

INFORME DE GESTIÓN

OFICINA DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2016

CONTENIDO

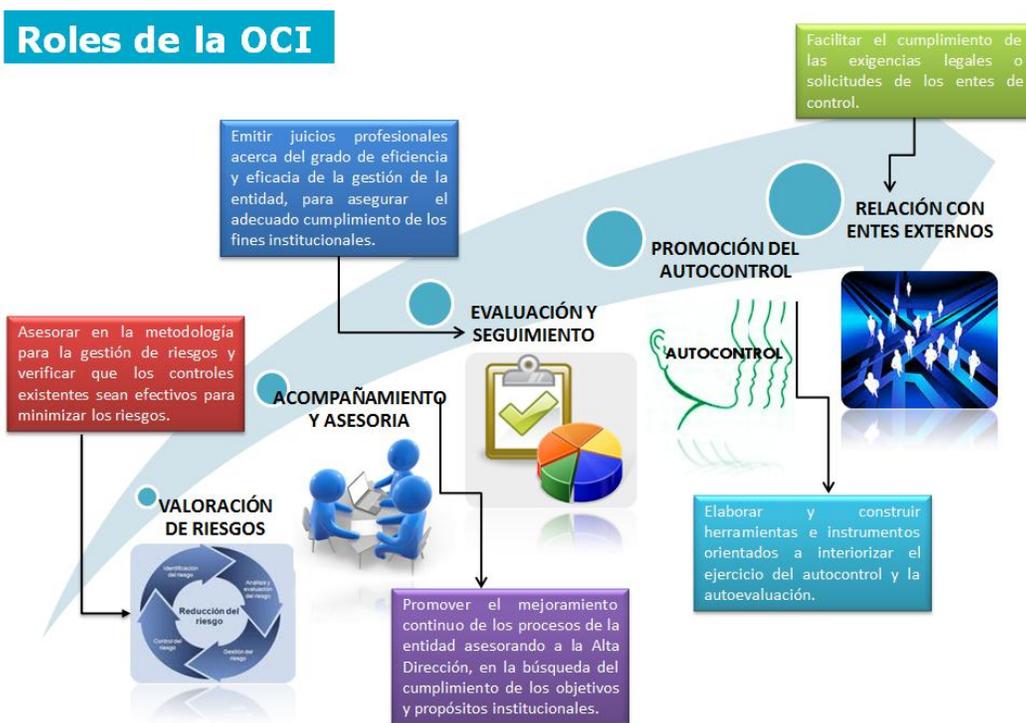
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS PLAN DE ACCIÓN	
OBJETIVO: CUMPLIR COMPROMISOS INSTITUCIONALES	4
OBJETIVO: FORTALECER EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	5
OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS	8
CUMPLIMIENTO DE METAS ESTRATÉGICAS 2016	11
RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN	13
DIFICULTADES PRESENTADAS	13
PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS DE GESTIÓN	15
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL	38

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno –OCI- del Ministerio del Ministerio de Salud y Protección Social, ha desarrollado su misión de Evaluador Independiente del Sistema de Gestión Institucional implementado en este Ministerio, a través de las actividades de control asignadas en las diferentes disposiciones constitucionales y legales, especialmente en las consagradas en el marco regulatorio superior, artículos 209 y 269 de la Constitución Política, las leyes 87 de 1993, 489 de 1998 y 872 de 2003 y sus decretos reglamentarios.

Obedeciendo a los lineamientos allí definidos, durante el 2016 cumplió con el ejercicio de sus funciones de acuerdo con los roles asignados a estas Oficinas, como un componente dinamizador del Sistema de Control Interno, encargada de medir la Eficiencia, Eficacia y Economía de los demás controles –control de controles- y asesorar a la Alta Dirección en la toma de decisiones para mejorar los procesos y la eficacia de las operaciones. Las recomendaciones con alcance preventivo, consignadas especialmente en los informes de evaluación y seguimiento, le permitieron ofrecer un valor agregado a la gestión de la organización con el propósito de fortalecer el sistema de control interno y calidad en la prestación del servicio.

De esta manera, el presente informe reseña los productos más relevantes, que en cumplimiento de las obligaciones señaladas anteriormente, ha generado la Oficina de Control Interno en el Ministerio de Salud y Protección Social, en el periodo referido, adoptando como metodología las líneas definidas en el Plan de Acción 2016 que naturalmente incluyen los roles asignados a las oficinas de Control Interno.



OBJETIVO: CUMPLIR COMPROMISOS INSTITUCIONALES

1. Desarrollar los componentes del SGC

El desarrollo de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad –SGC–, corresponde a un objetivo transversal definido por la Alta Dirección, con el propósito de generar un mayor compromiso y control sobre la implementación de los diferentes elementos del citado Sistema, considerando que el líder del tema, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, se propuso la revisión y simplificación del SGC, con el fin de hacerlo más dinámico, sistémico y articulador. Propósito en el que naturalmente, participó la Oficina de Control Interno con las siguientes actividades:

- ✦ Revisión y actualización de la documentación del proceso con el fin de ajustarla a las nuevas directrices legales y metodológicas promovidas por el ente rector de política, en atención a tendencias internacionales que señalan un enfoque moderno del control interno fundamentado en el afianzamiento de la filosofía de la prevención y la anticipación.
- ✦ La revisión incluyó: i) la caracterización del proceso *Control y Evaluación de la Gestión*; ii) los tres procedimientos: *Auditorías Internas de Gestión*; *Evaluación y Seguimiento a la Gestión y Plan de Mejoramiento CGR*; iii) Manual de Auditorías Internas de Gestión y Guía de Autocontrol; iv) indicadores; v) Mapa de Riesgos.
- ✦ Organización, atención y participación en el proceso de Auditorías Internas de Calidad, realizado durante el mes de agosto.
- ✦ Preparación y atención de la Pre auditoría externa, realizada en noviembre de 2016.
- ✦ Como acción de mejora producto de revisiones internas, se hicieron ajustes a la *Guía para ejercer el Autocontrol* y al formato *informe de seguimiento* que elabora la Oficina de Control Interno.
- ✦ Preparación y atención de la Auditoría Externa de Calidad, en diciembre de 2016.

