslado por competencia Derecho de Petición DPC- Invitación	7
Procuraduría: * Fortalecimiento de actividades, procesos y procedimientos de los actores del sistema de salud en el marco de covid-19. Decisiones y acciones emprendidas para garantizar el derecho fundamental a la salud de los pobladores de la Región Pacifico.	5
Defensoría del Pueblo: Solicitudes en el contexto de la emergencia sanitaria COVID19	1
Fiscalía de la Nación: Solicitud copia de un proceso disciplinario	1

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:

Del total de 97 acciones de mejora formuladas por los líderes de los procesos responsables de los hallazgos producto de las auditorías adelantadas por la Contraloría General de la República-CGR, se evidenció que para la vigencia 2020 la CGR cerró 5 acciones mejora:

RESPONSABLES	ACCIONES RETIRADAS POR AUDITORIA CGR VIGENCIA 2019
DIRECCIÓN JURÍDICA, SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	2
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	2
OFICINA GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES/SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	1
SUBTOTAL	5

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Asimismo, en cumplimiento de la Circular No. 005 del 11/03/2019¹ de la CGR la Oficina de Control Interno cerró 2 acciones de mejora, que de acuerdo con las verificaciones efectuadas y los soportes remitidos por los líderes a cargo de estas, subsanaron las deficiencias observadas por parte de la Contraloría General de la República, dicha situación fue reportada mediante informe remitido en el Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informe y Otra Información -SIRECI el 27 de enero de 2020 con certificado No. 1174962019-12-31:


RESPONSABLES	ACCIONES CERRADAS POR LA OCI A 31/12/2019
DIRECCIÓN JURÍDICA	2
SUBTOTAL	2
TOTAL CERRADAS CGR Y OCI	7

De otra parte, en auditoría financiera vigencia 2019 adelantada por la Contraloría General de la República en el año 2020, fueron identificados 17 hallazgos administrativos, de los cuales 15 tienen presunto alcance disciplinario, 1 tiene alcance fiscal en cuantía de \$2.548.720 y de 1 hallazgo se inició Indagación Preliminar.

De estos 17 hallazgos el Ministerio de Salud y Protección Social formuló 32 acciones de mejora por parte de los líderes de los procesos responsables, las cuales fueron reportadas en el SIRECI el 29 de julio de 2020 con certificado No. 1174902020-06-16:

RESPONSABLE	ACCIONES FORMULADA AUDITORIA VIGENCIA 2019
DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN SERVICIOS/OFICINA DE GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES	1
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	2
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SUBDIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL	1
DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DE COBRO COACTIVO	5
DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DE DEFENSA LEGAL Y GRUPO DE SEGUIMIENTO DE PATRIMONIOS AUTÓNOMOS	2
DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DEFENSA LEGAL	2
OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL	3
OFICINA GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES	2
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DOCUMENTAL	1
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GRUPO DE GESTIÓN CONTRACTUAL	3
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	8
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA/SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES	1
UAE-FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES	1
TOTAL	32

¹ Vigente hasta el 29 de septiembre de 2020.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno mediante oficios con radicados No. 201915001068151 del 15 de agosto de 2020, reiterado con oficios con radicados Nos. 202015000181491 del 7 de febrero de 2020 y 202015000631341 del 5 de mayo de 2020 solicitó a la Contraloría General de la República autorización para que las acciones de 17 hallazgos a cargo del Patrimonio Autónomo de Remanentes del ISS se trasladaran al PAR-ISS por cuanto recaían sobre obligaciones del Contrato Mercantil No. 015 de 2015, en las cuales esta Oficina no puede verificar si se han subsanado o no las deficiencias que fueron objeto de observación por parte de la CGR en cumplimiento de la Circular No. 05 del 11 de marzo de 2019, por no ser de su competencia, teniendo en cuenta que los deberes del fiduciario señalados por el artículo 1234 del Código de Comercio son de carácter indelegable y, por consiguiente, su cumplimiento está asignado únicamente al gestor fiduciario.

En respuesta a dicha solicitud la CGR mediante oficio con radicado No. 2020EE0077879 del 24 de julio de 2020 consideró factible la solicitud de la Oficina de Control Interno, por lo cual el 25 de septiembre de 2020 el Patrimonio Autónomo de Remanentes del ISS con certificado No. 2159102020-09-21 suscribió 32 acciones de mejora, por lo que se eliminan del plan de mejoramiento del Ministerio de Salud y Protección Social 30 acciones de mejora que hacían referencia a las acciones del PAR -ISS.

De otra parte, en el avance del plan de mejoramiento semestral con corte a 31 de diciembre de 2020, la Oficina de Control Interno, reportó a la Contraloría General de la República en el SIRECI el 28 de enero de 2021 con certificado No. 1174962020-12-31 el cierre de 4 acciones de mejora en cumplimiento de la Circular 015 del 20 de septiembre de 2020 de la CGR, por cuanto se subsanaron las deficiencias observadas por la CGR:

RESPONSABLES	ACCIONES CERRADAS POR LA OCI A 31/12/2020
DIRECCIÓN JURÍDICA	1
UAE-FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES	1
OFICINA DE CONTROL INTERNO	1
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS SECTORIALES	1
TOTAL	4

Así las cosas, para la vigencia 2020 con corte a 31 de diciembre de 2020 quedaron suscritas 88 acciones de mejora sin cerrar a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social:

RESPONSABLES	TOTAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD	2
DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN SERVICIOS/OFICINA DE GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES	1
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	5
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN-SUBDIRECCIÓN SALUD AMBIENTAL	10
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN - SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	2
DIRECCIÓN JURÍDICA	8
DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DE DEFENSA LEGAL Y GRUPO DE SEGUIMIENTO DE PATRIMONIOS AUTÓNOMOS	2
DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DE COBRO COACTIVO	5
DIRECCIÓN JURÍDICA GRUPO DE COBRO COACTIVO - SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	2
DIRECCIÓN JURÍDICA/ GRUPO DEFENSA LEGAL	3
DIRECCIÓN JURÍDICA, SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	1



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

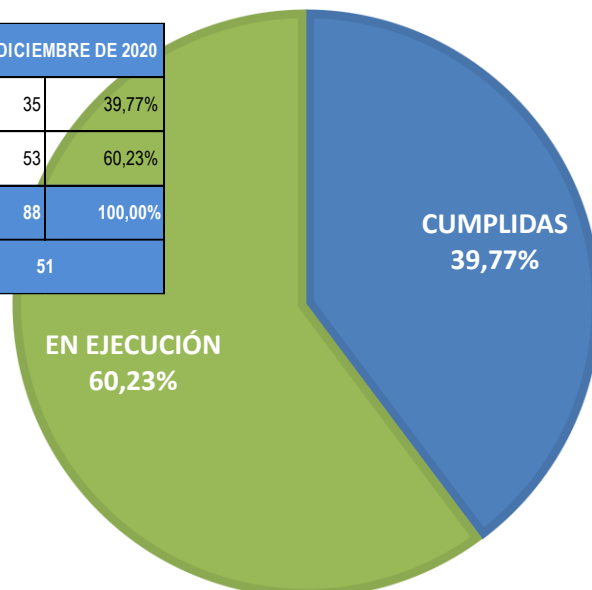
RESPONSABLES	TOTAL
GRUPO ADMON DE ENTIDADES LIQUIDADAS	1
OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL	13
OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL/SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	1
OFICINA GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES	5
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	4
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	16
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA/SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES	1
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES	6
TOTAL	88

De otra parte, 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 2020, no se encontraban vencidas acciones.

Pese a lo anterior, se observó que la Subdirección Financiera, la Dirección de Promoción y Prevención y la Dirección Jurídica, no han tenido en cuenta el procedimiento denominado: “CEVP03 Procedimiento planes de mejoramiento CGR”, especialmente la remisión de los soportes de cumplimiento de las acciones dentro de los cinco (5) días calendario siguiente al término de cumplimiento y/o vencimiento de las acciones establecidas en el Plan, o antes si se da cumplimiento anticipadamente y la remisión de solicitud de reprogramación de las acciones con memorando antes de la fecha de vencimiento, previa justificación, razón por la cual mediante correo electrónico y memorandos se ha remitido y socializado dicho procedimiento, con el fin de que se le dé cabal cumplimiento.

Finalmente, se evidencia que de las 88 acciones de mejora formuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social se han cumplido con el 39,77% de las mismas y el 60,23% 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 30 DE JUNIO DE 2020		A 31 DE DICIEMBRE DE 2020	
CUMPLIDAS	38	42,22%	35	39,77%
EN EJECUCIÓN	52	57,78%	53	60,23%
TOTAL ACCIONES	90	100,00%	88	100,00%
TOTAL HALLAZGOS	54		51	





La salud es de todos


Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

El Estado del Plan de Mejoramiento a 31 de diciembre por auditoría es el siguiente:

AUDITORIAS	RESPONSABLE	ENTREGA INFORME	EN EJECUCIÓN	CUMPLIDAS	NO CUMPLIDAS	TOTAL
AUDITORIA GESTIÓN VIGENCIA 2012	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (*)	2013	1	1		2
AUDITORIA GESTIÓN 2014	DIRECCIÓN JURÍDICA	2015		1		2
	DIRECCIÓN JURÍDICA, SUBDIRECCIÓN FINANCIERA			1		
A.E. PLAN DE MEJORAMIENTO 2015	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN / SUBDIRECCIÓN FINANCIERA	2016		1		2
	GRUPO ENTIDADES LIQUIDADAS		1			
AUDITORIA DE GESTIÓN VIGENCIA 2015	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL	2016		1		1
AUDITORIA DE GESTIÓN VIGENCIA 2016	DIRECCIÓN JURÍDICA	2017		2		4
	SUBDIRECCIÓN FINANCIERA		1			
	UAE- FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES			1		
PLAN ÚNICO NACIONAL DE MERCURIO	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SUBDIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL	2017	0	9	0	9
AUDITORIA FINANCIERA VIGENCIA 2017	UAE- FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES	2018	0	1		7
	DIRECCIÓN JURÍDICA GRUPO DE COBRO COACTIVO - SUBDIRECCIÓN FINANCIERA		0	2		
	DIRECCIÓN JURÍDICA - GRUPO DEFENSA LEGAL		0	1		
	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL		0	3		
AUDITORIA FINANCIERA VIGENCIA 2018	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	2019	3			26
	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN/SUBDIRECCIÓN FINANCIERA		1			
	DIRECCIÓN JURÍDICA		2	3		
	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL		2	1		
	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL/SUBDIRECCIÓN FINANCIERA		0	1		
	OFICINA GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES		1	2		
	SUBDIRECCIÓN FINANCIERA		5	2		
UAE-FNE		3				
AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO ÓRDENES DE JUZGADOS SEGUNDO Y TERCERO DE DESCONGESTIÓN CIVIL DEL CIRCUITO ESPECIALIZADO DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS- VIGENCIA 2018-PUTUMAYO	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL	2019		3		3
AUDITORÍA FINANCIERA VIGENCIA 2019	DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN SERVICIOS/OFICINA DE GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES	2020	1			32
	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		1	1		
	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SUBDIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL		1			
	DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DE COBRO COACTIVO		2	3		
	DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DE DEFENSA LEGAL Y GRUPO DE SEGUIMIENTO DE PATRIMONIOS AUTÓNOMOS		1	1		
	DIRECCIÓN JURÍDICA -GRUPO DEFENSA LEGAL		2			
	OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL		1	2		
	OFICINA GESTIÓN TERRITORIAL, EMERGENCIAS Y DESASTRES		1	1		
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DOCUMENTAL		0	1		
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GRUPO DE GESTIÓN CONTRACTUAL		1	2		
	SUBDIRECCIÓN FINANCIERA		7	1		
	SUBDIRECCIÓN FINANCIERA/SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES		0	1		
	UAE-FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES			1		
TOTAL			35	53	0	88

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

La Oficina de Control Interno, se encuentra en etapa de preparación para la evaluación de los riesgos de gestión documentados en la vigencia 2020, informe que será presentado a finales del mes de febrero de la presente vigencia.

Evaluación de la Gestión del Riesgo a cierre de 2019

La Política de Administración de Riesgos vigente en el Ministerio fue aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión del 2 de abril de 2019. Su actualización conllevó al ajuste de la guía y al procedimiento, que finalmente fue aplicado por los procesos durante el segundo y tercer trimestre de 2019. Los resultados de la evaluación se resumen así:²

- El conocimiento de la Política de Administración de Riesgos, requiere fortalecimiento en su socialización para lograr suficiente apropiación de los conceptos básicos definidos en ésta. Por ello se sugiere, promover el conocimiento sobre la política, el contexto estratégico y las metodologías de administración de riesgos. Con la apropiación de estos documentos, se estará dando un avance significativo hacia la consolidación de las líneas de acción definidas: i) *Establecer estrategias eficaces de aseguramiento desde la identificación hasta el tratamiento de los riesgos de mayor impacto para la entidad.* ii) *Fortalecer la efectividad de los controles existentes.* iii) *Promover mecanismos a nivel de cultura organizacional enfocadas a la adopción del pensamiento basado en riesgos.* También es importante planear e implementar acciones, estrategias y mecanismos, encaminadas a lograr el objetivo final de cada línea: La administración de los riesgos de mayor impacto para la entidad, el diseño efectivo de los controles y una cultura organizacional fundamentada en el aseguramiento.
- El contexto fue actualizado el año 2019, con ocasión de la expedición de la Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo, que a su vez conllevó a la reformulación de la plataforma estratégica. Se evidenció que los participantes en las mesas de trabajo promovidas por la OCI, no sabían ubicar con exactitud el documento en la web y su conocimiento fue impreciso y en otros solo aproximado. Incluso, se constató que su consulta a la hora de definir el contexto del proceso fue mínima, por lo que el documento *Plataforma Estratégica 2018 – 2022*, que incluye la DOFA institucional, también debe ser objeto de socialización y revisión dado el cambio de administración.
- Los documentos metodológicos fueron aprobados en abril de 2019, esto es, el procedimiento administración Integral de riesgos institucionales y la Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos. Documentos sobre los cuales la Oficina de Control Interno, identificó oportunidades de mejora frente a aspectos como: Gestión de los riesgos estratégicos, verificación de puntos de control, identificación y priorización de los riesgos más significativos del proceso, análisis de causas y priorización de las mismas, monitoreo de riesgos por parte de los procesos y verificación de las políticas de operación.


Seguimiento Mapas de Riesgos de Gestión de los Procesos

PROCESOS ESTRATÉGICOS.

Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional. Identificó un único riesgo de gestión.

- El riesgo identificado solamente tiene cobertura sobre la planificación del SIG. El proceso está obviando riesgos

² <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/Oficina-de-Control-Interno---Ley-de-Transparencia.aspx>

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

relacionados con la implementación propiamente de las actividades, su seguimiento y monitoreo.

- Se sugiere revisar la redacción del riesgo, porque no hay coherencia entre el nombre y su explicación.
- Los controles deben ser fortalecidos. No cumplen con cada uno de los criterios de evaluación.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.

Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estratégicas. Identificó un único riesgo de gestión.

- El riesgo está relacionado con los elementos constitutivos del objetivo.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.

Gestión de Servicio al Ciudadano. Identificó un único riesgo de gestión.

- Se observa cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- El riesgo definido está relacionado con las características esenciales del proceso.
- Los controles no cumplen con todos los criterios de evaluación.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la Política de Administración de Riesgos.

Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC. Identificó un único riesgo de gestión.


- Se observa cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- El riesgo definido está relacionado con las características esenciales del proceso.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- El proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la metodología adoptada por el MSPS para la administración de riesgos.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- El proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la Política de Administración de Riesgos

Mejora Continua. Identificó un único riesgo de gestión.

- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- La categoría seleccionada para el riesgo no da claridad sobre la forma en que se puede presentar el riesgo.
- Los controles existen y operan, pero se recomienda su revisión y ajuste.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- El procedimiento MACP03 Formulación y seguimiento de acciones preventivas y correctivas fue ajustado, como acción de fortalecimiento frente a los controles, por lo que se requiere el análisis y valoración del riesgo y la formulación de controles, acordes con los ajustes del citado procedimiento y teniendo en cuenta que no obstante los controles existentes, no han sido suficientes para la gestión efectiva de los planes.

Direccionamiento Estratégico. Identificó dos riesgos de gestión.

- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- El riesgo Inexactitud en la formulación de planes, programas y/o proyectos asociados a la planeación estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social, excluye el diseño y administración de políticas, estudios e investigaciones y asistencia técnica, funciones que forman parte de la misionalidad de la entidad.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

- El riesgo Inexactitud ante la planeación de convenios de Cooperación Internacional, está relacionado con uno de los procedimientos del proceso, pero su estructura y explicación no responde a la completitud del mismo. Se sugiere revisar el alcance y considerar que la inadecuada planificación de una agenda, podría ser una causa de un riesgo mayor.
- Los controles no cumplen con los criterios de evaluación, se recomienda revisar la redacción de los mismos.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- De los cinco controles definidos, cuatro están orientados al aseguramiento del Plan de Acción y solo uno a proyectos de inversión. Se recomienda formular otros, orientados no solo a la validación metodológica y monitoreo de la información en el SPI a cargo de la OAPES, sino a los controles que tienen los mismos procesos frente al seguimiento y evaluación de proyectos.
- Se sugiere la identificación de riesgos para la Formulación y evaluación políticas públicas del SGSSS y Fortalecimiento capacidades técnicas de los actores del SGSSS como temas estratégicos para el MSPS.

Transversalización del Enfoque Diferencial. Se identificó un único riesgo.

- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la metodología adoptada por el MSPS para la administración de riesgos.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- Se observó que los controles identificados no contrarrestan todos los factores de riesgo identificados.
- Dentro de la ficha integral del riesgo no se incluye el control mediante el cual se verifique la inclusión de las acciones diferenciales en las políticas, planes, programas, proyectos y demás instrumentos de política pública tanto a nivel interno como externo. El control se encuentra documentado en el procedimiento: Verificar la incorporación de los lineamientos de transversalización del enfoque diferencial a través del monitoreo y seguimiento a los planes, programas y proyectos. De esta forma se completa el ciclo PHVA.
- No se observan controles para algunas causas priorizadas: Dificultad en la revisión o validación de los contenidos de los lineamientos para la transversalización del enfoque diferencial, por parte de las dependencias involucradas en el Ministerio. Distribución del talento humano de acuerdo a cargas de trabajo.


PROCESOS MISIONALES.

Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial. Se identificaron tres riesgos.

- Se observa cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- Están relacionados con los tres procedimientos documentados por el proceso.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- Se observó que el proceso ha apropiado los conceptos básicos de la Política de Administración de Riesgos

Ciclo de Vida y Reingeniería de Sistemas de Información. Se identificaron dos riesgos.

- Se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso, no obstante, se recomienda fortalecer el ejercicio del entorno externo del proceso.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- Los integrantes del equipo demuestran conocimiento frente a la metodología y su correcta aplicación
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- Se observó que el proceso ha apropiado los conceptos básicos de la Política de Administración de Riesgos

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Integración de datos de nuevas fuentes al sistema de gestión de datos. Se identificó un único riesgo.

- Se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- Es coherente con misionalidad del proceso.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- Los integrantes del equipo demuestran conocimiento frente a la metodología y su correcta aplicación.
- Se observó que el proceso ha apropiado los conceptos básicos de la Política de Administración de Riesgos.

Desarrollo del Talento Humano en Salud. Se identificó un único riesgo.


- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- No se evidencia coherencia entre las causas descritas en la ficha del riesgo y las identificadas y priorizadas en el contexto del proceso.
- El riesgo no se relaciona con los elementos constitutivos del objetivo del proceso.
- La explicación del riesgo no cumple con la directriz de la Guía Administración Integral de Riesgos.
- Los controles requieren ser reformulados.
- El equipo humano no ha interiorizado los documentos que se deben aplicar durante el proceso de Administración de Riesgos: Política, Procedimiento y Guía.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la Política de Administración de Riesgos

Gestión de la Protección Social en Salud. Se identificaron dos riesgos.

- No se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- Los controles deben ser reformulados.
- Se observó que el equipo humano no ha interiorizado los documentos que se deben aplicar durante el proceso de Administración de Riesgos: Política, Procedimiento y Guía.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la Política de Administración de Riesgos.
- Se observó falta de articulación entre las dependencias que lideran el proceso, para la identificación de riesgos de gestión: Dirección de Aseguramiento y Oficina de Gestión Territorial.
- En diferentes auditorías internas de gestión de la OCI y del SIG, se ha podido verificar la aplicación de controles en el desarrollo de los temas liderados por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y la funcionalidad de las herramientas que utiliza para dar cumplimiento a sus objetivos, no obstante la forma en que se definen y describen los controles en la ficha integral del riesgo, no cumplen con la metodología definida, aunque en la práctica se aplican y funcionan.

Gestión de la Prestación de Servicios de Salud. Se identificó un único riesgo.

- No se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- No tiene cobertura sobre toda la misionalidad del proceso, solo hace referencia a uno de los elementos constitutivos del objetivo del mismo.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- Se observó falta de articulación entre las dependencias que lideran el proceso, para la identificación de riesgos de gestión: Oficina de Calidad, Dirección de Aseguramiento y Oficina de Gestión Territorial. De hecho, de las dos

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

primeras, no se observa documentación de riesgos en el SIG. La Oficina de Gestión Territorial documentó solo uno de corrupción.

Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Se identificaron dos riesgos.


- Se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- Se sugiere la revisión de los nombres, sus descripciones y explicaciones y en consecuencia el ajuste de los controles. Los controles se orientan especialmente al seguimiento de la ejecución presupuestal del proceso y especialmente en el marco del Subcomité Integrado de Gestión, por lo que se recomienda fortalecer la definición de los controles definidos en las guías y formatos adjuntos al proceso.
- El conocimiento sobre la metodología no se evidenció para todos los miembros del proceso, especialmente de quienes recientemente se vincularon al proceso.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- Se sugiere la identificación de riesgos orientados al aseguramiento de la misionalidad del proceso: formulación y monitoreo de la implementación de la política para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el fin de que efectivamente se logren los resultados que se propone el proceso.

Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud. Se identificaron tres riesgos. Uno bajo responsabilidad de la Dirección de Medicamentos y dos más, gestionados por el Fondo Nacional de Estupefacientes.

- No se observa articulación entre las dos instancias del Ministerio: Dirección y Fondo Nacional de Estupefacientes.
- Los riesgos documentados por el Fondo Nacional de Estupefacientes (2), evidencian cumplimiento de las directrices metodológicas.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- Los integrantes del proceso demostraron conocimiento en la metodología y la Política de Riesgos.
- Para el riesgo identificado por la Dirección de Medicamentos no se evidencia el análisis del entorno.
- Se relaciona solamente con una de las funciones a cargo de la Dirección de Medicamentos: regulación de precios de medicamentos, que corresponde al único procedimiento documentado que lidera la Dirección de Medicamentos y que fue ajustado el año anterior.
- La Dirección de acuerdo con su funciones, misión y objetivos hace formulación, adopción y evaluación de políticas en otras tecnologías de salud, diferentes a los medicamentos sobre los cuales se sugiere definir riesgos.

Planeación, Monitoreo y Evaluación de Resultados en Salud Pública. Identificó un único riesgo.

- No se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso
- Se sugiere verificar el nombre del riesgo. Qué puede suceder en el proceso para que no pueda cumplir con su objetivo: Efectuar monitoreo, evaluación y seguimiento de los resultados en salud pública para identificar brechas en salud y tomar decisiones que impacten positivamente la salud de los colombianos.
- La explicación del riesgo no cumple con la directriz de la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos. Se limita a listar una serie de causas que ni siquiera fueron priorizadas en la ficha del riesgo (ver causas internas y externas)
- Tal y como está definido el control, no cumple con las características metodológicas y los criterios de evaluación dispuestos en la Guía de Administración Integral de Riesgos en los Procesos.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la metodología adoptada por el MSPS para la administración de riesgos.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha.
- Se observó que los controles formulados no contrarrestan todos los factores de riesgo identificados.
- Se sugiere redefinición de riesgos que den aseguramiento a las funciones que cumple el líder del proceso:

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Formular la política de Estado en salud pública. Definir lineamientos para el desarrollo de las estrategias de vigilancia en salud pública. Aportar información, documentos y análisis técnicos que se requieran mediante la respuesta a las necesidades de información y conocimiento.


PROCESOS DE APOYO.

Administración de Bienes e Insumos. Se identificaron tres riesgos.

- Se evidencia cumplimiento de la metodología para el análisis del entorno del proceso, no obstante, no se observa coherencia entre las causas descritas en la ficha del riesgo, las identificadas y priorizadas en el contexto del proceso. Es decir, los factores que busca controlar el proceso en los tres riesgos identificados no se observan en los resultados del análisis del entorno.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación. Aunque se recomienda la revisión de la redacción de algunos de ellos.
- Se observó que el equipo humano no ha interiorizado los documentos que se deben aplicar durante el proceso de Administración de Riesgos: Política, Procedimiento y Guía.
- La explicación de los controles evidencia un ejercicio formal, aunque no se agota la totalidad de los parámetros establecidos en la ficha, se sugiere mejorar la redacción de los controles y su explicación.
- El Proceso Administración de Bienes e Insumos, busca dar cobertura a los objetivos y funciones de la Subdirección de Gestión de Operaciones y Grupo Administración de Servicios de Apoyo Logístico de la Subdirección Administrativa, no obstante, ni en el objetivo ni en el alcance del mismo, se logra esta articulación con la misionalidad de las dos áreas. Se sugiere revisar la pertinencia de caracterizar la misión de las dos áreas en dos procesos diferentes. La redacción sugiere que el proceso solo se circunscribe al adecuado almacenamiento y distribución de medicamentos, biológicos, jeringas e insumos de interés en salud pública, cuya efectividad reside en garantizar la continuidad en la operación interna del Ministerio y entrega oportuna a las entidades territoriales de los medicamentos, biológicos, jeringas e insumos de interés en salud pública. Dejando por fuera los elementos constitutivos de la misionalidad del Grupo Administración de Servicios de Apoyo Logístico. Lo anterior permitiría una mejor implementación del ciclo de gestión del riesgo.
- No se han identificado controles frente a la efectividad o impacto del proceso: entrega oportuna a las entidades territoriales de los medicamentos, biológicos, jeringas e insumos de interés en salud publicada tal forma **que** se aseguren los resultados finales que se esperan del proceso.

Administración de Sistemas de Información. Se identificó un único riesgo.

- No se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso
- Se sugiere revisar la categoría, nombre y explicación del riesgo y mejorar su redacción por cuanto no son claros.
- Los controles deben ser fortalecidos. No cumplen con cada uno de los criterios de evaluación.
- Se observó que el equipo humano no ha interiorizado los documentos que se deben aplicar durante el proceso de Administración de Riesgos: Política, Procedimiento y Guía.
- En la ficha de caracterización del proceso se observa que se revisó y aprobó en octubre de 2019, no obstante, los procedimientos adjuntos al mismo no se han revisado y actualizado desde julio de 2016.
- No se observa en la ficha integral del riesgo, la identificación de controles frente a la actualización de las bases de datos de los sistemas de información misionales con el propósito de disponer datos e información actualizada sobre Salud y Protección Social, a la ciudadanía partes interesadas. No obstante que el proceso tiene documentado el procedimiento Actualización de las Bases de Datos de los Sistemas de Información Misionales que también debe ser revisado y actualizado.
- El proceso indica que el riesgo se ha materializado por demoras en la contratación cuando surge la necesidad de cambiar el proveedor. Se sugiere definir un control para evitar la interrupción del servicio.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Gestión de Contratación. Se identificaron dos riesgos.

- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- Revisar la redacción de los nombres y explicación de los riesgos.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha
- Se observó que el equipo humano no ha interiorizado los documentos que se deben aplicar durante el proceso de Administración de Riesgos: Política, Procedimiento y Guía.
- El proceso indicó que se están actualizando los procedimientos considerando los cambios electrónicos del SECOP.
- En el proceso se ejecutan controles adicionales que no están en la ficha de riesgos.
- Se sugiere estudiar la pertinencia de identificar riesgos asociados a la tarea de supervisión de contratos.

Gestión de Soporte a las Tecnologías. Se identificó un único riesgo.


- Se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- El riesgo es coherente con las características del objetivo del proceso.
- Los controles existen, operan y cumplen con los criterios de evaluación.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la metodología adoptada por el MSPS para la administración de riesgos.

Gestión del Talento Humano. Se identificaron dos riesgos.

- Se debe revisar la explicación de los riesgos.
- Los controles deben ser revisados. No cumplen con todos los criterios de evaluación.
- No se observa el control que hace la Subdirección frente a la existencia de vacantes definitivas o temporales de carrera administrativa.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la metodología adoptada por el MSPS para la administración de riesgos.
- Todos los factores de riesgo identificados en la ficha integral no están siendo controlados. Adicional, las causas priorizadas requieren ajuste para su debido control.
- No se observa el control que se debe hacer sobre el estudio de verificación de requisitos para provisión transitoria del empleo por encargo o nombramiento provisional. Teniendo en cuenta que, de acuerdo con el procedimiento, el estudio es realizado por una profesional o un técnico, que su vez da visto bueno. El estudio de requisitos debe ser verificado por otro servidor diferente a quien realiza el estudio y aprobado por la Subdirección.
- No se observan controles frente a la oportunidad de la provisión de cargos por parte del proceso.
- Los controles existentes se orientan especialmente a los análisis preliminares antes de suplir la necesidad o de atender el requerimiento para proveer el talento humano en los procesos.
- Se sugiere verificar la forma en que se ajustó el procedimiento GTHP01 Provisión empleos carrera administrativa y de libre nombramiento remoción. La forma en que está consolidado no facilita su lectura y comprensión. Además, es un procedimiento que no se ha actualizado desde 2017 que no contempla la nueva normatividad de la CNSC: Circular 117 y la Circular 27 del MSPS.

Gestión Documental. Se identificaron dos riesgos.

- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- Se debe revisar tanto el nombre como la explicación de los riesgos, y como consecuencia los controles deben ser verificados.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la metodología adoptada por el MSPS para la administración de riesgos.

Gestión Financiera. Se identificaron cuatro riesgos.

- Se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- Se debe revisar tanto el nombre como la explicación de los riesgos, y como consecuencia los controles deben ser verificados.
- Se sugiere revisar los riesgos, incluyendo un elemento esencial de un proceso financiero adicional a la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera. Como lo es la disponibilidad de recursos económicos para el cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- Se evidenció que, en la práctica, el proceso aplica otra serie de controles que no quedaron documentados en la ficha integral del riesgo y que incluso no se observan en la caracterización del procedimiento GFIP05, por lo que se sugiere la revisión integral.
- Se observó que, no obstante, que se realizó el análisis del entorno del proceso, los factores de riesgo priorizadas en la ficha no corresponden a los identificados en éste.
- Finalmente, se recomienda que en la identificación de los riesgos que pueden afectar al proceso, se tengan en cuenta los criterios establecidos en el numeral 3.1. del procedimiento para la evaluación de control interno contable definidos como anexo de la Resolución 193 de 2016.
- En el Manual de Contabilidad, se establece una serie de SITUACIONES QUE PONEN EN RIESGO LA CONFIABILIDAD, RELEVANCIA Y COMPRENSIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN y de controles que no se visualizan en la ficha integral del riesgo. Se sugiere considerar dichos aspectos. (Ver numeral 9 del Manual).

Gestión Jurídica. Se identificó un único riesgo.

- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- El riesgo está relacionado con uno de los elementos del objetivo: la defensa judicial y extrajudicial de la entidad.
- Los controles deben ser revisados y reformulados. No cumplen con los criterios de evaluación.


Patrimonios Autónomos y Entidades Liquidadas. Se identificaron tres riesgos.

- Se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para la definición del contexto del proceso.
- Se recomienda la revisión de los controles. No cumplen con todos los criterios de evaluación.
- En la práctica se observaron controles que aplica el proceso pero que no se encuentran documentados. Se recomienda su análisis y respectivo ajuste en la ficha.
- Se observó que el proceso no ha apropiado con suficiencia los conceptos básicos de la metodología adoptada por el MSPS para la administración de riesgos.

PROCESOS DE EVALUACIÓN.

Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios. Se identificó un único riesgo.

- No se observa priorización objetiva de las debilidades y amenazas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.
- El riesgo identificado es coherente con el objetivo del proceso.
- Se observó que el equipo humano no ha interiorizado los documentos que se deben aplicar durante el proceso de Administración de Riesgos: Política, Procedimiento y Guía. Adicional tampoco conocen el Contexto Estratégico Institucional y la ubicación de los mismos en la intranet institucional.
- La explicación de los controles no agota los parámetros establecidos en la ficha del riesgo.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Control y Evaluación de la Gestión. Se identificaron dos riesgos.

- Se evidencia cumplimiento del lineamiento metodológico para el análisis del contexto del proceso.
- Los controles deben ser revisados y fortalecidos.
- No obstante los controles existentes se sugiere: i) Concluir el diseño de las fichas técnicas de todos los informes y validar su contenido. ii) Aplicar las fichas técnicas durante el desarrollo de los informes. iii) Diseñar una nueva actividad de control que fortalezca los controles que a la fecha se tiene previstos.

Administración Riesgos de Corrupción.

Se presentó primer y segundo cuatrimestre de 2020, se está elaborando el tercer cuatrimestre de 2020. En cuanto a las observaciones principales se evidenció que los riesgos identificados se mantienen y los controles se encuentran operando, no se ha materializado ningún riesgo.

Los informes cuatrimestrales arrojaron los siguientes resultados:

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	OBSERVACIONES PRIMER CUATRIMESTRE	OBSERVACIONES SEGUNDO CUATRIMESTRE
<p>Uso indebido de información privilegiada durante la etapa de planeación, selección, verificación y suscripción del contrato, convenio o negocio de naturaleza jurídica contractual para beneficio propio o de un tercero</p>	<p>Se evidenció que el riesgo fue actualizado el 17 de enero de 2020. Con respecto a la vigencia anterior, se reevalúa la calificación del impacto, encontrando que se mantiene la calificación en extremo. Se revisó el cumplimiento de las acciones frente a la solidez de los controles y acciones frente a la valoración obtenida hasta el 30 de abril de 2020 y cuya fecha de terminación es el 31/12/2020.</p> <p>En cuanto a las actividades frente a la probabilidad: Verificar la debida realización de las publicaciones en la plataforma respectiva cumpliendo con los términos legalmente establecidos para el efecto. Se recomienda revisar y actualizar los documentos contractuales en el SECOP 2, de acuerdo con las observaciones realizadas por la OCI en el informe de seguimiento contractual.</p>	<p>Se evidenció el cumplimiento de los controles frente a la probabilidad, lo cual queda documentado en la ficha de verificación en la carpeta del contratista, en cuanto a las acciones de fortalecimiento de los controles el proceso realizó el siguiente avance: Actualización del Manual de Contratación en versión no. 2 y Documento GCOS04 Documento Introductorio al Manual de Contratación: https://www.minsalud.gov.co/manualcontratacion/v2/index.html</p> <p>- Campañas de difusión a través de saludnet. Se remite archivo comprimido con las publicaciones.</p> <p>- Capacitación Gestión Contractual en SECOP II https://intranet.minsalud.gov.co/Contractual/Paginas/Capacitaciones.aspx</p>
<p>Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la etapa contractual y poscontractual para el beneficio privado o de terceros</p>	<p>Se mantiene el riesgo de la vigencia anterior. El Grupo de Ejecución y Liquidación contractual en el periodo de febrero a abril ha realizado varias campañas a través de salud Net y correo electrónico con la información relacionada a la normatividad y aclaraciones específicas a los supervisores de contrato en cuanto a la ejecución, modificaciones contractuales y liquidación contractual. En total en el periodo descrito se ha hecho un total de 14 publicaciones en "El saludable" de la intranet. Adicionalmente como actividad de refuerzo, se remitió una solicitud de cargue de los informes de ejecución contractual pendientes a las áreas con mayor criticidad. En cuanto a las acciones de contingencia, no se ha materializado el riesgo.</p>	<p>En cuanto a las acciones de fortalecimiento de los controles el proceso realizó el siguiente avance: Actualización de Manual de Contratación en versión no. 2 y Documento GCOS04 Documento Introductorio al Manual de Contratación: https://www.minsalud.gov.co/manualcontratacion/v2/index.html</p> <p>- Campañas de difusión a través de saludnet. Se remite archivo comprimido con las publicaciones.</p> <p>- Capacitación Gestión Contractual en SECOP II https://intranet.minsalud.gov.co/Contractual/Paginas/Capacitaciones.aspx</p>
<p>Decisiones propias ajustadas a intereses de terceros en la planeación para la adquisición de bienes y servicios requeridos para atender la emergencia del COVID-19</p>		<p>Se evidenciaron las siguientes acciones para el riesgo identificado durante la emergencia decretada por el Covid 19: Evaluación técnica de viabilidad de las ofertas para compras de tecnologías en salud orientadas a tratar el COVID-19 por parte del Equipo de Biomedicina.</p> <p>Elaboración de Estudios Previos que incluyen la justificación de la necesidad, inmediatez de la contratación, conexidad y relación directa con las fases de contención y mitigación de la pandemia del COVID19, así como los estudios de mercado, estudios del Sector, especificaciones técnicas y demás requisitos que aseguren la transparencia del proceso.</p> <p>Publicación en página web de los contratos suscritos para atender la emergencia por el COVID-19. Link: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/contratacion.aspx</p> <p>Publicidad de los procesos en SECOP II de acuerdo a los lineamientos de Colombia Compra Eficiente.</p>
<p>Inadecuada aplicación de los parámetros establecidos para la adquisición de bienes y servicios para atender la emergencia del COVID-19 para beneficio propio o de un tercero</p>		<p>Se evidenciaron las siguientes acciones frente al riesgo identificado en ocasión al decreto de emergencia ocasionado por el COVID 19: Retroalimentación a los estudios previos por parte del Viceministerio correspondiente y por parte del Grupo de Gestión Contractual a través de correos electrónicos.</p> <p>Especializar a determinados abogados en el manejo de los procesos de contratación relacionados con COVID 19, asegurando la distribución equitativa de procesos, respuesta oportuna a las solicitudes y estandarización en la aplicación de los lineamientos establecidos en la entidad para este fin.</p> <p>Publicidad de las modificaciones, liquidaciones y demás documentos que por ley corresponda del proceso contractual generados en las etapas de ejecución, liquidación y post liquidación, en la plataforma SECOP I Y SECOP II, de acuerdo a los lineamientos de Colombia Compra Eficiente.</p>



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	OBSERVACIONES PRIMER CUATRIMESTRE	OBSERVACIONES SEGUNDO CUATRIMESTRE
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros al usar los perfiles del aplicativo SIIF	El riesgo identificado se mantiene, se actualizó en enero 9 de 2020, se encuentra identificado el contexto estratégico del proceso en el formulario ASIF09. Se recomienda corregir el formulario en la parte de " se ha materializado el riesgo", dado que la respuesta es afirmativa y en la frecuencia del riesgo se expone que no se ha presentado en los últimos 5 años. Se aplican las actividades de control dispuestas para reducir la probabilidad de ocurrencia y el impacto que pueda generar la materialización del riesgo Frente a la solidez de los controles se evidencia cumplimiento en actualización del procedimiento GFIP10 - Pago de compromisos adquiridos, con vencimiento Abril 30 de 2020. En cuanto a las acciones de contingencia, no se han aplicado dado que no se ha materializado el riesgo	Se continúan aplicando los controles dispuestos para reducir la probabilidad de ocurrencia y el impacto que pueda generar la materialización del riesgo.
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la regulación de precios de medicamentos	Se evidenció actualización del riesgo en de la ficha ASIF09 con fecha de aprobación 15 de enero de 2020. Frente a la actividad para fortalecer el control no se evidencia el cumplimiento del producto (formato de declaración de conflictos de interés implementado, fecha de vto 20 de marzo de2020). Por lo que se recomienda ampliar la fecha de vencimiento y realizar la actividad propuesta. Se evidencia la formulación de acciones de contingencia frente a la posible materialización del riesgo. A la fecha no se materializó. Se ajustó el acto administrativo (circular 10) de control de precios de medicamentos según las observaciones recibidas en la consulta pública, realizada durante el último trimestre del 2019. La carpeta de uso compartido solo es accedida por el personal del grupo de control de precios de medicamentos.	Frente a la actividad para fortalecer el control aún no se evidencia el cumplimiento del producto (formato de declaración de conflictos de interés implementado, fecha de vto 20 de marzo de2020). Por lo que se recomienda ampliar la fecha de vencimiento y realizar la actividad propuesta. El proceso no reportó información para este periodo. A la fecha no se ha materializado el riesgo
Uso indebido de información privilegiada durante el proceso de Exclusiones, ampliación progresiva de los Beneficios en Salud con cargo a la UPC, actualización de la CUPS, MIPRES y Cuotas moderadoras y copagos.	Para la vigencia 2020 se mantiene el riesgo identificado, no se ha diligenciado en el formulario ASIF09 lo correspondiente al contexto estratégico del proceso, se verificaron los controles frente a la probabilidad, no se evidencia la frecuencia de su aplicación y frente al impacto no se tiene establecida la periodicidad del control, se formularon acciones de contingencia en caso de materializarse el riesgo. Finalmente, los controles han sido efectivos dado que a la fecha de revisión no se ha materializado el riesgo. Se recomienda actualizar el riesgo de acuerdo con la guía ASIG 01-GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LOS PROCESOS Y EL PROCEDIMIENTO ASIPO2-ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS INSTITUCIONALES ..	De acuerdo con el mapa de riesgos institucional se evidencia que se da cumplimiento a las actividades frente a la probabilidad e impacto las cuales se verifican en el siguiente link: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freesearchresults.aspx?k=&k=SEGURIDAD%20INFORMACIONBack%20Ups%20de%20la%20DRBCyTAS.Back%20Ups publicaciones en el link: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/Suficiencia/firm/logica/home Normativa: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203513%20de%202019.pdf Actas.
Uso indebido de información privilegiada durante el desarrollo de las actividades de solicitud, recepción, consolidación y análisis de información, que sirve como insumo para los cálculos de costos y tarifas	Para la vigencia 2020 se mantiene el riesgo identificado. No se ha diligenciado en el formulario ASIF09 lo correspondiente al contexto estratégico del proceso. Se verificaron los controles frente a la probabilidad, no se evidencia la frecuencia de su aplicación y frente al impacto se tiene una actividad de revisión, pero no se tiene establecida la periodicidad del control y en las evidencias no se detalla en que consiste la revisión, se formularon acciones de contingencia en caso de materializarse el riesgo. Finalmente, los controles han sido efectivos dado que a la fecha de revisión no se ha materializado el riesgo. Se recomienda actualizar el riesgo de acuerdo con la guía ASIG 01-GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LOS PROCESOS Y EL PROCEDIMIENTO ASIPO2-ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS INSTITUCIONALES.	Se evidenciaron las siguientes actividades de control: a. Se utiliza el documento Política de Seguridad Informática definido por el Ministerio. Además: 1. Se realiza un backup de la información que maneja la DRBCyTAS. 2. Todos los funcionarios poseen el usuario y contraseña de acceso a los aplicativos, de acuerdo a su perfil autorizado. 3. Se diligencian los formatos de confidencialidad y uso restringido de la información. 4. Se cumplen los canales de comunicación de la Dirección, a través de las dos Subdirecciones y del Director de la DRBCyTAS. 5. Se realiza la validación de estructura y calidad de la información reportada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). 6. Cualquier incidencia presentada en los sistemas de información, se reporta a la Oficina de Soporte Informático. 7. Acuerdo de confidencialidad de la información para los servidores públicos que manejen dicha información. 8. Publicar en la página WEB en el subsitio de salud, de los documentos que genera la subdirección de Costos y Tarifas 9. Revisar permanentemente la herramienta tecnológica para procesos de actualización se evidencia en el link: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freesearchresults.aspx?k=&k=SEGURIDAD%20INFORMACIONBack Ups de la DRBCyTAS.Back b. Acuerdo de confidencialidad de la información para los servidores públicos que manejen dicha información: Los funcionarios de planta y contratistas diligencian el formato de confidencialidad de la información, lo cual se puede corroborar en las hojas de vida de los funcionarios de planta y en las carpetas de los contratos de prestación de servicios. c. La herramienta web del Ministerio de Salud es revisada permanentemente por OTIC, mientras que la herramienta MI VOX PÓPULI administrada por la DRBCyTAS. 1. MI VOX PÓPULI Se encuentra en proceso de actualización a la Versión 2.0.