2. Dar cumplimiento a compromisos trimestrales del Plan de Acción

- ✦ Cumplimiento al 100% de la remisión de avances trimestrales del Plan de Acción a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, luego de surtir un proceso de verificación y análisis al cumplimiento de actividades, metas e indicadores.

3. Realizar las sesiones de Subcomités

- ✦ La Oficina de Control Interno, durante la vigencia 2016, realizó cinco sesiones del Subcomité Integrado de Gestión, atendiendo a las directrices señaladas en la Resolución 2624 de 2013, en la que se indica que éste debe reunirse de manera ordinaria por lo menos una vez cada dos meses mediante convocatoria que realice el jefe de dependencia y de manera extraordinaria, cuando así se requiera.

OBJETIVO: FORTALECER EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno, para la vigencia 2016, dio cumplimiento a este objetivo específico a través de los siguientes productos: i) Programa Anual de Auditorías. ii) Auditorías Internas de Gestión. iii) Seguimientos y evaluaciones obligatorias a elementos MECI. iv) Actividades de promoción del autocontrol y, v) Actividades de coordinación y articulación Intersectorial.

1. Programa Anual de Auditoría 2016 - PAA

La Oficina de Control Interno presentó al Comité Coordinador del Sistema de Control Interno, la propuesta de Programa Anual de Auditorías para la vigencia 2016, que fue aprobado en sesión del 11 de marzo de 2016. La metodología aplicada por la Oficina de Control Interno para la priorización y definición del Programa, se fundamentó en las directrices señaladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-, que en octubre de 2015 formuló la versión número dos de la *Guía de Auditoría para Entidades Públicas*, en la que se reitera, entre otros aspectos, que para la priorización del Programa de Aseguramiento, como se le ha denominado, se debe aplicar una metodología basada en riesgos. Para la vigencia 2016 la Oficina de Control Interno, efectivamente atendió la directriz del DAFP en el sentido de priorizar las auditorías por los riesgos inherentes a los procesos del Ministerio, tomado como fuente los Mapas de Riesgos que a 30 de enero de 2016 estaban documentados y publicados en el SIGI determinando los procesos con un mayor nivel de exposición al riesgo, adicional se establecieron otros criterios, atendiendo a análisis preliminares sobre diferentes temas: indicadores, nivel de los procesos, cantidad de auditorías realizadas a los mismos y percepción de los auditores de la Oficina a partir de los resultados de los diferentes seguimientos efectuados.

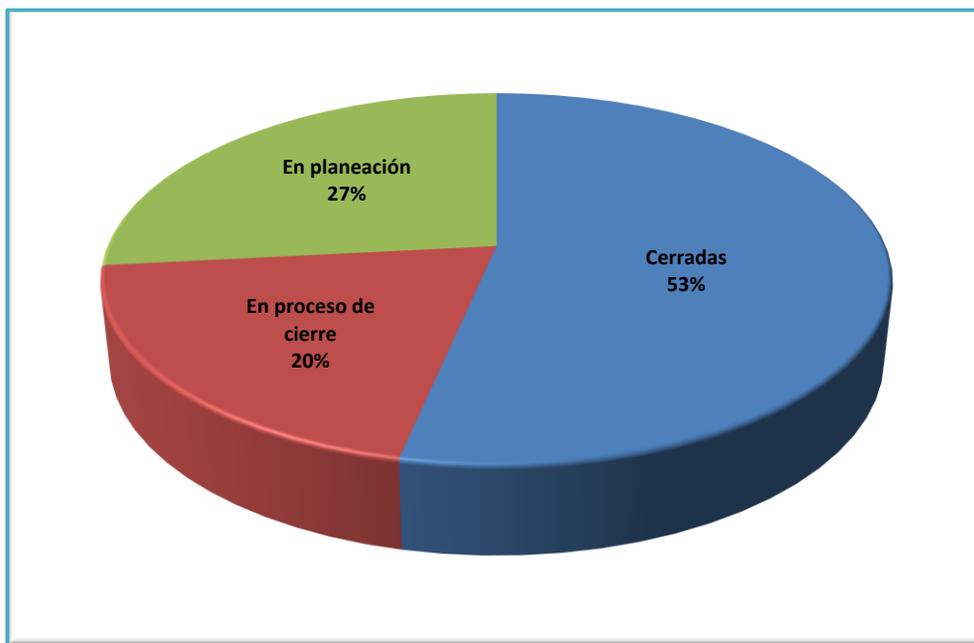
A la propuesta presentada y aprobada por el Comité, se suman seis auditorías de la vigencia 2015 y dos más que son de obligatorio cumplimiento para la Oficina de Control Interno: Procedimiento de Nómina y Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF. Además, por solicitud de la Alta Dirección, se debe realizar auditoría al proceso de Gestión Contractual del Fondo Nacional de Estupefacientes.

2. Ejecución Auditorías Internas de Gestión

Los ejercicios de auditoría, tienen un enfoque basado en el cumplimiento de controles y en el tratamiento del riesgo y están fundamentados en un análisis objetivo e independiente, acerca del grado de eficiencia y eficacia de la gestión de la entidad, para asegurar el adecuado cumplimiento de los fines institucionales. El propósito es que los resultados y recomendaciones de la Oficina de Control Interno sean base para la toma de decisiones oportunas y efectivas para lograr la mejora de la gestión institucional y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el marco del Direccionamiento Estratégico de la entidad.