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	OBSERVACIONES PRIMER CUATRIMESTRE	OBSERVACIONES SEGUNDO CUATRIMESTRE
<p>Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros en la recepción, consolidación y análisis de la información para la asignación y ejecución de recursos de inversión y funcionamiento, de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.</p>	<p>Se evidenció que para la vigencia 2020 se mantiene el riesgo. En las actividades frente al impacto no es claro dado que de acuerdo con la guía ASIG01 Administración integral del riesgo en los procesos, el control de impacto hace referencia a actividades de seguimiento y evaluación y se encuentra es una acción de contingencia. Se recomienda verificar el control y actualizarlo de acuerdo con la guía ASIG 01-GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LOS PROCESOS Y EL PROCEDIMIENTO ASIP02-ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS INSTITUCIONALES. Con relación a la acción frente a la solidez de los controles, como es la actualización del procedimiento PSSP04 Versión : 02 respecto al punto de control No. 4, no se evidencia la actualización, tiene fecha de vencimiento 30 de dic/20, por lo que se verificará en el último cuatrimestre. La Oficina de Control Interno recomienda revisar las acciones de contingencia del riesgo y actualizar de acuerdo con la guía ASIG01 Administración integral del riesgo en los procesos. La Oficina de Control interno recomienda realizar nuevamente el ejercicio de identificación del riesgo de corrupción, teniendo en cuenta las variables a evaluar para el adecuado diseño de los controles que ataquen las causas identificadas y el establecimiento de acciones frente a la solidez de los controles, acciones frente a la valoración obtenida y replanteamiento de las acciones contingencia. De acuerdo con la guía ASIG01 Administración integral del riesgo en los procesos actualizada en abril de 2020</p>	<p>Como acción de fortalecimiento de los controles se cumplió con la actualización del mapa de riesgos a la ficha ASIF09 Versión 05, y la actualización de los procedimientos GPSP02 Promoción de la participación Social en Salud y GPSP04 Gestión del Riesgo de desastres en Salud, según correo enviado a la OAPES el 16 de agosto de 2020. Las acciones frente a la probabilidad se cumplen por medio de reporte de seguimiento del plan de acción de manera trimestral.</p>
<p>Desvío de recursos físicos o económicos al alterar información en el registro de novedades, archivos de salida y documentos soporte del sistema de nómina dados los roles asignados al sistema para beneficio propio o un tercero.</p>	<p>Se observó que el proceso revisó y actualizó el riesgo, en enero de 2020, así como el contexto estratégico. Los controles frente a la probabilidad se están aplicando, se sugiere establecer la periodicidad de los controles. Se recomienda continuar con la gestión estipulada en las acciones de tratamiento del riesgo relacionada con la inclusión del módulo de auditoría en el sistema de nómina, la cual tiene fecha de terminación 30 de diciembre de 2020, y así contar con el informe de seguimiento estipulado el cual también debe llevar una periodicidad. Dado que las acciones de contingencia tienen una connotación correctiva, en caso de materializarse el riesgo, se recomienda establecer acciones, de acuerdo con lo definido en la guía ASIG01- Administración Integral del riesgo en los procesos.</p>	<p>Se observó que el riesgo se mantiene, en el proceso se están aplicando los controles frente a la probabilidad y al impacto, las evidencias se encuentran en la carpeta compartida de la subdirección de Talento Humano a la cual solo tiene acceso los servidores de la Subdirección, que cargan novedades. link: \\minspsvm951\SubdirecciónGestiónTalentHumano\2020\8. Sigepl\Novedades Nómina y Planta de Personal Como acción de solidez de los controles se evidencia Seguimiento y evaluación a la implementación de del control de cambio requerido a HEINSOHN (Administrador Módulo de Nómina) en lo relacionado con roles y accesos al módulo de nómina. De acuerdo con lo informado por el proceso, el Módulo de Auditoría se dimensionó con Heinsohn en virtud del contrato 052 de 2020, pero debido a unas solicitudes extraordinarias de ajustes para el módulo de nómina, se ha dado prioridad a dicho requerimientos. Sin embargo y teniendo en cuenta que el plazo vence el 30 de diciembre del año en curso se continuará en lo que alcance el valor del contrato para finalizar el módulo de auditoría. Por lo que LA OCI recomienda realizar las gestiones pertinentes a fin de lograr el producto establecido.</p>
<p>Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros con el fin de favorecer o perjudicar a funcionarios investigados y/o terceros</p>	<p>El riesgo se mantiene y es actualizado el 23 de enero de 2020, en el contexto estratégico se analizaron solamente debilidades no se identificaron amenazas. Los controles frente a la probabilidad y al impacto se aplican y han sido efectivos. Igualmente se da cumplimiento a las acciones frente a la solidez de los controles y acciones de tratamiento, con relación a las acciones de contingencia, no se han aplicado, dado que no se ha materializado el riesgo</p>	<p>Los controles frente a la probabilidad y al impacto se están aplicando. Igualmente se da cumplimiento a las acciones frente a la solidez de los controles y acciones de tratamiento. En el periodo de seguimiento se han desarrollado Subcomités Integrados de Gestión (3 subcomités) conforme a lo dispuesto en la Resolución No. 2363 de 2018, dejando las respectivas Actas que dan cuenta del seguimiento de los procesos y acciones desarrolladas dentro de los procesos disciplinarios. Además, en los subcomités individuales (3 subcomités) que se han desarrollado en el trimestre los cuales tienen como fin, además del seguimiento individual de los procesos de cada profesional, establecer posibles amistades o enemistades que puedan llegar a influir en la toma de una decisión contraria a la ley y demás situaciones particulares que puedan incidir en las decisiones y se deja la respectiva constancia en el acta y esta manera eliminar este riesgo. Adicionalmente, se realiza una verificación en las bases de datos de quejas y de autos para establecer el estado de las novedades y de los procesos conforme a lo establecido en los Procedimientos de la OCID, referentes al proceso ordinario. Se evidenció video realizado con el fin de recordar las obligaciones, derechos, y prohibiciones, entre otras directrices de la función disciplinaria. Dicho video fue publicado en la Edición 295 del 05 de junio de 2020 de El Saludable. Frente a las acciones para fortalecer el riesgo: " Implementar una actividad de control relacionada con la socialización anual del proceso disciplinario, dirigida al despacho de Ministro y los Viceministros, definida en el plan de trabajo" la cual tiene como vencimiento el 30 de junio de 2020, no se evidenció el soporte de la capacitación. La OCI recomienda si aún no se ha realizado solicitar a la OAPES el cambio de fecha para el cumplimiento de la acción. Con relación a las acciones de contingencia, no se han aplicado, dado que no se ha materializado el riesgo. Las evidencias se encuentran en videos realizados, debido a que para este periodo el trabajo se realizó desde casa, en razón a la declaratoria de emergencia sanitaria por parte del gobierno, ocasionada por el COVID 19.</p>



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	OBSERVACIONES PRIMER CUATRIMESTRE	OBSERVACIONES SEGUNDO CUATRIMESTRE
Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros en las actividades relacionadas con la ejecución de la evaluación integral de etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y derivados Asociados a el procedimiento GIPP03	El riesgo de corrupción identificado se encuentra documentado en el formato ASIF 11 -Mapa Institucional de Riesgos de Corrupción, pero no se evidencia en la ficha del proceso. De acuerdo con lo verificado la explicación de la valoración antes y después de controles difiere con la valoración indicada dado que se ubica en zona moderada y la explicación aduce ser extrema. Por lo que la Oficina de Control Interno recomienda actualizar el mapa de riesgos del proceso a fin de poder realizar la verificación de los componentes del riesgo.	El riesgo se mantiene. De acuerdo con lo verificado aún se evidencia que la explicación de la valoración antes y después de controles difiere con la valoración indicada dado que se ubica en zona moderada y la explicación aduce ser extrema. Por lo que la Oficina de Control Interno recomienda actualizar el mapa de riesgos del proceso a fin de poder realizar la verificación de los componentes del riesgo. Se evidencia cumplimiento de las actividades de control frente a la probabilidad e impacto, para lo cual el proceso adjuntan actas del comité de etiquetado y empaquetado de tabaco. Correo por parte de OTIC con los accesos a la carpeta compartida Evidencia en el sistema Orfeo de Actos administrativos relacionados en las actas Frente a las acciones de contingencia, no se han aplicado dado que no se ha materializado el riesgo
Decisiones ajustadas a intereses propios o de tercero sen la asignación de permisos de acceso a las bases de datos de los sistemas de información misionales, superiores a los autorizados.		El proceso realizó los siguientes actividades relacionadas con los controles: Se actualizó el procedimiento SIMP03 y se actualizó la Guía SIMS02- Guía para la solicitud de servicios de Infraestructura y Seguridad de la Oficina TIC; ampliándose el tema de asignación de perfiles de acceso junto con el compromiso de confidencialidad para la asignación de los perfiles para acceder a las bases de datos de los sistemas de información misionales.
Uso indebido de información privilegiada durante la gestión de la información en la Bodega de Datos		Para la aplicación de los controles definidos para la gestión del riesgo de corrupción en los procedimientos IFP01 e IFDP02, se realizaron reuniones técnicas con Profesionales del Equipo de Trabajo SGD para su socialización y ejecución. Estas actividades fueron incluidas como controles dentro del procedimiento IFDP02 del proceso de IFDC01 en correo enviado al Grupo de Desarrollo Organizacional el 28 de agosto de 2020. Se definieron nuevas políticas de operación que deben ser incluidas dentro de los procedimientos de Creación de cubos de información en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) - IDP01 y Atención solicitudes de información misional Bodega de Datos de SISPRO (SGD) -IFDP02. Se han adelantado reuniones donde se están revisando las nuevas políticas de operación a incluir dentro de los procedimientos IFP01 e IFDP02 y se están validando con los responsables.
Uso indebido de información privilegiada durante la generación de cruces o extracción de información de las bases de datos de los sistemas de información misionales		Se evidencia el siguiente avance frente a los controles: Se realizaron reuniones con los responsables del tema de Cruces y Extracción de Datos y la temática de Infraestructura y Seguridad de la Información, para la definición del tema de la asignación de los perfiles y permisos según la existencia de un acuerdo de confidencialidad diligenciado y firmado por parte del usuario, y así acceder a las bases de datos de los sistemas de información misionales. Estos documentos ya están elaborados para ser enviados a revisión por parte de Ricardo Bautista asesor para la OTIC del Grupo de Desarrollo Organizacional e incluirlos dentro del procedimiento. En las reuniones realizadas asistieron los supervisores de los convenios de intercambio de información que el Ministerio tiene con entidades externas donde se revisaron las actividades de control para ser estandarizadas especialmente en la entrega de información a dichas instituciones. Se definieron nuevas políticas de operación que deben ser incluidas dentro del procedimiento de cruce y extracción de datos, tales como: que todas las comunicaciones donde se entrega información a entidades que tienen convenio con el Ministerio, éstas deben ir firmadas por el supervisor del convenio y con visto bueno de la jefe de OTIC; se informó que no todos los funcionarios de la OTIC tienen acceso a todas las bases de datos de los sistemas de información misionales y esto ayuda a mitigar este riesgo de uso indebido de la información.


ADMINISTRACIÓN RIESGOS DE TECNOLOGÍA.

En el seguimiento a la administración de riesgos de seguridad de la información, se validó la metodología para el abordaje del riesgo y las fichas para cada uno. Se presentaron las siguientes oportunidades de mejora:

Proceso: Gestión documental

Fase: Análisis de contexto/ Debilidades

Asegurar que todas las descripciones se enmarquen en términos de ausencia o falencia, puesto que la descripción de la debilidad N° 15 "Mantenimiento del sistema de gestión documental" no es claro por qué se registra como una debilidad.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

En la columna de “resultados” es importante describir no solo lo asociado a la falta de cualificación del personal, sino además tener contemplado lo referido a la falta de controles del sistema, como se señala en las debilidades generales N° 10 “No hay un control establecido en el SGD ORFEO para la modificación o eliminación de la documentación que este asignada a otras dependencias”, N° 11 “No hay control establecido en el SGD ORFEO para la consulta de radicados que se encuentran en el mismo” y N° 12 “No hay control establecido en el SGD ORFEO para la captura de imágenes de radicados que tienen un componente de reservada y clasificada”

Proceso: Gestión y prevención de asuntos disciplinarios

Fase: Priorización de escenarios

Hay 3 priorizaciones diferentes sobre un mismo criterio que es el del objetivo del proceso, por lo que no es claro cuál fue la priorización final dada.

Proceso: Gestión de talento humano

Fase contexto del proceso.

Es importante describir la debilidad en términos de ausencia o falencia respecto al objeto que se esté citando. Se identificaron las siguientes: “Infraestructura. Capacidad instalada. Competencia del personal. Disponibilidad del personal. Seguridad y Salud en el Trabajo”, entre otras, que imposibilitan desarrollar el ejercicio en términos de riesgo.

Fase: Priorización de escenarios

No se desarrolló ninguna priorización de escenarios, elemento previo dentro de la metodología definida por el Ministerio de Salud para el abordaje del riesgo.

Proceso: Administración de bienes e insumos

Ficha 1 riesgo 1: *Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios de medicamentos, biológicos, jeringas e insumos de interés en salud y salud pública, papelería, elementos de oficina e impresión.*

Cuando se discrimina el riesgo como inadecuado suministro es válido anotar si es por inoportunidad o por error en los suministros entregados a fin de plantear el plan de acción con el enfoque de priorización.

Ficha 2 riesgo 2: *Inexactitud de la información reportada en el sistema de inventarios de bienes y servicios*

Es importante asegurar el diligenciamiento de la totalidad de los campos descritos en la ficha puesto que no se evidencia explicación del riesgo, su clasificación, ni la identificación si el riesgo se mantiene, es un riesgo nuevo o fue materializado.

Teniendo en cuenta que una de las causales del riesgo está asociado a las limitaciones de la infraestructura tecnológica de la entidad, sería importante evaluar si su clasificación es de orden tecnológico.

Proceso: Administración del sistema integrado de gestión

Fase: Contexto de organización


Es importante definir cómo se estableció la prioridad del resultado en las debilidades del proceso identificadas, puesto que de la totalidad de 18 debilidades donde algunas de estas son de alto impacto en el propósito del objetivo solo fueron citadas 5 debilidades.

Proceso Gestión de Contratación

Fase: Controles de seguridad digital

Teniendo en cuenta los riesgos identificados en el proceso, específicamente los asociados a seguridad digital, es conveniente que el proceso identifique en los controles de seguridad digital, incluyendo por ejemplo los siguientes:

A.7.2.3 Proceso disciplinario: Se debe contar con un proceso formal, el cual debe ser comunicado, para emprender

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

acciones contra empleados que hayan cometido una violación a la seguridad de la información.

A.5.1.1 Políticas para la Seguridad de la Información: Se debe definir un conjunto de políticas de la información, aprobada por la dirección, publicada y comunicada a los empleados y a las partes externas pertinentes.

A.8.2.1 Clasificación de la Información: La información se debe clasificar en función de los requisitos legales, valor, criticidad y susceptibilidad a divulgación o a modificación no autorizada.

Proceso: Gestión del servicio al ciudadano

Fase: Inventario de controles de seguridad digital:

Teniendo en cuenta las debilidades descritas en el análisis de contexto, es conveniente que el proceso amplíe identifique en los controles de seguridad digital, incluyendo por ejemplo los siguientes:

A.5.1.1 Políticas para la Seguridad de la Información: Se debe definir un conjunto de políticas de la información, aprobada por la dirección, publicada y comunicada a los empleados y a las partes externas pertinentes

Proceso Gestión Financiera

Fase acta de cierre.

Importante documentar cómo fue el acta de cierre de la revisión anterior de riesgos con el fin de identificar avances y actualizaciones en el proceso.

Proceso: Gestión de soporte a las tecnologías

Fase: Contexto del proceso

Dentro de las debilidades de resultado se discriminan las mismas definidas en la lluvia de ideas. Es importante evaluar si van a tener un criterio de ponderación para priorizar focos de atención.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Plan Anual de Auditorías 2020.

De acuerdo con el marco normativo vigente, la Oficina de Control Interno tiene la responsabilidad de presentar al Comité Institucional Coordinación Control Interno- CICC I un Plan Anual de Auditorías que, entre otros, cumpla con las siguientes condiciones:

- Debe ser una **lista de todas las posibles auditorías** o “unidades auditables” que podrían realizarse.
- Debe ser consistente con las **metas estratégicas** de gran alcance de la organización.
- Debe estar basado en una **evaluación de riesgos**.
- Debe determinar los **procesos que cuentan con mayor relevancia** para cumplir con la misión, los objetivos estratégicos y aquellos que presentan un alto nivel de riesgo. Es decir, alineación de la auditoría con la planeación estratégica de la entidad.

En este sentido para 2020 se conformó el universo de auditoría a partir de los riesgos inherentes tal y como lo sugieren las metodologías del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP- y el Instituto Internacional de Auditoría Interna IIA. Para el efecto se tomó como fuente los Mapas de Riesgos que a 30 de enero de 2020 estaban documentados y publicados en el Sistema Integrado de Gestión y se aplicó la matriz DAFP que además contempla otros criterios como: solicitudes del CICC I, solicitudes de entes de control, fecha de la última auditoría, días transcurridos de la última auditoría y resultados de la última auditoría.

Considerando que la matriz del DAFP arrojaba la posibilidad de auditar 20 de los 27 procesos que tiene el MSPS se diseñaron otros criterios de priorización que se aplican anualmente de acuerdo con los análisis efectuados por la Oficina.



Como resultado se priorizaron 14 procesos, sobre los cuales posteriormente, se hizo un análisis adicional por metas estratégicas de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo y se presentó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno 25 temas susceptibles de auditar, de los cuales finalmente, se eligieron 11.

Ejecución Plan Anual de Auditorías

La programación del PAA se cumplió de la siguiente manera:

TÍTULO DE LA AUDITORIA	PROCESO				AÑO: 2020												Responsable (Líder de Proceso auditado)
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud: Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).		X									X						Dirección de Prestación de Servicios- Oficina de Calidad - Oficina de Gestión Territorial
Direccionamiento Estratégico: Agenda de Cooperación Internacional y Agenda de Relaciones Internacionales	X										X						Oficina de Cooperación Internacional y Agenda de Relaciones Internacionales
Transversalización de Enfoques Diferenciales Implementación del SISPI - objetivo del PND 2018/2022.		X									X						Oficina de Promoción Social
Gestión de Servicio al Ciudadano Modelo de atención y servicio al ciudadano.	X										X						Grupo Atención al Ciudadano
Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estrategias procedimientos: GCMP02 Gestión de la comunicación interna y, GCMP03 Producción de piezas de comunicación.	X										X						Grupo de Comunicaciones - Oficina Asesora de Planeación
Viceministerios Inversión de los recursos asignados para enfrentar la pandemia del Covid 19: Rubro Emergencias y Desastres		X														X	Viceministerios- Subdirección Financiera- Planeación - Grupo de Contratación

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN


INFORME EJECUTIVO DE GESTION

TÍTULO DE LA AUDITORIA	PROCESO				AÑO: 2020												Responsable (Lider de Proceso auditado)		
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			
Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial Acuerdo territorial de Punto Final para la disminución de las deudas acumuladas. (OT)		X															X	Dirección de Financiamiento Territorial	
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Ejecución de los recursos de la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria –IREM-. (UC).		X																X	Dirección de Promoción y Prevención
Desarrollo del Talento Humano en Salud Implementación de la Ley 1917 de 2018: Por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación.		X																X	Dirección de Talento Humano en Salud
Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC Proceso de implementación del SAT.	X																	X	OTIC
Sistema de Información Financiera - SIF Controles en la Operación y Seguridad del SIF aplicados en el MSPS.			X															X	Subdirección Financiera

Informes presentados por solicitud legal

Durante la vigencia 2020 se presentaron 85 informes, así:

INFORMES ELABORADOS POR MANDATO LEGAL	AÑO: 2020												PERIODICIDAD					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre						
Informe de Gestión OCI	X																	Anual
Informe FURAG			X															Anual
Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno	X						X											Semestral
Seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias	X						X											Semestral
Evaluación por dependencia a la Gestión del MSPS - FNE	X						X											Semestral
Informe Plan Estratégico Sectorial			X						X									Semestral
Informe de seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción y Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano	X				X				X									Cuatrimestral
Informe de Riesgos de Gestión	X																	Anual
Informe de Evaluación Contable (Dos Unidades)			X					X										Semestral
Informe Control Interno Contable de las dos unidades / Encuesta de Evaluación CGN		X																Anual
Informe Cuenta Fiscal CGR			X															Anual
Informe Plan de Mejoramiento CGR	X						X											Semestral
Seguimiento, Verificación y Certificación EKOGUI		X						X										Semestral
Seguimientos Subcomités Integrados de Gestión		X																Anual
Informe Cumplimiento Normas Derechos de Autor			X															Anual
Eventos de sensibilización con enfoque hacia la prevención	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual
Informe Cámara de Representantes	X																	Por fenecimiento de la cuenta no se presenta este informe
Informe Sinergia			X													X		Semestral

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

INFORMES ELABORADOS POR MANDATO LEGAL	AÑO: 2020												PERIODICIDAD
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Informe de Austeridad en el Gasto Público	X			X			X			X			Trimestral
Informe Plan de Acción MSPS		X					X						Semestral
Informe de ejecución presupuestal y rezago presupuestal MSPS y FNE	X			X			X			X			Trimestral
Seguimiento Programa de Gestión Documental y Plan de mejoramiento Archivístico		X			X			X			X		Anual/ Trimestral
Seguimiento Contratos			X				X						Semestral
Seguimiento Inventarios MSPS - FNE					X						X		Semestral
Informe de Gestión Contractual CGR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual
Informe Ley de Transparencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual
Cuenta Posconflicto en SIRECI				X									Anual
Seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional										X			Anual
Seguimiento a Mecanismos de participación Ciudadana									X				Anual
Seguimiento a Lineamientos TIC'S										X			Anual

Principales Resultados de las auditorías

PROCESO AUDITOR	PRINCIPALES HALLAZGOS	PRINCIPALES OBSERVACIONES/SUGERENCIAS	ESTADO DE LA AUDITORIA
Agenda de Cooperación Internacional y Agenda de Relaciones Internacionales	Se debe iniciar un análisis exhaustivo de los hallazgos y acciones a efectos de unificarlos, presentar soportes que den cuenta del cumplimiento de acciones y estas sean subsanadas.	Se recomienda efectuar informes que den cuenta de los avances, conclusiones estado o resultado de los acuerdos establecidos en los eventos a los que asiste el Ministerio en el marco de la Agenda. Se recomienda hacer informes de seguimiento más allá de las actas resultantes de los comités a los que se asiste. Se recomienda la actualización de la información contenida en el aplicativo Orfeo del Ministerio.	Cerrada.
	Incumplimiento en la actualización del Procedimiento DESPO3 Gestión de la Cooperación y Relaciones Internacionales, así como el DESM02 Manual Relaciones Internacionales en Salud.	Se recomienda al Grupo actuar en dirección a subsanar las observaciones planteadas en el Mapa del Riesgos Institucional. Se recomienda actualizar la Hoja de vida de los Indicadores de conformidad con los tiempos establecidos en cada indicador.	
Cumplimiento de las Políticas de Operación y Seguridad del SIF-Nación	1. Incumplimiento de la obligación para las entidades usuarias del SIF estipulada en el literal c del artículo 2.9.1.2.12 del Decreto 1068 de 2015 al no acatar la cabalidad a instrucción emitida por el Administrador SIF mediante Circular Externa No. 035 del 27 de agosto de 2020 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Lo anterior, por cuanto a pesar de que en la caracterización del riesgo de seguridad de la información denominado "Interrupción en la prestación de servicio durante fallas en el acceso al aplicativo", se estableció una actividad de contingencia frente al riesgo, el plan de contingencia al Administrador SIF con las medidas que se adoptaran respecto al SIF Nación para acceder al sistema en caso de la caída de su canal principal o no disponibilidad de sus instalaciones o equipos, con la priorización de acceso de usuarios y los tipos de registros que se deben realizar en relación con las actividades esenciales no se encuentra documentado pues tan sólo tiene desarrolladas las actividades descritas en la matriz de riesgos, las cuales no tienen el detalle solicitado por el Administrador SIF. Asimismo de acuerdo con lo manifestado por el Usuario Registrador en entrevista realizada el 16 de octubre de 2020, este no ha sido remitido al Administrador SIF.	Se recomienda al Fondo Nacional de Estupefacientes estudiar otras alternativas, con el fin de que en ausencias temporales de los usuarios con perfiles de tesorería, contabilidad y presupuesto, no se requiera de la combinación de perfiles incompatibles, para que de esta forma no se generen riesgos en la Entidad por la existencia de una inadecuada segregación de funciones en el uso del SIF Nación y se cumpla con la Circular 055 de 2018.	Cerrada



La salud
es de todos


Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

PROCESO AUDITOR	PRINCIPALES HALLAZGOS	PRINCIPALES OBSERVACIONES/SUGERENCIAS	ESTADO DE LA AUDITORIA
Avance del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI	Incumplimiento parcial de la estrategia del PND 2014-2018 No. 9 implementar el sistema de salud propia e intercultural.	Unificar Lista de chequeo de la guía metodológica.	Cerrada.
	Incumplimiento a lo definido en el PND 2018-2022 en cuanto a los indicadores concertados y cargados en la plataforma de SINERGIA	Revisar los productos entregados de los modelos de salud propia evitando su duplicidad.	
Gestión de las Comunicaciones Publicas Y Estratégicas	Accesibilidad en medios electrónicos para la población en situación de discapacidad visual. Se hace necesario generar un mecanismo donde se pueda transmitir a través de lenguajes de señas la información más relevante para el ciudadano. Por ejemplo, la ventanilla única de trámites.	Ausencia lineamiento normativo frente a la ley 1712 y NTC5854 para la actualización, creación y desarrollo para el portal web y la Intranet. No se identificó el desarrollo de actividades bajo el marco de cumplimiento normativo frente al derecho de acceso de información pública y nacional con la Ley de transparencia y la NTC 5854.	Cerrada.
Modelo de Acción Integral Territorial (Maite)	No se evidenciaron situaciones o hechos que impliquen incumplimiento de criterios legales y que por tanto generen hallazgos. El 9 de julio de 2020, se expidió la Resolución 1147, modificando los artículos 9 y 10 de la Resolución 2626, en el sentido de ampliar los términos para que las entidades territoriales formulen y adopten el plan de acción MAITE y el Ministerio construya los indicadores y criterios para monitorear la implementación y avances de MAITE. Los dos aspectos condicionados a la definición y expedición del lineamiento que contenga la metodología para la construcción del MAITE-PAIM a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. En la Resolución no se precisan los términos que tiene el Ministerio para tramitar dicho lineamiento, pero sí señala de manera expresa, que los territorios tendrán un plazo de un año, luego de emitidos los lineamientos, para que planeen, formulen y adopten el Plan de Acción MAITE. El mismo tiempo que tendrá el Ministerio para construir los indicadores y criterios para monitorear el Modelo.	Se evidenció una serie de situaciones que alcanzaron categoría de incumplimiento pero que quedaron enmendadas con la expedición, aunque extemporánea, de la Resolución 1147 del 9 de julio de 2020, que justamente modificó los artículos objeto de la presente auditoría, ampliando los términos que ya se habían vencido a junio 30 de 2020. A 30 de junio de 2020 ninguna Entidad Territorial había planeado, formulado y adoptado formalmente el Plan de Acción e Implementación MAITE 2019 – 2022. No se evidencia verificación trimestral del avance en cada uno de los compromisos establecidos en el PAIM suscrito en 2019 (fase de monitoreo). La entidad territorial no reportó al Ministerio, el resultado de este monitoreo, dentro de los treinta (30) días siguientes a su vencimiento de cada trimestre. El Ministerio no cuenta con soportes que demuestren el seguimiento realizado sobre el avance y resultados de la ejecución de compromisos durante el primer semestre de 2020, considerando el artículo 12 de la Resolución 2626 que señala: <i>El Plan de Acción e Implementación del MAITE- PAIM que adopten las entidades territoriales en la vigencia 2019, continuarán con su ejecución hasta junio de 2020, y las acciones y herramientas allí desarrolladas, serán insumo para la formulación del siguiente plan de acción MAITE.</i> A marzo de 2020 se cumplieron seis meses de expedida la Resolución 2626 y a junio 9 meses, sin que el Ministerio avanzara en la definición de los indicadores y criterios para el monitoreo de la implementación y avances del Modelo que se precisan en el artículo 10 de la mencionada Resolución. El seguimiento a la implementación de MAITE, quedó establecido en el documento bases del Plan Nacional de Desarrollo (315) a partir de un indicador que mide la cantidad de entidades territoriales con modelo de salud diferencial para zonas con población dispersa implementado, indicador que se ratificó en Sinergia y que presenta una meta de 4. A nivel cuantitativo registra avance de cuatrienio de cero (0). A nivel cualitativo, tampoco presenta avances, salvo algunas actividades relacionadas con asistencia técnica al Departamento del Vichada en el Programa de Redes. Ausencia de una metodología que complemente y/o defina de manera clara y concreta roles y responsabilidades del Ministerio y de las Entidades Territoriales, en cada una de las fases del Plan de Acción e Implementación del Modelo del Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, es decir tanto en la planeación, formulación y adopción, como en la ejecución, monitoreo y ajuste. El mecanismo diseñado y empleado por el Viceministerio para consolidar la información de los planes de acción MAITE y hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos suscritos en los mismos, es el aplicativo MAITE, cuyo diseño y puesta en operación, de acuerdo con los soportes allegados, se hizo en diciembre de 2019. Es un sitio web donde los actores y la ciudadanía pueden verificar el estado de los planes de acción. A pesar de ello, la información dispuesta allí está desactualizada, su corte es a 31 de octubre de 2019, sin que se pueda hacer la lectura del avance durante el último trimestre de 2019 y los dos primeros trimestres de 2020 y el cierre de dichos planes.	Cerrada.
Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC	Falta de estadísticas de respuesta frente al número de requerimientos recibidos por parte de las Entidades o empresas externas, frente al soporte de la plataforma SAT, ya que las consultas no se tienen tipificadas entre ciudadanos y entidades externas; la información se registra con el nombre de quien realiza la consulta."	"Es de vital importancia para el Ministerio, desde el punto de vista de contratistas y las funciones que ellos tienen, contar con funcionarios de planta o carrera que sean "backup" de las funciones que realizan en casos extremos de no poder contar con ellos. Para el caso específico, nos referimos a quienes manejan el procedimiento auditado desde la información de SAT. Por lo anterior, es conveniente generar "Gestión del conocimiento" con las actividades que desarrollan. Tema referenciado a dimensión de MIPG".	Cerrada