Los resultados de las auditorías están disponibles en el enlace Transparencia <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/Oficina-de-Control-Interno---Ley-de-Transparencia.aspx>

A cierre de 2016, la ejecución de auditorías presentó el siguiente comportamiento:

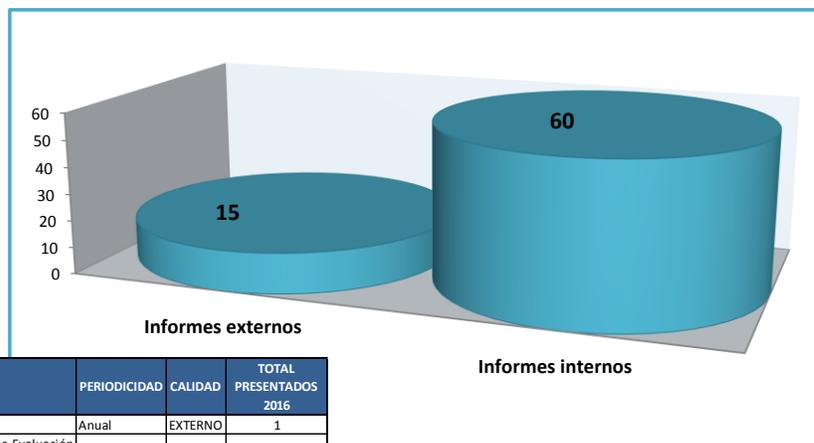


3. Seguimientos y evaluaciones obligatorias a elementos MECI

Los informes de seguimiento y evaluación a los elementos del Sistema de Control Interno, responden a obligaciones contenidas en distintas normas que definen que la Oficina de Control Interno debe realizar con periodicidad y alcance diferente, la revisión y verificación del cumplimiento de las mismas por parte de la entidad. En esta categoría se elaboraron en 2016, 75 informes. Informes que permitieron hacer evaluación y seguimiento sobre los siguientes aspectos de la entidad:

- ✦ Sistema de Control Interno, resultados consolidados de manera cuatrimestral en el informe pormenorizado de control interno.
- ✦ Ley de Transparencia.
- ✦ Inventarios.
- ✦ Indicadores sectoriales -Sinergia.
- ✦ Ejecución presupuestal.
- ✦ Austeridad del gasto público.
- ✦ Procesos de contratación.
- ✦ Sistema de Control Interno Contable
- ✦ Plan de Acción, Estratégico Sectorial e Institucional.
- ✦ Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- ✦ Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y derechos de petición.
- ✦ Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado - Ekogui.

Los 75 informes se agruparon así:



INFORMES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	PERIODICIDAD	CALIDAD	TOTAL PRESENTADOS 2016
Ejecutivo del Sistema de Control Interno	Anual	EXTERNO	1
Informe de Control Interno Contable Tres Unidades - Encuesta de Evaluación (Contaduría General de la Nación)	Anual	EXTERNO	1
Informe Cuenta Fiscal (Contraloría General de la República)	Anual	EXTERNO	1
Plan de Mejoramiento (Contraloría General de la República)	Semestral	EXTERNO	2
Informe Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias	Semestral	INTERNO	2
Evaluación por Dependencias	Semestral	INTERNO	2
Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano	Semestral	INTERNO	3
Evaluación Control Interno Contable por tres unidades contables	Semestral	INTERNO	6
Contratos colgados en SECOP/ Plan de Adquisiciones	Semestral	INTERNO	2
Ekogui	Semestral	EXTERNO	2
Inventarios Medicamentos	Semestral	INTERNO	2
Pormenorizado de Control Interno	Cuatrimestral	INTERNO	3
Indicadores Sinergia	Cuatrimestral	INTERNO	3
Gestión de Talento Humano	Cuatrimestral	INTERNO	3
Consolidado Gestión Contractual (Contraloría General de la República)	Trimestral	EXTERNO	4
Austeridad en el gasto público	Trimestral	INTERNO	4
Seguimiento a la ejecución presupuestal y Rezago	Trimestral	INTERNO	12
Planes Estratégicos Sectorial e Institucional	Trimestral	INTERNO	3
Plan de Acción	Trimestral	INTERNO	3
Hallazgos detectados por la OCI	Bimensual	EXTERNO	4
Ley de Transparencia	Mensual	INTERNO	11
Informe de Seguimiento Programa de Gestión Documental	Anual	INTERNO	1
TOTAL PRIMER SEMESTRE DE 2016			75

Los resultados de cada uno de los anteriores seguimientos se pueden consultar en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/Oficina-de-Control-Interno---Ley-de-Transparencia.aspx>.

4. Actividades de promoción del autocontrol

A la Oficina de Control Interno le corresponde fomentar la práctica del autocontrol mediante la aplicación de diferentes mecanismos, que contribuyan a desarrollar en los servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social, la capacidad para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos que permitan el cumplimiento de metas bajo el enfoque de gestión por resultados.

Durante 2016, la Oficina de Control Interno utilizó como mecanismos de socialización la intranet institucional, a través de la cual publicó información relacionada con: importancia sobre la elaboración de informes de gestión, requerimientos de la Oficina de Control Interno (Circular 06 programación de informes de la OCI), participación ciudadana y promoción de los Subcomités Integrados de Gestión.

5. Actividades de coordinación y articulación Intersectorial

Con el propósito de crear espacios de concertación y consenso en busca de unificar criterios, metodologías y directrices frente a temas de seguimiento y evaluación a cargo de las Oficinas de Control Interno, así como con el objetivo de fortalecer la integración sectorial y el acercamiento con otras instancias del gobierno nacional, la Oficina de Control Interno del Ministerio, considerando su papel como cabeza de sector, incluyó dentro del Plan de Acción de la vigencia, la programación de actividades a nivel de encuentros y mesas de diálogo especialmente con los Jefes y los equipos de trabajo de las Oficinas de Control Interno y Oficinas de Planeación, de las entidades adscritas y vinculadas del sector salud.

Se total se realizaron tres encuentros en el primero, segundo y cuarto trimestre de 2016.

- ✦ Socialización de formatos para estandarizar la presentación del informe consolidado de evaluación del Plan Estratégico Sectorial 2015-2018.
- ✦ Encuentro Sectorial con jefes de Planeación, Control Interno y Atención al Ciudadano de las entidades adscritas y vinculadas sobre el "Diagnóstico del Plan Anticorrupción del Sector Salud".
- ✦ Indicadores de Gestión.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Comité Coordinador del Sistema de Control Interno

En cumplimiento de la Resolución No 375 de 2014, por la cual se crea el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizaron tres sesiones del citado Comité en los meses de marzo, julio y diciembre.

En la primera sesión, además de presentar la propuesta de Programa de Anual de Auditoría 2016 y el informe de gestión de la Oficina de Control Interno, vigencia 2015, se dio a conocer a los miembros del Comité aspectos relacionados con Austeridad del Gasto, Plan de Mejoramiento CGR, Auditorías Internas de Calidad e informe del Sistema de Control Interno a partir de la encuesta MECI.

En la segunda sesión, se expuso el avance del Programa Anual de Auditorías dando a conocer los principales resultados obtenidos a partir de los ejercicios cumplidos y de los seguimientos legales efectuados por la OCI durante el primer semestre de 2016

Adicional se presentó a consideración de los miembros del Comité la propuesta de Estatuto de Control Interno y Código de Ética del Auditor.

En la tercera y última sesión de 2016, se presentó un balance general de resultados de la Oficina de Control Interno durante el segundo semestre de 2016.

2. Participación otros Comités

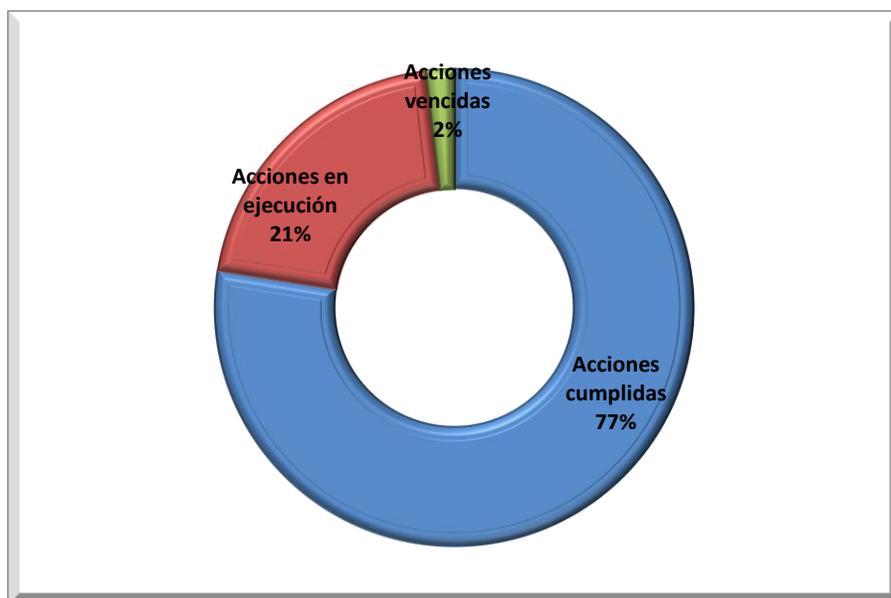
La Oficina de Control en su rol de asesoría y acompañamiento asistió a las sesiones de las siguientes instancias organizacionales:

INSTANCIA	No. SESIONES
Comité de Conciliación (21), fichas estudiadas (543)	21
Comité Asesor de Contratación	40
Comité de Sostenibilidad Financiera	2
Comité Sectorial de Desarrollo Administrativo	2
Comité Institucional de Desarrollo Administrativo	2
Comités de seguimiento a ejecución presupuestal	6
Comités seguimiento temas Guajira: oportunidades de mejora y acciones articuladas en La Guajira	10

3. Seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría General de la República -CGR

En esta línea, a la Oficina de Control Interno le corresponde realizar 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.

A diciembre 31 de 2016, el Plan cerró con 214 acciones, de las cuales 165 estaban cumplidas; 45 en ejecución y 4 registraban como no cumplidas.



4. Atención Auditorías Externas Contraloría General de la República

Durante el primer semestre de 2016, se coordinó la atención de requerimientos efectuados por parte del equipo auditor de la Contraloría General de la República, en el marco del proceso de seguimiento a la gestión realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social durante la vigencia 2015, que además de fenecer la cuenta fiscal de 2015 presentó las siguientes calificaciones:

COMPONENTE	CALIFICACIÓN	
Evaluación Gestión de Resultados	90,020	Favorable
Control de gestión	86,520	
Procesos Administrativos	85,429	
Indicadores	85,286	
Gestión Presupuestal y Contractual	87,457	
Control de Resultados	85,643	
Objetivos Misionales	87,714	
Planes, programas y proyectos	83,571	
Control de Legalidad	87,857	
Control Financiero	100,00	
Sistema de Control Interno	83,80	Eficiente

Como resultado del mismo se levantaron 19 hallazgos todos con alcance administrativo.

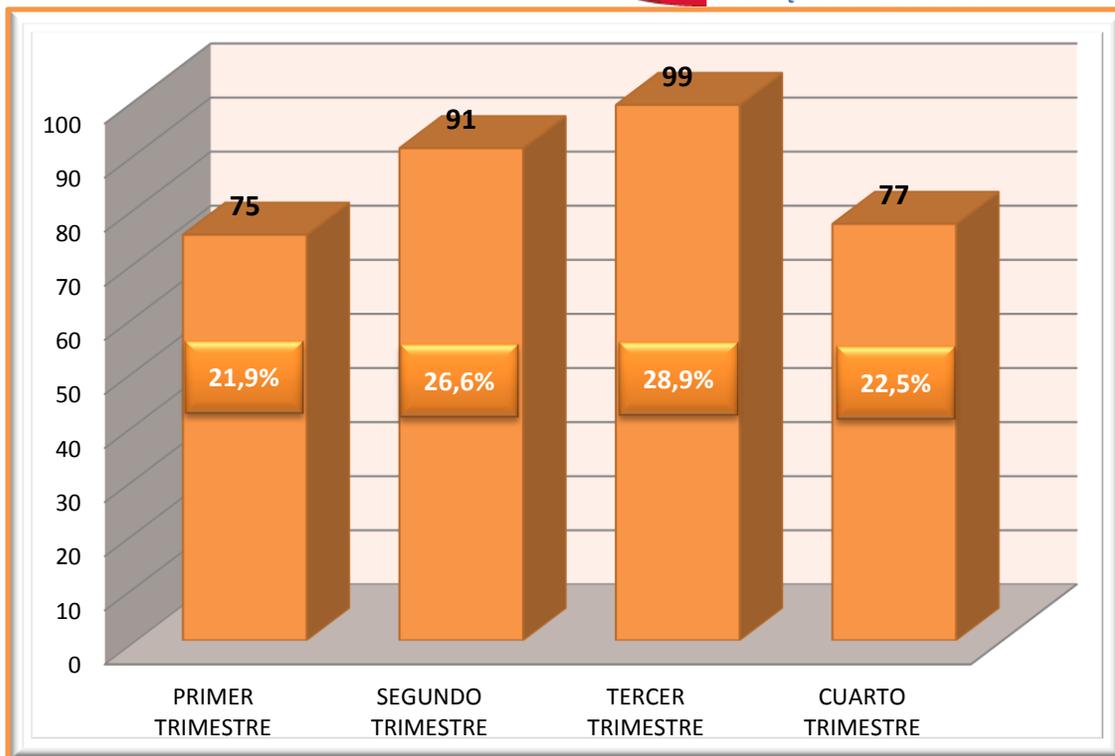
En el segundo semestre el ente de control adelantó Actuación Especial de Fiscalización sobre el cumplimiento de la Sentencia T760, quedando como resultado 17 hallazgos administrativos, 3 bajo responsabilidad de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud Riesgos Laborales y Pensiones y 14 de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