PROCESO AUDITOR	PRINCIPALES HALLAZGOS	PRINCIPALES OBSERVACIONES/SUGERENCIAS	ESTADO DE LA AUDITORIA
Verificar los avances efectuados en la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria –IREM	<p>Hallazgo. No se evidenció en la información suministrada por el Grupo líder del tema - Proyecto Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM), indicadores que contribuyan a medir el avance de la ejecución del proyecto, tanto física como financieramente para el logro de los objetivos o productos de cada uno de los componentes para establecer si se logran o no los resultados proyectados.</p>	<p>1. Precisión en la calidad de los informes, para lo que se requiere tomar las medidas de control que sean pertinentes para mejorar la calidad del contenido de los Informes – documentos en los informes y que sean congruentes con los demás documentos soportes a la gestión realizada, debido a que se evidenció que unos cambios en la asignación de recursos de la donación a los componentes del IREM, efectuados en el mes de noviembre 2019 soportados en el Plan de Ejecución Proyecto radicado 202021130620841 del 5 de mayo 2020, figuraran en documentos como - Avance del seguimiento IREM del 13 de junio 2020, - Informe Avance IREM septiembre 2020 por la Subdirección de Enfermedades Transmisibles.</p> <p>2. Gestionar el ejercicio que conlleva el Sistema de Gestión Documental – ORFEO, frente a los anexos que afecten o haga parte del documento, con el fin de hacer más fácil el acceso a la comunicación, ubicación y la consulta de la información. Ejemplo de ello, radicado 202021130456461 donde relacionan anexos, los cuales se evidenció que no se encontraban adjuntos al radicado.</p> <p>3. Es importante que se estandaricen informes de seguimiento y evaluación de resultados del proyecto - Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria -IREM, donde se evidencie el avance en el logro del propósito del proyecto y concluya con un informe de resultado final, donde dicho informe debe dar respuesta a la forma en que se da cumplimiento al objetivo general y específico del proyecto y constatar que su alcance e impacto son consecuentes con los recursos invertidos.</p> <p>4. Se recomienda al grupo líder del proyecto – Subdirección de Enfermedades Transmisibles, atender la responsabilidad que conlleva el artículo 6 de la Resolución No. 1024 del 2020, frente al cumplimiento de seguimiento a la ejecución de los recursos transferidos como la operación del proyecto en las entidades gestoras del proyecto.</p>	Cerrada.
GSCCO1 GESTIÓN DE SERVICIO AL CIUDADANO: Verificar los avances en la implementación del modelo de atención y servicio al ciudadano	<p>1. Incumplimiento a la Política Pública de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano planteada en el CONPES 3785-2013, se evidenció que el Ministerio de Salud y Protección Social, no cuenta con una Política Institucional de Servicio a la Ciudadanía formalizada mediante resolución, donde se establezca los principios, objetivos, lineamientos, responsabilidades, designación del responsable para implementar el manual de la política de servicio al ciudadano institucional con los servicios, tramites, <i>politicas</i>, programas, proyectos e iniciativas que ofrece la institución para la prestación de un <i>servicio al ciudadano</i>, como lo establece el CONPES 3785-2013.</p> <p>2. Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014, Transparencia y Acceso a la Información Pública respecto al principio de la calidad de la información, esta debe ser actualizada y veraz, además, tener en cuenta el Artículo 8°. <i>Criterio diferencial de accesibilidad</i>. Con el objeto de facilitar que las poblaciones específicas accedan a la información que particularmente las afecte. Se evidenció documentos publicados vigencia 2016. Protocolos para la atención al ciudadano, guías, caracterización de los usuarios.</p> <p>3. No se evidencia en el Plan de Acción Institucional – definidas acciones técnicas – presupuestales, frente a la implementación de la NTC 6047 de 2013 y otras normas vigentes, relacionados con la zonificación, la señalización y adecuación física para garantizar el acceso a todos los espacios físicos, en especial, a los puntos presenciales destinados a brindar atención al ciudadano.</p>	<p>Implementar acciones para garantizar el cumplimiento de los tiempos de respuesta a la ciudadanía, de acuerdo con los términos establecidos internamente a través de los procesos y procedimientos.</p> <p>Formular lineamientos de servicio para cada una de las dependencias de la entidad</p> <p>Implementar dentro de las dependencias los procesos de servicio a la ciudadanía y los protocolos de atención para los diferentes canales.</p> <p>Diseñar, presentar y actualizar acciones de mejora de los procesos y los procedimientos establecidos para recibir, tramitar y resolver las peticiones y la prestación de trámites y servicios.</p> <p>Se recomienda realizar ejercicios de capacitación periódica a los servidores públicos encargados de la atención de la ciudadanía en los diferentes canales de atención con el propósito de que estos estén altamente entrenados para orientar la ciudadanía y proveer servicios de excelencia y conozcan claramente el portafolio de servicios y la estructura de la entidad.</p> <p>Debido a la exigencia del servicio, se recomienda que el equipo de trabajo cuente con las habilidades y/o competencias comportamentales, conocimientos académicos, y funcionales requeridos para la actividad, por lo cual, se sugiere generar incentivos para las dependencias encargadas de la atención de servicio al ciudadano</p> <p>Se recomienda al Grupo de Atención al Ciudadano – GAT, capacitar e informar la importancia en el manejo de la información y cumplir con los principios, derechos y deberes establecidos en el Régimen General de Protección de Datos Personales aplicables a las entidades públicas, en los ejercicios de recolección de datos personales.</p> <p>Elaborar, implementar, publicar y actualizar la herramienta de gestión de preguntas frecuentes en lenguaje claro, que sirva como insumo para la prestación de servicio de los diferentes canales.</p> <p>La Oficina de Control Interno – OCI, recomienda la gestión en la implementación de la herramienta de accesibilidad implementadas (Referentes: Herramientas de MINTIC Centro de Relevos de Llamadas / Servicio de Interpretación en Línea - SIEL).</p> <p>Se recomienda establecer un mecanismo y/o instrumento a través del cual se mida la satisfacción, percepción y pertinencia del servicio en términos de tiempo (espera, atención, respuesta), modo (claridad en los requisitos y mecanismos), lugar, calidad de la atención, desempeño de los servidores públicos, accesibilidad, usabilidad, pertinencia, relevancia, entre otras, etc.</p> <p>El link informado por GAC en el memorando 202042400160023 "Se cuenta con una encuesta de percepción ciudadana la cual está disponible en la página https://enlinea.minsalud.gov.co/encuestatramites/encuestaTramites.aspx". no funcionó.</p> <p>Se evidencia dos links, donde se observa que los informes de gestión PQRSD publicados por el Grupo de Atención al Ciudadano- GAC, en un link se publica los informes semestrales de PQRSD y en el otro link se publica informes mensuales de los PQRSD, por lo que la Oficina de Control Interno – OCI, recomienda unificar la publicación de los informes de un mismo proceso. Se observa, en los informes de PQRSD publicados para la vigencia 2020, no se evidencia análisis de los canales de atención telefónico y presencial.</p>	Cerrada.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

PROCESO AUDITOR	PRINCIPALES HALLAZGOS	PRINCIPALES OBSERVACIONES/SUGERENCIAS	ESTADO DE LA AUDITORIA
Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial- Acuerdo de punto final	No se encontraron	El aplicativo SISPRO, establecido para el reporte de información por parte de las entidades territoriales de que trata la Resolución 3315 de 2019, carece de una funcionalidad que permita generar informes de manera automatizada por lo cual los funcionarios se ven obligados a generar dichos informes de forma manual en hojas de cálculo denominadas Tablero de Control; afectando de manera importante la confiabilidad de la información, tampoco permite ver las observaciones del avance de los anexos. Por lo cual la OCI sugiere a la Dirección de Financiamiento Sectorial de MSPS llevar a cabo las acciones que sean necesarias para sistematizar este aspecto del proceso.	Cerrada
Gestión del talento Humano en Salud Becas Crédito Sistema Nacional de Residencias Médicas	<p>BECAS CREDITO</p> <p>Inconsistencia - Base de Datos. Se encuentran evidenciadas dentro del informe.</p> <p>SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MEDICAS (SNRM)</p> <p>1. Algunas de las inconsistencias detectadas en el aplicativo y que cobran relevancia para realizar las ordenes de giro, son las siguientes:</p> <p>La relacionada con los números de cuentas bancarias, donde una de las principales falencias del sistema es que al exportar la información, no baja los números completos de las cuentas que inician con dígito cero, lo cual hace que los validadores de la información tengan que extraer los archivos para ajustarlos manualmente, poniendo en riesgo la calidad del dato y veracidad de la información.</p> <p>En cuanto al reporte de residentes dentro del mes que corresponde de acuerdo con el inicio de la residencia se puede evidenciar que no existe control dentro del aplicativo que impida a las IES incluir información de residentes dentro del mes que no corresponde, tal como aparece en los meses de agosto y septiembre, en los cuales incluyeron residentes que habían iniciado en julio y en dicho mes no fueron reportados.</p> <p>2. Plazos de reporte de información</p> <p>De acuerdo con los tiempos establecidos para reporte y plazo de la información, contenidos en la Resolución 1053</p>	<p>BECAS CREDITO</p> <p>1. (Dado que los actuales beneficiarios del Fondo de Becas Crédito – Convenio 256-1995, establecido en el Parágrafo 1 del Artículo 193 de la Ley 100 de 1993, serán reconocidos como beneficiarios de la nueva Ley 1917 del 12 de julio 2018, “Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de Financiación y se dictan otras disposiciones”. Se hace necesario, la revisión de la base de datos desde el inicio del Convenio hasta su finalización y conciliar contra los giros y las resoluciones de condonación, a fin de que se realicen los ajustes a que haya lugar.</p> <p>2. Realizar un informe con los avances realizados sobre el capítulo V del Decreto 1872 de 2019 para el traslado de beneficiarios del fondo de Becas crédito al sistema Nacional de Residencias Médicas.</p> <p>SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MEDICAS (SNRM)</p> <p>1. Se considera pertinente revisar la reglamentación, teniendo en cuenta la naturaleza y el carácter tanto del Ministerio como de ADRES y los principios de simplificación de trámites. De igual manera se sugiere revisar que al expedir varios actos administrativos frente a las condiciones para la puesta en marcha y funcionamiento del SNRM puede generar confusiones de interpretación frente a los lineamientos y el objeto principal de la Ley. Podría contemplarse la posibilidad que en un nuevo ajuste que surja, se puedan recopilar en un solo acto administrativo, especialmente lo que tiene que ver con las actividades, responsabilidades y plazos de las entidades que intervienen en la ejecución del SNRM.</p> <p>2. Se realicen los ajustes correspondientes al SNRM, en lo referente a su estructura, normatividad y operación, de tal manera que a corto plazo el Ministerio cuente con un Sistema de Información confiable, amigable, que evite poner en riesgo la integridad de la información y la veracidad de esta. Se solicita verificar dentro del informe lo relacionado con los ajustes correspondientes al SNRM, en lo referente a su estructura, normatividad y operación.</p> <p>3. El aplicativo del SNRM debe permitir realizar seguimiento a los archivos que se bajan de la herramienta, lo cual no fue posible en esta auditoría, ya que no deja manipular la</p>	Cerrada
Inversión de los recursos asignados para enfrentar la pandemia por COVID 19: Rubro Emergencias y Desastres	El informe preliminar de auditoría se remitió al auditado el 24 de diciembre de 2020. Dada la extensión del informe, el número de hallazgos y observaciones y la ausencia de servidores por las vacaciones de fin de año, los auditados solicitaron a la jefatura de la Oficina de Control Interno un plazo especial. Las observaciones se recibieron el día 19 de enero de 2021. A la fecha de cierre del presente informe, se está terminando de validar los soportes allegados para revalidar hallazgos y observaciones y se programa reunión para la primera semana de febrero de 2021.		

Principales Resultados de informes de seguimiento

INFORMES ELABORADOS POR MANDATO LEGAL	OBSERVACIONES GENERALES
Seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias	Durante los seguimientos realizados de manera mensual se evidenciaron aspectos a mejorar, para la presentación frente a la Procuraduría del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA) obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 93%.
Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno Decreto 2106 - 2019	El general el Sistema de Control Interno del Ministerio de Salud y Protección Social, opera de manera articulada con los componentes de la estructura el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, basados en el monitoreo y supervisión continúa verificando cada una de las actividades estratégicas, misionales de la entidad, de acuerdo a los roles y responsabilidades asignadas a los servidores públicos, identificando las oportunidades de mejora conforme a las debilidades informadas por la tercera y segunda línea de defensa, así como de las partes interesadas. Los cambios que se generan en el sistema son expuestos y verificados en los comités y reuniones de los líderes de los procesos.
Informe de Seguimiento y Control Contractual II Semestre 2019 Minsalud	Se recomienda unificar la documentación publicada en el SECOP, por lo que se sugiere establecer lineamientos internos claros y específicos sobre los documentos que efectivamente harán parte de las publicaciones con el objeto de unificar este tipo de información y el acceso a ella. Se reitera la recomendación de realizar capacitación a los supervisores, para el ejercicio de seguimiento y cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, el desarrollo de la ejecución contractual, en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 artículos 82,83,84.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

INFORMES ELABORADOS POR MANDATO LEGAL	OBSERVACIONES GENERALES
Informe de Seguimiento y Control Contractual II Semestre 2019 FNE	<p>La Oficina de Control Interno – OCI, recomienda que la información diligenciada en plantillas y formularios del SECOP corresponda a la información contenida en los documentos del proceso de contratación.</p> <p>Se recomienda dar entera aplicación a la Circular Externa No. 23 de 16 de marzo de 2017, frente a la oportunidad en la publicación de la información en el SECOP y poner a disposición la información de sus Procesos de Contratación en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública -SECOP.</p> <p>Se recomienda realizar capacitación formación a los supervisores, para el ejercicio de seguimiento y cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, el desarrollo de la ejecución contractual, como el cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 artículos 82, 83, 84.</p>
Informe de Seguimiento y Control – Urgencia Manifiesta Contractual I Semestre 2020 Minsalud	<p>PUBLICACIÓN EN SECOP Se observó que se realizaron tres publicaciones en SECOP para la suscripción de un solo contrato, el cual fue suscrito con MINDRAY MEDICAL COLOMBIA S.A.S., por lo que la Oficina de Control Interno recomienda tener precaución con este tema, e intentar terminar los procesos en la plataforma SECOP II conforme lo explica Colombia Compra Eficiente en el concepto con el cual dio respuesta a la consulta No. 4201814000001011; o en su defecto gestionar los trámites pertinentes ante Colombia Compra Eficiente para que sean ellos quienes autoricen o lleven a cabo el retiro de los procesos contractuales.</p> <p>Se observó que varios de los documentos que contenían los estudios previos de los contratos tenían problemas en la digitalización, por lo que se sugiere verificar que los mismos son legibles, antes de proceder a publicarlos en SECOP.</p> <p>CUMPLIMIENTO EN LA CONSTITUCIÓN DE LAS PÓLIZAS En cuanto a la revisión de las pólizas, para verificar que las mismas cumplan con los parámetros contractuales establecidos, se evidenció que algunas de ellas no se ajustaban, como ocurrió con el amparo de “buen manejo y correcta inversión del anticipo” cuando el amparo solicitado fue “devolución pago anticipado”; por esta razón se recomienda establecer lineamientos que permitan que una póliza sea revisada por dos personas distintas antes de proceder a su aprobación</p> <p>VALOR DE LOS CONTRATOS Y DE LAS COTIZACIONES U OFERTAS Se evidenció que los contratos No. 167 de 2020 y No. 168 de 2020, suscritos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Excel aproximó a la unidad el valor unitario de cada elemento.</p> <p>Por tal motivo, se recomienda no redondear la cifra del valor unitario, máxime si se tiene en cuenta que son varios los elementos que se van a adquirir en un solo contrato. En esa medida lo recomendable es proceder de la misma manera que lo hicieron con el contrato No. 169 de 2020 (MSPS-CD-160-2020) suscrito con CLAY S.A., donde se mantuvieron los decimales, acorde a las ofertas presentadas por los contratistas.</p> <p>Con respecto a los contratos No. 190 de 2020 y No. 191 de 2020, suscritos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se evidenció que ni dentro de los estudios previos ni dentro del contrato, se discriminó los objetos que se iban a adquirir ni el valor unitario de cada uno de ellos, sino que por el contrario, se tomó como único objeto a adquirir el ventilador, a los cuales se les incluyó el compresor (para el caso del contrato No. 190) y los accesorios y demás consumibles descritos en la oferta (para el caso del contrato No. 191). Por tal motivo, la Oficina de Control Interno sugiere, en próximas ocasiones, relacionar cada uno de los elementos que se van a adquirir, especificando su valor unitario, máxime si dentro de las ofertas o cotizaciones presentadas por el contratista establecen un valor independiente tanto para el objeto principal como para sus accesorios o consumibles. Esto con el fin de que, ante un eventual conflicto contractual, no haya lugar a interpretaciones frente a los bienes efectivamente adquiridos y que precio se pagó por cada uno de ellos.</p> <p>IMPUESTO AL VALOR AGREGADO -IVA Se observó que, en los contratos suscritos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se procedió a incluir el IVA dentro del valor, por lo que se sugiere implementar los lineamientos para solicitar la devolución del dinero correspondiente a este gravamen.</p> <p>CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS Si bien es cierto que dentro del procedimiento GCO01 Gestión de contratación, tiene identificados dos riesgos, y uno de ellos está relacionado con el incumplimiento legal en la aprobación de pólizas, la Oficina de Control Interno – OCI, sugiere evaluar los demás riesgos que pueden surgir frente a situaciones presentadas en el presente informe.</p>
Informe de Seguimiento y Control –Contractual UAE FNE - I Semestre 2020	<p>CONVENIO DE ASOCIACIÓN – CUMPLIMIENTO DECRETO 092 DE 2017 La Oficina de Control Interno recomienda adelantar el correspondiente proceso competitivo para suscribir un convenio de asociación, o en su defecto, motivar en los estudios previos la razón por la cual no se adelanta un proceso competitivo para suscribir el convenio de asociación. Lo anterior, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el Decreto 092 de 2017.</p> <p>PUBLICACIÓN EN SECOP I, SECOP II O TIENDA VIRTUAL DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES Se recomienda adoptar las medidas necesarias para que la información diligenciada en las plataformas habilitadas por Colombia Compra Eficiente corresponda a la información contenida en los documentos del proceso de contratación.</p> <p>Se recomienda realizar capacitación formación a los supervisores, para el ejercicio de seguimiento y cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, el desarrollo de la ejecución contractual, como el cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 artículos 82, 83, 84.</p> <p>PUBLICIDAD Y CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN – LEY DE TRANSPARENCIA En cuanto a los contratos suscritos por el Fondo Nacional de Estupefacientes, se recomienda verificar que la información publicada en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social este completa, pues se observó que no aparecen relacionados los contratos suscritos en los meses de abril y mayo de año 2020.</p> <p>Dentro del archivo Excel donde aparecen relacionados los contratos suscritos por el Fondo Nacional de Estupefacientes, se recomienda incluir una casilla en la que se indique el número del contrato con el cual se puede realizar la búsqueda en las plataformas dispuestas por Colombia Compra Eficiente (SECOP I, SECOP II y la Tienda Virtual), lo anterior teniendo en cuenta que no siempre coincide el número interno del contrato con el que aparece en dichas plataformas.</p> <p>LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Debido a que el número de contratos pendientes por liquidar continúan incrementando, en comparación con el primer y segundo semestre del año 2019, la Oficina de Control Interno, recomienda al Fondo Nacional de Estupefacientes gestionar de manera expedita dicha actividad, y cumplir con el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.</p>