La suscripción de los Planes de Mejoramiento se realizó dentro de los términos definidos por la Contraloría. El primero en julio de 2016 y el segundo en enero de 2017.

5. Coordinación y seguimiento requerimientos de Contraloría General de la República

Durante 2016, se recibieron 342 requerimientos de la CGR, sobre los cuales a la Oficina de Control Interno le corresponde coordinar entre las áreas funcionales competentes, su respuesta en las condiciones solicitadas por el ente de control. Los temas hacen referencia, especialmente, a situaciones generadas por la liquidación de empresas prestadoras de servicio EPS, como Caprecom y Saludcoop; dificultades en la prestación del servicio de EPS e IPS; Sistema de Regalías; Base de datos Única de Afiliados – BDUA e investigación de denuncias presentadas por la ciudadanía.

La escala trimestral se presenta así:



6. Informe Cámara de Representantes

De acuerdo con la Resolución 2457 del 14 de diciembre de 2015, de la Cámara de Representantes por medio de la cual se aprueba la Resolución 001 de 2015, a través de la cual se propone no fenecer la Cuenta General del Presupuesto y del Tesoro y el Balance General de la Nación de la vigencia 2014, en su artículo 5 declara: *las entidades que para la vigencia fiscal 2014 de acuerdo con el informe de Auditoría del Balance General de la Hacienda Pública presentaron dictamen negativo o abstención de opinión a sus estados financieros **deberán presentar a la Comisión Legal de Cuentas de la Cámara de Representantes durante la vigencia 2016 informes trimestrales de los avances en los planes de mejoramiento con el fin de obtener dictamen limpio a sus estados financieros vigencia 2015.*** (subrayado fuera de texto)

Dado lo anterior por directriz del Comité Coordinador del Sistema de Control Interno, la Oficina de Control Interno es la responsable de esta remisión. Durante la vigencia 2016 se cumplió con esta responsabilidad.

CUMPLIMIENTO DE METAS ESTRATÉGICAS 2016

Durante la vigencia, la Oficina de Control Interno además de atender los temas propios de sus roles y de acuerdo con directrices de la Alta Dirección, planteó un ejercicio de planeación estratégica a partir de objetivos de carácter prioritario, cuya gestión presentó el siguiente comportamiento:

Acciones intermedias

Acciones Ejecutadas

Actualizar la documentación del proceso con el fin de ajustarla a nuevas directrices legales y metodológicas promovidas por el ente rector de política, en atención a tendencias internacionales que señalan un enfoque moderno del control interno fundamentado en el afianzamiento de la filosofía de la prevención y la anticipación.

- La documentación del proceso fue revisada y actualizada: Caracterización del proceso, procedimientos (2), Manual de Auditoría, Guía Autocontrol, Mapa de Riesgos e Indicadores: <http://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Paginas/CEV.aspx>

Fortalecer las metodologías empleadas por la Oficina para la formulación del Programa Anual de Auditorías, con el propósito de determinar los eventos que cuentan con la mayor relevancia para cumplir con la misión y objetivos estratégicos, y que a su vez, presenten el mayor nivel de riesgo.

- El Programa Anual de Auditorías 2016, se priorizó a partir de los Riesgos Institucionales, de acuerdo con parámetros del DAFP.
- El Programa Anual de Auditorías 2017 será priorizado con base en la Planeación Estratégica del Ministerio y los Riesgos identificados por los procesos vigentes.

Verificar las metodologías que aplica la Oficina de Control Interno en sus diferentes evaluaciones y seguimientos, de tal forma que los informes producto de esta labor, en atención a su rol de control preventivo, se constituyan en fuente de generación de alertas para la toma de decisiones oportunas.

- Se revisaron las metodologías aplicadas por los funcionarios y se unificaron criterios.
- Se están aplicando los procedimientos y el Manual de Auditoría
- Se fortaleció la interacción con los evaluados.
- Se fortaleció seguimiento a acciones de mejora.
- <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/Oficina-de-Control-Interno---Ley-de-Transparencia.aspx>

Fomentar la práctica del autocontrol mediante la aplicación de diferentes mecanismos, que contribuyan a desarrollar en los servidores públicos, la capacidad para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos que permitan el cumplimiento de metas bajo el enfoque de gestión por resultados.

- Promoción de los Subcomités de Control Interno.
- Uso de la Intranet para promover el autocontrol.
- Auditorías y seguimientos con enfoque preventivo.

Mejorar el proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos identificados, para que sus resultados y recomendaciones sean base para la toma de decisiones oportunas y efectivas para lograr la mejora de la gestión institucional y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el marco del Direcciónamiento Estratégico de la entidad.

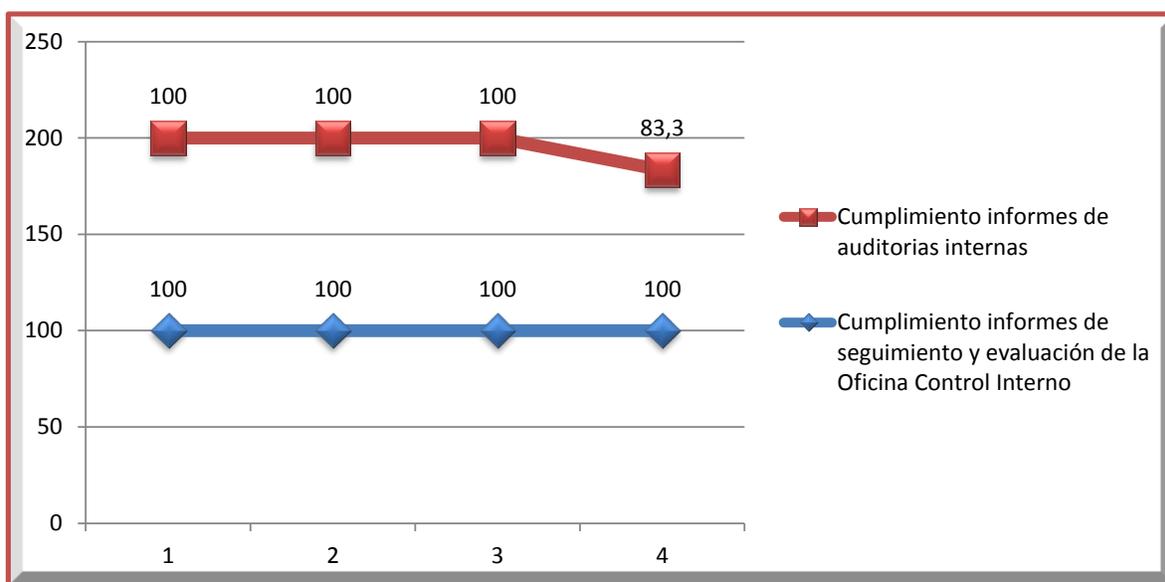
- Se fortaleció la verificación de los controles definidos por los procesos para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción y el grado de cumplimiento de las acciones.
- En cuanto a los riesgos de gestión, la Oficina de Control Interno, está a la espera de la actualización y publicación de los mismos para elaborar el informe anual que le corresponde realizar.

Contribuir a generar una cultura organizacional orientada al mejoramiento de la gestión y los resultados, a partir del seguimiento continuo a los Planes de Mejoramiento formulados por los responsables funcionales como producto de los informes de la Oficina de Control Interno y de entes externos.

- Se fortaleció la exigibilidad de formulación de Planes de Mejoramiento a partir de recomendaciones resultantes de las evaluaciones de la Oficina.
- Se efectúan seguimientos periódicos sobre las actividades, compromisos y metas fijadas.

RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN

Se formularon dos indicadores de eficacia para observar el grado de observancia frente a la entrega de las auditorías de gestión y los informes de seguimientos legales. La tendencia muestra un cumplimiento importante dentro de los estándares establecidos para el indicador de informes de seguimiento y evaluación. En cuanto al indicador que mide los informes de auditoría, se presentó durante el último trimestre, un retraso en la presentación del informe final de la auditoría al *Proceso ATE planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el MSPS*, en razón a: reformulación de algunos análisis como consecuencia de los cambios en el SGC del proceso de asistencia técnica, participación del Grupo auditor en la ejecución de auditorías de Calidad en los meses de julio-agosto y necesidad de analizar en mayor detalle por el grupo auditor el Convenio suscrito con la Organización Internacional para las Migraciones – OIM (547/2015) liderado por la Dirección de Promoción y Prevención, considerando el volumen de documentación a revisar.



DIFICULTADES PRESENTADAS

En el desarrollo de las funciones que le corresponden a la Oficina de Control Interno se presentaron dificultades relacionadas con el cumplimiento total del Programa Anual de Auditorías, en razón principalmente a la falta de personal para la gestión que implica el desarrollo de los procesos de auditoría, por la especialización y complejidad de la organización y de sus procesos, lo que naturalmente demanda mayor cuidado profesional y análisis técnico por parte de los profesionales de la Oficina y por ende mayor exige de tiempo adicional en sus investigaciones.

A la fecha la Oficina está conformada por ocho servidores públicos, que además de las auditorías deben encargarse de la elaboración de 75 informes de ley y atender los compromisos adicionales

por cuenta especialmente de requerimientos internos y de entes de control y de nuevas directrices normativas en temas como Austeridad y Ley de Transparencia.

Adicional se presentaron otras situaciones que contribuyeron a reorientar los esfuerzos de la Oficina o demandaron mayor tiempo del planeado y que terminaron por afectar la entrega oportuna de informes de auditoría, como por ejemplo:

- ♦ Revisión y ajuste de toda la documentación relacionada con el proceso.
- ♦ La Oficina apoyó la realización de las Auditorías Internas de Calidad con cinco servidores públicos formados como auditores internos de calidad.
- ♦ Atención de la Pre Auditoria y Auditoria Externa de Calidad.
- ♦ Proceso de simplificación del Sistema de Gestión de Calidad.
- ♦ Inoportuna remisión o publicación por parte de los auditados, de la información requerida por la Oficina.

PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS DE GESTIÓN

1. Proceso cálculo de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado.

Observaciones y/o Recomendaciones:

- Analizar si es procedente para la operación del SGSSS y dada la relevancia del valor del a UPC, incluir en el SIGI un proceso específico para su Cálculo, que documente la Metodología utilizada, en la caracterización registrar los responsables institucionales que actúan como proveedores a través de sistemas de información, así como las salidas incluyendo el Acto Administrativo y publicación.
- Los usuarios de la UPC son diversos, por lo que sería conveniente unificar la terminología en los diferentes documentos e incluir un glosario de términos y siglas.
- Clarificar las competencias y/o funciones de la Comisión asesora de Beneficios Costos y Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud - CABCT. El Decreto 2562 señala que esta instancia emite **recomendaciones** no obstante, en la matriz de producto del mapa de riesgos, se señala que la función de la citada Comisión es **aprobar**.
- Actualizar los manuales tarifarios (Decreto 2423 de 1996), por cuanto sus contenidos tienen 20 años de antigüedad, pese a que los valores deben ser actualizados anualmente con el IPC. De ellos se obtienen valores de referencia para el plan de beneficios.
- Incluir como Metodología documentada dentro del SIGI el *“Estudio de la Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud”*.