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

INFORMES ELABORADOS POR MANDATO LEGAL	OBSERVACIONES GENERALES
<p>Informe de Seguimiento y Control No. 1 – Existencias de medicamentos y bienes físicos del Ministerio de Salud y Protección Social a 31 de mayo de 2020.</p>	<p>Dar cumplimiento al Decreto 2851 de 2013 y Resolución No. 1565 de 2014, respecto a la elaboración del "PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL", encaminadas a alcanzar la Seguridad Vial, con el fin de reducir la accidentalidad vial de los servidores públicos de la entidad, de manera inmediata, debido a que la gestión realizada por la Dependencia responsable del tema no es suficiente y se evidencia que no se dio cumplimiento a la norma.</p> <p>Tomar las acciones necesarias para los vehículos ítems 4 y 5, del Cuadro No. 2 que no cuentan con Revisión Técnico mecánica y el ítem 5, no figura con Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, que según lo informado por el Grupo Logístico no están en funcionamiento debido al alto costo para su mantenimiento, antes de que se siga depreciando más el vehículo. De igual manera, revisar el ítem 12, Vehículo Campero Placas OB1511 relacionado sin ninguna información correspondiente a la Revisión Técnico Mecánica, vehículo asignado al despacho del Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.</p> <p>En el Procedimiento ABIP01 Administración de bienes, en el Punto de Control: "Realizar capacitación y verificar que todos los responsables de los pedidos la recibieron, en caso de no ser así se debe citar nuevamente a los ausentes para asegurar que los pedidos se realicen adecuadamente en el aplicativo". Se recomienda dentro de las capacitaciones programadas a los responsables de los pedidos replicar al interior de cada proceso, la toma de conciencia en el cumplimiento de la política pública de austeridad, eficiencia, economía y efectividad que atañen las normas expedidas por el MSPS y el Gobierno Nacional sobre el concepto de Cero Papel (Circular 2/08 y Dir. Pres. 04/12), con el propósito de obrar de manera responsable en la solicitud y manejo de los suministros de PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Código CEVF01 Formato Seguimiento y control Versión 02 33 insumos de oficina solicitados por cada dependencia.</p> <p>Revisado el Indicado "Nivel de actualización del inventario de bienes en servicio", del procedimiento ABIP01 Administración de Bienes, se sugiere hacer la modificación del contenido del análisis en el sentido de que se informa que fue realizada la prueba selectiva con un resultado semestral, siendo correcto el resultado trimestral (enero, febrero y marzo). Denominado.</p>
<p>Informe de seguimiento y Control Seguimiento No. 2 – Existencias de medicamentos y bienes físicos del Ministerio de Salud y Protección Social a 30 de noviembre de 2020.</p>	<p>Que los procesos involucrados en la asignación de los elementos a los territorios, donados al MSPS con ocasión emergencia de la pandemia, se gestionen a la mayor brevedad con los actos administrativos necesarios para legalizar la entrega de dichas ayudas.</p> <p>Continuar gestionando con el Grupo de presupuesto y el Ministerio de Hacienda la creación de los NIT de los donantes- proveedores nacionales e internacionales con el fin de que, estos sean incluidos en el SIF, se registren los datos acordes al donante – proveedor.</p> <p>Gestionar a la mayor brevedad posible la formalización de las firmas reportadas en la página de transparencia en lo que concierne a los Estados Financieros con corte a 30 de septiembre de 2020.</p> <p>Se sugiere continuar con el seguimiento de los memorandos No. 202041000278883 y No. 202024000282113 con el fin de que el saldo de 3.192 SOVALDI (SOFOSBUVIR 400 MG) lote 12027, tenga la respectiva reposición por parte del proveedor dada su fecha próxima de vencimiento.</p> <p>La OCI, recomienda continuar con la actualización de documentos de las áreas que reportan los movimientos de inventarios, unificando los criterios de periodicidad de presentación, reporte y registro de la información colaborativamente, con el fin de tener disponible, oportuna y real de la información de las existencias de inventarios del MSPS.</p> <p>Frente a la recomendación realizada de la Oficina de Control Interno de unificar los dos códigos contables No. 10318010 y No. 10305102 del medicamento Cloroquina, la Coordinadora del Almacén – Zona Franca informo que la observación dejada en el informe del mes de mayo, el Grupo de almacén unifico los códigos en el grupo 10305102, ya que el antiguo software se manejaba el código 10318010.</p> <p>La Oficina de Control Interno recomienda, que una vez se descargue del sistema NOVASOF los despachos y/o pedidos para las Direcciones Territoriales, estos sean descargados en el Kardex, con fin de evitar diferencias en los reportes del sistema v/s Kardex, independiente a las situaciones que presenta la programación y disponibilidad de espacio en los vuelos aéreos debido a la emergencia de la COVID –19, donde se observó que en razón a la irregularidad de los vuelos en varias ocasiones se ha generado contratiempos en los despachos de medicamentos a los Territorios, ocasionando reintegros de los medicamentos almacenados.</p> <p>La Oficina de Control Interno – OCI, recomienda a las áreas responsables de la recepción e ingreso de la donación a que hace mención el documento ABIG05 - Guía de lineamiento de la Donación, en el numeral 10.3. Recepción e Ingreso de la donación, se realice la consolidación de la información con su respectivo trámites y documentos que acrediten la legalidad de la donación, como también del cumplimiento del numeral 10.5. Rendición de Cuentas de la elaboración de informes periódicos relacionados a las donaciones tanto nacionales como internacionales recibidas y gestionadas por este ministerio</p>
<p>Evaluación por dependencia a la Gestión del MSPS - FNE</p>	<p>La entrega de información soporte por parte de la OAPES no es oportuna.</p> <p>Se ha reiterado el cumplimiento de lo programado y consignado en los diferentes planes como en los tiempos y calidad exigidos para estar al día con las PQRSDF</p> <p>Cumplimiento de los seguimientos trimestrales a los planes de acción.</p> <p>Cumplimiento en la publicación en los términos de ley en la página de transparencia de las versiones del plan de acción y sus seguimientos.</p> <p>Revisión en la formulación de las celdas que lo requieran y que presentan error por combinación de tipos de valor.</p> <p>Diligenciamiento completo y concreto de las celdas del seguimiento a los planes de acción para comprensión.</p>
<p>Informe Plan Estratégico Sectorial</p>	<p>Llamado a enviar la información pertinente para los informes en los tiempos requeridos a fin de evitar atrasos o entorpecer la labor de la OCI y el cumplimiento a tiempo en la entrega de informes de esta.</p> <p>Se llama la atención respecto de información inconsistente de algunas entidades frente a los porcentajes de ejecución.</p>
<p>Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano</p>	<p>En algunas actividades no se envían los soportes para las evidencias respectivas</p> <p>No se realizó ajuste a actividades reportadas.</p> <p>Repetición de actividades en diferentes componentes del PAAC, que pueden ser dejadas en el componente donde sean más representativas.</p> <p>Los cambios o ajustes al PAAC deben ser motivados, justificados e informados a la OCI, así como actualizados en la publicación en transparencia.</p> <p>Los productos o metas deben ser acorde a cada una de las actividades expuestas y como tal evidenciarse.</p>

INFORMES ELABORADOS POR MANDATO LEGAL	OBSERVACIONES GENERALES
Informe de Evaluación Contable (Dos Unidades)	<p>Se pudo evidenciar que los Estados Financieros del Ministerio presentados a la CGN, con corte a marzo 31 y junio 30 de 2020 fueron publicados en la página web de la Entidad, de manera incompleta, en el link de transparencia y acceso a la información pública, para consulta de los usuarios: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/informacion-contable-minsalud.aspx.</p> <p>Al respecto la Contadora informa que la información financiera esta provisionalmente sin firma, mientras adelantan el proceso con el ministro teniendo en cuenta que por las condiciones actuales ha sido una tarea más dispendiosa. Próximamente se estará realizando la actualización en la página web con las respectivas firmas.</p> <p>Se verificó la conciliación de saldos correspondiente a entradas y salidas de almacén, y se pudo observar que, para el primer semestre de 2020, las conciliaciones fueron realizadas en los meses de mayo, junio y julio de 2020, mediante actas Nos. 1,2,3,4,5,6. De acuerdo con Acta No. 6 del 24 de julio de 2020, las cifras se encuentran conciliadas entre contabilidad y almacén a junio 30 de 2020.</p> <p>Durante el primer semestre de 2020, no se logró avanzar en las depuraciones contables que se vienen realizando por falta de la información por parte de las áreas, como consecuencia de todos los cambios presentados por la emergencia; de una parte, la depuración de las incapacidades y por otro los convenios de ICETEX. Durante el mes de agosto, se ha recibido información de las dos cuentas para retomar nuevamente estas depuraciones".</p> <p>En la verificación se observó que el indicador GFI 3 es igual al GFI2. Por lo que no fue posible realizar la verificación del indicador -Solicitud de Comisiones con el llenado de los requisitos.</p>
Informe Sinergia	<p>Realizar el registro del avance cualitativo en las fechas previstas en la normatividad, así como de los cuantitativos, teniendo en cuenta la periodicidad y los rezagos.</p> <p>Verificar los responsables de los indicadores, de acuerdo a su pertinencia.</p> <p>Tener en cuenta los indicadores transformacionales para su cumplimiento, teniendo en cuenta la importancia de los mismos en el PND.</p> <p>Revisión general de los indicadores, en su ficha técnica y sus contenidos, de acuerdo con la guía para la construcción y análisis de indicadores.</p> <p>Visualizar los indicadores étnicos, correspondientes a indígenas</p> <p>Tener en cuenta la información de AIHospital en algunos indicadores.</p>
Informe de Austeridad en el Gasto Público	<p>Durante los seguimientos realizados de manera mensual se evidenciaron aspectos a mejorar, para la presentación frente a la Procuraduría del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA) obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 93%.</p>
Informe Plan de Acción MSPS	<p>Llamado a enviar la información pertinente para los informes en los tiempos requeridos a fin de evitar atrasos o entorpecer la labor de la OCI y el cumplimiento a tiempo en la entrega de informes de esta.</p>
Informe de ejecución presupuestal y rezago presupuestal MSPS y FNE	<p>Se recomienda nuevamente evaluar la identificación y caracterización de riesgos en relación con la ejecución presupuestal y control de presupuesto y si así se requiere incluirlos en la matriz de riesgos de acuerdo con el análisis y valoración de los mismos.</p> <p>La ejecución presupuestal para el tercer trimestre de 2020 alcanzo el 86,86% del total de apropiación vigente (incluyendo la apropiación bloqueada liberada por el MHCP), porcentaje acorde con el período transcurrido. Sin embargo, se recomienda adoptar todas las medidas requeridas para que el presupuesto se ejecute de acuerdo a lo planeado, además de realizar un seguimiento periódico a la ejecución presupuestal con el fin de establecer oportunamente estrategias y acciones necesarias para lograr la ejecución de los recursos dentro de la vigencia y que esta no se efectúe al final de la misma, especialmente en los rubros de adquisición de activos no financieros y transferencias corrientes, los cuales registran una baja ejecución a 30 de septiembre de 2020.</p> <p>No se ha publicado en el enlace de transparencia la Resolución de desagregación del presupuesto general de la vigencia 2020, teniendo en cuenta que únicamente se encuentra publicada la desagregación de la vigencia 2018, realizada con la Resolución 002 de 2018.</p>
Informe Ley de Transparencia	<p>Durante los seguimientos realizados de manera mensual se evidenciaron aspectos a mejorar, para la presentación frente a la Procuraduría del Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA) obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 93%.</p>
Seguimiento a Mecanismos de participación Ciudadana	<p>En el Ministerio de Salud y Protección Social no se han hecho explícitas directrices dispuestas en artículo 2 de la Ley 1757 de 2015.</p> <p>Dado que ya se definió la instancia que será la encargada de asumir el liderazgo de la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública al interior del MSPS, se deberá dar paso a la forma en que se organizará la planeación, formulación, implementación, evaluación y seguimiento de las actividades de la citada Política, teniendo en cuenta cada uno de los criterios exigidos por el marco normativo.</p> <p>Uno de los propósitos, independiente de la forma que se elija para organizar el desarrollo de la Política al interior del Ministerio, deberá ser el de articular a todas y cada una de las Direcciones y Oficinas misionales y estratégicas, unificando criterios, enfoques, procesos, procedimientos y metodologías a partir de las experiencias y el aprendizaje logrado.</p> <p>Dentro del proceso de planeación y formulación de las actividades de participación ciudadana en la gestión pública y rendición de cuentas, es necesario ampliar el portafolio de acciones e incluir además de la consulta pública de actos administrativos, la audiencia de rendición de cuentas y la publicación de información en la página web institucional, otros ejercicios en las diferentes fases del ciclo de la gestión pública y en las distintas intervenciones públicas (políticas, planes, programas, proyectos, actividades), en servicios, trámites, en innovación abierta para la solución de problemas en promoción del control social y veedurías ciudadanas, entre otras.</p> <p>Se sugiere fortalecer el diagnóstico elaborado por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales de la Política de Participación Ciudadana incluyendo la rendición de cuentas y evaluando el estado actual de cada uno de los lineamientos normativos al interior de la entidad y con alcance sobre todas las áreas misionales y estratégicas de la entidad.</p> <p>Se reitera la necesidad de establecer claridad sobre las diferencias que existen entre las actividades de participación ciudadana, rendición de cuentas y asistencia técnica.</p> <p>Igualmente se insiste en la necesidad de revisar la información en el link de Transparencia, 6. Planeación, 6.5 Participación en la Formulación de Políticas para dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015</p>