2. Proceso ABC adjudicación, renovación y condonación de becas crédito en salud.

Hallazgos y/o no conformidades

- No se da cumplimiento al Decreto 1038 de 1995 art 1. La financiación de los créditos durante las vigencias 1995, 1996, 2000 y 2002, no fueron por partes iguales, entre el Ministerio de Salud y el ICETEX.
- En el proceso de gestión del Comité Administrativo, no se evidenciaron soportes, papeles de trabajo y metodología como lo establece la norma, para la constatación, refrendación del cumplimiento de los requisitos establecidos para realizar la aprobación de los créditos.
- Incumplimiento de las funciones establecidas en el reglamento operativo. En las actas del 2014, no se evidencia análisis de la información financiera del Fondo presentada por el ICETEX en los informes semestrales.
- No se evidenció en las vigencias 2014 a 2015 los análisis realizados a los informes que presenta el ICETEX, respecto del funcionamiento operativo del fondo.
- No se encontraron las actas 138,139, 140, 150 en las carpetas Actas de condonación comité administrativo de vigencias 2012 al 2015.
- Se encuentra pendiente desde 1996, sobre la gestión de los rendimientos, como dar a conocer por parte del ICETEX la metodología para determinar el valor.
- No se evidencia en las actas del Comité Administrativo del Fondo, la revisión y análisis de la cartera presentada en los informes del ICETEX 2012-2015.
- No se evidencia en los informes del ICETEX, la gestión de cartera realizada para las vigencias 2012-2014. En el informe del ICETEX vigencia 2015, se anexa un cuadro con la gestión general

de cartera que se encuentra en cobro jurídico, donde el cobro que se realiza corresponde únicamente al año 2015.

- No se refleja en los Estados de Cuenta de las vigencias 1995 a 1999, la totalidad de las apropiaciones presupuestales Fondo Minsalud-Icetex. El valor de apropiación presupuestal asciende a la suma de \$44.402.850.712 y en el Estados de Cuenta de 31 de diciembre de 1999 se registra como saldo final \$36.165.549.803,88 generando una diferencia de \$ 8.237.300.908,12
- Frente a la base de datos allegada por parte de la DDTH, se observa:
 - Se presentan separados giros y condonaciones.
 - Beneficiarios sin cédulas o números y códigos diferentes a la cédula.
 - Apellidos repetidos y sin nombres.
 - Beneficiarios en vigencias diferentes con dos especializaciones de diferente regional.
- En la base de datos de giros de 2014 se advierte:
 - Beneficiarios que vienen relacionados sin número de cédula.
 - Se encuentran personas solo con apellido.
 - Personas con una misma cédula y diferente nombre.
 - Diferencia entre el valor de condonado y el valor girado.
 - Beneficiarios con doble condonación

3. Proceso Gestión Contractual y de valoración y registro de los costos de compra, producción y venta de los inventarios de Medicamentos monopolio control del estado.

Hallazgos y/o no conformidades: Proceso de Gestión Contractual

- De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 19 del Decreto 1510 de 2013 “La entidad estatal está obligada a publicar en el SECOP los documentos del proceso de contratación dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición”. La publicación no se realiza dentro del término establecido por la norma, de los 45 contratos analizados se encontró que 30 no cumplieron con este término y en otros casos no se publicaron actos administrativos del proceso de contratación.
- La Oferta más favorable según lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.1.2.2 del Decreto 1082 de 2015, “...La Entidad Estatal debe adjudicar al oferente que presentó la oferta con la mejor relación costo-beneficio y suscribir el contrato por el precio total ofrecido.” Se estableció que el contrato 019 de 2015, no ha cumplido con la normativa en tanto que el contratista ofertó \$24.848.925 como precio final y el contrato suscribió por el valor total de \$25.000.000.
- De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 80 de 1993, la contratación estatal tiene como fin, “la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con ellas en la consecución de dichos fines”. Además, la Planeación, la responsabilidad y la economía son principios que vigilan que la actividad contractual para que esta “no sea el resultado de la improvisación y el desorden, sino que obedezca a una verdadera planeación para satisfacer necesidades de la comunidad”. La terminación anticipada del contrato 031 de 2015 evidencia la falta de planeación y rigurosidad técnica en el servicio que efectivamente se contrató.

Observaciones y recomendaciones

- Se recomienda la generación de un control que permita verificar la realización de la publicación de los documentos del proceso y los actos administrativos del proceso de

contratación, dentro de los tres días siguientes a su expedición, dándole cumplimiento a la disposición legal.

- Divulgar y socializar los lineamientos para la elaboración de estudios previos especialmente en lo relacionado con la descripción de la necesidad del bien o servicio y adicionalmente actualizar los datos que lo requieran en los estudios del mercado.
- Dado que en algunos de los expedientes contractuales revisados, se pudo evidenciar que no reposan los documentos originales, se sugiere realizar el archivo de los originales en las carpetas de cada uno de los procesos contractuales.
- Una vez revisado el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP), no se encontraron los contratistas pertenecientes al Fondo Nacional de Estupefacientes, se recomienda cargar y publicar los contratos en el SIGEP.
- En tanto que se observó que algunas de las actividades planteadas en los procedimientos y la gestión plasmada en los expedientes contractuales, no requieren realizarse y en algunos casos dilatan el proceso contractual. Se sugiere realizar ajuste el proceso y los procedimientos acorde a la normatividad vigente excluyendo aquellas actividades que no requieren realizarse en los procesos contractuales.
- Ajustar la gestión del procedimiento que se está realizando a la normativa vigente, contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no requieren de carta de invitación ni las observaciones.
- Se sugiere identificar los posibles riesgos que afecten el proceso contractual de Fondo Nacional de Estupefacientes o en caso de considerar que los constituidos en el SIGI para el Ministerio les aplique al Fondo, establecer acciones de mejoramiento o planes de contingencia, esto con el fin de realizar el tratamiento e implementación de controles e igualmente dentro de la matriz de riesgos de corrupción de la entidad.