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

INFORMES ELABORADOS POR MANDATO LEGAL	OBSERVACIONES GENERALES
<p>Evaluación del control interno contable U.A.E. FNE- Primer semestre de 2020</p>	<p>Se recomienda nuevamente fortalecer los mecanismos de comunicación entre el FNE y el Ministerio de Salud y Protección Social, de tal forma que se refleje que esta Unidad Administrativa Especial hace parte del Ministerio y participa activamente en la construcción de los procedimientos financieros y políticas contables y, actúan bajo los mismos lineamientos contables.</p> <p>No se realizaron los Comités de Sostenibilidad Contable con la periodicidad definida en el artículo 4° de la Resolución No. 4827 del 19 de noviembre de 2019 (cada dos meses).</p> <p>Pese a que se cuentan con controles identificados en la caracterización de los riesgos y se despliegan puntos de control dentro de los procedimientos, no existe un mapa de riesgos de índole contable de acuerdo a lo definido en el numeral 3.3.1 del procedimiento para la evaluación del control interno contable anexo a la Resolución 193 de 2016, ni se identifican riesgos asociados a la razonabilidad de las cifras, por lo que se recomienda nuevamente construir una matriz donde se identifiquen los riesgos de índole contable que le permitan a la entidad identificar los riesgos y controles asociados a las diferentes etapas del proceso contable, las cuales constituyen una acción administrativa de primer orden que buscan garantizar la calidad de la información financiera.</p> <p>El FNE realizó actualización de los riesgos, dentro de los cuales se incluye el riesgo de no ejecución presupuestal destinado a la farmacodependencia y el riesgo de vencimiento de registros sanitarios, el cual ya se ha materializado, no obstante al visualizar los riesgos actualizados con la nueva metodología del DAFP no se evidencia la inclusión de tales riesgos dentro de la matriz de riesgos asociados al proceso de gestión de medicamentos y tecnologías en salud, por lo que se recomienda nuevamente realizar seguimiento a la inclusión de estos riesgos en la caracterización de riesgos del proceso.</p> <p>Dentro de las políticas contables los temas que se relacionan a continuación, no han sido contemplados: i) Definición de los umbrales de materialidad o importancia relativa de la información y de cada una de las partidas contables, con el fin de determinar la información que al omitirse o expresarse inadecuadamente pueda influir en las decisiones de los usuarios principales de los estados financieros, ii) El instrumento financiero con el cual se calculará el deterioro de las partidas que son objeto de deterioro (cuentas por cobrar, propiedad, planta y equipo, inventarios, intangibles).</p> <p>iii) Identificación de los rangos a partir de los cuales se realizará el análisis del deterioro a las cuentas por cobrar por su antigüedad y morosidad.</p> <p>Se evidenció nuevamente que el FNE determina el factor de depreciación de la propiedad, planta y equipo de acuerdo con lo definido técnicamente por el grupo de Recursos y Apoyo Operativo, sin embargo, no se deja registro documental de la definición técnica de ese factor por lo que se recomienda nuevamente documentar dicho análisis técnico.</p> <p>En la Resolución No. 204 de 2020 se registra para 198 de los 296 activos para dar de baja incluidos en dicha Resolución el valor de adquisición y no el valor razonable, la Resolución registra el código contable utilizado con anterioridad a la vigencia 2018 (antes de la convergencia) y no el que actualmente se usa en la contabilidad, además para algunos de los se evidencia que el saldo por depreciar (de acuerdo con el factor de depreciación) no corresponde con lo registrado en el archivo de Excel y a que dos de los activos que se indica en el archivo control de depreciación que se darán de baja no se encuentran relacionados en la Resolución No. 204 de 2020.</p> <p>Se evidenció además que la contabilización realizada de la baja de activos realizada con la Resolución No. 204 de 2020, además de no corresponder con los valores registrados en el archivo de Excel con el que se controlan los activos, no refleja la realidad de la baja por cuanto los activos siguen registrados en la contabilidad al no registrarse la salida de los mismos por el valor razonable en las cuentas 166501001, 167001001, 167002001, 168002001, además de registrarse únicamente el saldo por depreciar de acuerdo con el factor de depreciación y no el saldo por depreciar total columna CG del archivo control depreciación junio 2020 y no reversar el valor de la depreciación acumulada.</p> <p>En relación con las patentes y software, se observó que existen diferencias entre lo registrado en el archivo Excel de diferidos y lo registrado contablemente, por lo que se recomienda realizar el ajuste correspondiente en el archivo de control de diferidos.</p> <p>En relación con las amortizaciones de software en la cuenta 197508001 se evidencia que con el comprobante 1740 para el mes de mayo se realiza una amortización de \$2.149.212 y en el mismo comprobante se reversa dicha amortización, por lo que para efectos netos la amortización para este mes no se efectuó, por lo que existe una diferencia entre el valor amortizado en el archivo Excel y el que se encuentra registrado contablemente de \$2.149.212.</p> <p>Se evidenciaron partidas conciliatorias no incluidas en las conciliaciones bancarias de las cuentas 110-070-00140 y 110-070-00144-1 del Banco Popular, por lo que se recomienda su revisión y ajuste.</p> <p>De otra parte, se observó que la información registrada en el archivo de control depreciación no es coincidente con la registrada contablemente, por cada subcuenta o tipo de activo, pues existen activos que en el archivo de Excel se registran bajo la cuenta 240101 y 511114 los cuales se depreciaron de enero a junio de 2020 y hay otros activos que se registran en el archivo Excel en las cuentas de depreciación 168506001, 168507001, 168509002, 168590002 y la cuenta 168809002.</p> <p>Se evidenció que a 30 de junio de 2020 el equipo de restaurante y cafetería cuenta 168002001 registra contablemente un saldo de \$13.393.672 y de acuerdo con lo registrado en la cuenta de depreciación acumulada se ha depreciado en \$14.454.796, es decir se depreció \$1.061.124 más del valor registrado en libros.</p> <p>Al comparar el valor de los activos de la propiedad, planta y equipo registrados contablemente con el archivo de control de depreciación se evidencia que no son coincidentes, por lo que se recomienda verificar el archivo de control de depreciación y la información contable con el fin de realizar los ajustes respectivos, de tal forma que el archivo en Excel permita ejercer un verdadero control de la propiedad, planta y equipo.</p>

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA

La Oficina de Control Interno, realizó seguimiento a los planes de mejora que los diferentes procesos han formulado e implementado en atención al procedimiento MACP03 Planes de Mejora. Dicho procedimiento señala en la actividad 10, que la Oficina de Control Interno es la responsable de *realizar evaluación a la eficacia de los planes de mejora para determinar si las acciones ejecutadas eliminaron las causas que dieron origen a las no conformidades*. En este sentido en julio de 2020 se hizo el ejercicio sobre las acciones que tenían como fecha de vencimiento, 30 de junio de 2020.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Los resultados que arrojó la evaluación fueron:

- Se verificaron 178 hallazgos de un total de 308 contenidos en el plan, los cuales tienen fueron formulados a partir de las siguientes fuentes:

FUENTE DE HALLAZGO O SITUACIÓN IDENTIFICADA	CANT. HALLAZGOS	PART. %
Auditorías Interna de Gestión	63	35,4
Auditoría Interna de Calidad	61	34,3
Administración de riesgos (controles)	21	11,8
Autoevaluación	17	9,6
Auditoría Interna de Seguridad de la Información	7	3,9
Auditoría Interna de Seguridad y Salud en el Trabajo	5	2,8
Resultados de Seguimiento y Medición de los procesos	2	1,1
Resultados de Seguimiento y Medición de Producto y/o Servicio	1	0,6
Revisión por la Alta Dirección	1	0,6
Total general	178	100


- Por cantidad de acciones se tuvo el siguiente comportamiento:

FUENTE DE HALLAZGO O SITUACIÓN IDENTIFICADA	CANT. ACCIONES	PART. %
Auditoría Interna de Calidad	87	31,41
Auditorías Interna de Gestión	84	30,32
Administración de riesgos (controles)	57	20,58
Autoevaluación	28	10,11
Auditoría Interna de Seguridad de la Información	8	2,89
Auditoría Interna de Seguridad y Salud en el Trabajo	5	1,81
Revisión por la Alta Dirección	5	1,81
Resultados de Seguimiento y Medición de los procesos	2	0,72
Resultados de Seguimiento y Medición de Producto y/o Servicio no Conforme	1	0,36
Total general	277	100

- Se cerró el 54% de los hallazgos (96). El 46% restante (82) se dejó abierto teniendo en cuenta que, no obstante, la fecha de cierre de las acciones (30 de junio), los procesos no habían logrado concluir las acciones para que la OCI pudiera valorar la eficiencia de las mismas y cerrar los respectivos hallazgos. A nivel de acciones, se cerraron 144 acciones y 105 quedaron abiertas.

Como resultados del seguimiento se formularon las siguientes sugerencias:

- Si la regla es que cada plan está conformado por un hallazgo, verificar que esto se cumpla para todos los casos, debido a que la Oficina de Control interno, en el seguimiento efectuado identificó casos en los que en un plan hay más de un hallazgo, teniendo en cuenta que se tomó la columna H - Descripción del hallazgo o situación identificada), razón por la cual se cierran hallazgos, no planes. De esta manera se cerraron 97 hallazgos y 133 acciones.
- Verificar las fechas de seguimiento de las acciones que se encuentran en estado "Abierto", que son reportadas mensualmente por los procesos.

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

- Verificar que todos los procesos se encuentren correctamente registrados en la base, teniendo en cuenta que se observó el proceso “Gestión_Financiera” (Ej. Acción 192,1) y “Gestión Financiera” (Ej. Acción 339a), lo cual puede generar filtros o estadísticas incorrectas.
- Verificar la redacción de los hallazgos, que se registran, teniendo en cuenta que en la acción 247,1 del proceso de Gestión de la Prestación de Servicios en Salud no se identifica de manera precisa las “herramientas a las cuales se refiere y en especial a una”, que es la que genera el hallazgo. Estos hallazgos son tomados del informe de auditoría realizado y aun verificando el informe, no se puede determinar a qué herramienta se refiere. La generación de los hallazgos debe ser precisa y clara, para el desarrollo de los seguimientos.
- Realizar una verificación y ajuste de nombres de procedimientos y de guías dentro del documento MACP03 del proceso de Mejora Continua, teniendo en cuenta que en la política No. 5 hace referencia a la Guía MACG02 Guía para la formulación y seguimiento de acciones preventivas y correctivas y la guía ya no tiene ese nombre.
- Revisar y ajustar las fechas de terminación de las acciones que aún no se han cumplido y que la fecha está vencida, acordando con los líderes de los procesos y/o las solicitudes realizadas de reprogramación. (Ejemplo acciones 98.1, 264.1, 264.2, 264.3, 264.4 hasta 30 junio de 2021). Para ello, luego de la entrega del seguimiento del plan de mejora, se cuenta con ocho (8) días hábiles.
- Codificar los planes, hallazgos y acciones de tal manera que se pueda identificar claramente la trazabilidad de los mismos.
- Reforzar la responsabilidad de tienen los líderes funcionales de los Sistemas de Gestión* frente a la validación técnica y metodológica de los planes de mejoramiento, de tal forma que la redacción y congruencia de los hallazgos, causas y acciones, mejore en su construcción.


HERRAMIENTAS DEL PROCESO

Plan de Acción. El avance físico del Plan de Acción de la OCI presentó cumplimiento físico del 100%

ACTIVIDAD	PONDERACIÓN POR ACTIVIDAD	INDICADOR	
		NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Priorizar, determinar y ejecutar el Plan Anual de Auditorías	40%	Cumplimiento informes de auditorías internas	Auditorías realizadas /Auditorías programadas
Realizar Informes de Seguimiento y Evaluación	40%	Cumplimiento informes de seguimiento y evaluación de la Oficina Control Interno	Informes programados/ Informes realizados
Realizar sensibilización y acompañamiento dentro del rol de enfoque hacia la prevención	20%	Sensibilización y acompañamiento	Compromisos programados/Compromisos realizados

Indicadores. Los indicadores del proceso presentaron cumplimiento del 100%

PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA	RESULTADO	TENDENCIA	ALERTA PRESENTADA
CEV CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Cumplimiento informes auditorías internas	Trimestral	100%	100%	Ninguna
CEV CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Cumplimiento informes de seguimiento y evaluación	Trimestral	100%	100%	Ninguna

	PROCESO CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
	INFORME EJECUTIVO DE GESTION

Riesgos. A diciembre de 2019, la Oficina de Control Interno tenía identificados dos riesgos. En mayo de 2020 los riesgos de la Oficina fueron revisados y ajustados y serán evaluados en febrero de 2021.

El equipo evaluador a febrero de 2020, sugirió: i) Revisar y fortalecer los controles. ii) Concluir el diseño de las fichas técnicas de todos los informes y validar su contenido. iii) Aplicar las fichas técnicas durante el desarrollo de los informes. iv) Diseñar una nueva actividad de control que optimice los controles que a la fecha se tiene previstos.

Plan de Mejora. A junio de 2020, fecha de la evaluación de los Planes de Mejora Institucionales, la Oficina de Control Interno contaba con dos acciones abiertas sobre las que se observan los siguientes avances:

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O SITUACIÓN IDENTIFICADA	ACCIÓN	PRODUCTO	EVIDENCIAS O SOPORTES EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
Documentación del proceso desactualizada	Revisar y ajustar la documentación del proceso Control y Evaluación de la Gestión.	Documentos del proceso actualizados	Mediante la Resolución 1252 del 27 de julio de 2020, se adopta el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en el Ministerio de Salud y Protección Social. La OCI durante el último trimestre de 2020, revisó y ajustó la caracterización del proceso y los procedimientos adjuntos. Así como la información relacionada con los Acuerdos de Nivel de Servicio y la Información a Comunicar. Está pendiente la revisión del Manual de Auditoría y algunos de los formatos que se utilizan al interior del mismo. La Dirección Jurídica no ha cumplido con el proceso de revisión del proyecto de Resolución para conformar el Comité Sectorial de Auditoría del sector salud y protección social.
La Oficina de Control Interno no evalúa la aplicación de las normas sobre atributos, desempeño e implantación del ejercicio auditor de acuerdo con las Normas Internacionales para el ejercicio de la auditoría.	Diseñar y aplicar un instrumento que permita evaluar el desempeño del ejercicio auditor y de los auditores a partir de los requerimientos definidos en las normas .	Propuesta de instrumento de evaluación Aplicación del instrumento Informe de resultados	La Oficina diseñó instrumento de Evaluación de la Auditoría de Gestión y del Desempeño del Auditor Interno de Gestión. Queda pendiente su aplicación y la elaboración de informe de resultados.

Plan de Mejora actualización MIPG. Producto de la medición del desempeño institucional, en julio de 2020 se formularon las siguientes acciones de mejora:

DIMENSIÓN	POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	PREGUNTA FURAG / AUTODIAGNOSTICO / OCI / ENTES DE CONTROL	ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES	PRODUCTO	FECHA DE TERMINACIÓN
7.Control interno	16 Control Interno	Ausencia de evidencia de comunicaciones realizadas a los servidores públicos en el tema	Diseñar e implementar plan de comunicaciones del Sistema de Control Interno	OAPES- OFICINA CONTROL INTERNO	Plan de Comunicaciones del Sistema de Control Interno	1/12/2021
7.Control interno	16 Control Interno	Ausencia de soporte de presentación de informe de evaluación de la gestión del riesgo a Comité Directivo	Elaborar y presentar Informe de evaluación de la gestión del riesgo a Comité Directivo	OAPES- OFICINA CONTROL INTERNO	Acta o comunicado de presentación de informe de evaluación de la gestión del riesgo a Comité Directivo	1/12/2021
7.Control interno	16 Control Interno	Ausencia de evidencias de evaluación de los estándares de conducta y código de integridad	Definir método y responsabilidad para evaluar los estándares de conducta y la practica de los principios y valores del servicio público	OFICINA CONTROL INTERNO OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Documento que establezca método y responsabilidad para evaluar los estándares de conducta y la practica de los principios y valores del servicio público	1/12/2021

SANDRA LILIANA SILVA CORDERO
Jefe Oficina de Control Interno