4. Gestionar el ejercicio y desempeño del talento humano en salud: Delegación de funciones públicas en los colegios profesionales del área de la salud

Hallazgos y/o no conformidades

Incumplimiento de términos para dar respuesta a recursos de reposición y derechos de petición

El ejercicio de comparar las fechas en los que se recibieron los recursos interpuestos contra las resoluciones 4477 de 2011 y 899 de 2013, cuyos datos se obtuvieron de las resoluciones que los resuelven, de considerar lo reglamentado en el artículo 76 de la Ley 1437 de 2011 que señala que *los recursos de reposición y apelación deberán interponerse por escrito en la diligencia de notificación personal, o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, o a la notificación por aviso, o al vencimiento del término de publicación, según el caso* y del cotejo entre la fecha de la Resolución mediante la cual se dan a conocer los resultados y la fecha del acto administrativo que resuelve los recursos de reposición presentados, se observan diferencias que al parecer contravendrían los términos legales frente a la oportunidad y trámite de los recursos de reposición como lo señalan la Ley 1437 de 2011 y 1755 de 2015.

Contra la Resolución 1122 del 5 de abril de 2016, mediante la cual se dieron a conocer los resultados de la convocatoria del tercer proceso de delegación de funciones, abierto con la Resolución 3392 del 7 de septiembre de 2015, le fueron interpuestos tres recursos de reposición. Desde la recepción de los mismos han transcurrido dos meses. La Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, remitió proyecto de resolución de recursos a la Dirección Jurídica con

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

radicado número 201625300127673 del 2 de junio de 2016 y a la fecha, 11 de julio de 2016, no se ha recibido respuesta.

En cuanto a derechos de petición, se identificaron en 2015, dos derechos: Confecolsalud con fecha 26 de enero y Colegio Médico Colombiano del 18 de marzo. El primero tuvo respuesta el 30 de marzo, más de 60 días después de la solicitud del peticionario; y el segundo, el 11 de mayo de 2015, cincuenta y dos días después.

Incumplimiento de normas archivísticas

La revisión de los archivos documentales entregados por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, que contienen los soportes que acreditan la gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los tres procesos que a la fecha ha realizado, para la delegación de funciones públicas a los colegios profesionales del área de la salud, no cumplen con las normas generales de la función archivística. (Ver páginas 10 a 19)

En consideración a las condiciones que presentan los archivos en cuanto a falta de orden cronológico, ausencia de soportes y formatos diligenciados de manera incompleta, no fue posible efectuar un ejercicio de trazabilidad documental a partir de los soportes remitidos por la citada Dirección, que permitiera verificar los procesos, procedimientos y metodologías aplicados para gestionar y dar cumplimiento al marco normativo para los procesos originados, especialmente, a partir de las resoluciones de convocatoria 5549 en 2010 y 2784 de 2012.

En cuanto al tercer proceso que tuvo su génesis en la Resolución 3392 de 2015, si bien es cierto los soportes ofrecen mayor evidencia sobre la gestión adelantada, igualmente se presenta ausencia de documentos relacionados especialmente con los documentos que demuestren la forma en que se desarrolló la **etapa de convocatoria, y de análisis y estudio de la documentación.**

Incumplimiento de actividades del proceso: *proyectos de actos administrativos regulatorios del sector salud y protección social, para la Resolución 3392 de 2015.*

Se pudo establecer que la Dirección de Desarrollo de Talento Humano no remitió a la Dirección Jurídica el proyecto de acto administrativo por medio del cual se convoca el proceso de selección para delegación de funciones públicas en colegios profesionales del área de la salud, para que de acuerdo con éste la Dirección Jurídica cumpliera con su responsabilidad de conocer, revisar, ajustar y avalar el acto administrativo en cita, hoy Resolución 3392 del 7 de septiembre de 2015.

En cuanto al cumplimiento del debido proceso para las dos primeras convocatorias, el equipo auditor no puede emitir un dictamen sobre este aspecto, en atención a lo observado para los archivos de los mismos, la ausencia de soportes no garantiza trazabilidad en la gestión ni dan evidencia cierta de las actividades realizadas.

Incumplimiento de directrices legales en el proceso de delegación de funciones asignadas a los colegios, relacionadas con la inspección, vigilancia, control y calidad de la información

Los resultados obtenidos a partir del ejercicio de análisis de datos que la Oficina de Control Interno practicó sobre los registros existentes en el Rethus, reportados por el Colegio Médico Colombiano desde la fecha en que se le delegaron funciones (15 de agosto de 2015) hasta el 30 de abril de 2016 y del comparativo que se realizó frente a la base suministrada por el Ministerio de Educación Nacional, de los Graduados de Medicina reportados para el programa “Medicina por parte de las Instituciones de Educación Superior en el periodo 2012 – 2015”, permiten evidenciar posible incumplimiento en parámetros legales relacionadas especialmente con las funciones de

inspección, vigilancia y control que le compete al Ministerio de Salud y Protección Social y deberes en cuanto a la validación y calidad de la información por parte de los Colegios.

Lo anterior, por cuanto: En los datos del Rethus, suministrados por la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, se observó: Ausencia de registros en campos tan importantes como por ejemplo el número de tarjeta profesional. Para los profesionales que adquirieron el título en el extranjero, no se registra código y nombre de la institución en la que se obtuvo el título, así como tampoco el código y nombre del programa. No se observó el país de origen del título. Los campos *título equivalente, nombre grupo título equivalente, número de acto administrativo, fecha de acto administrativo, número y fecha de convalidación*, no se registra la información bajo las características definidas por el Ministerio. Inclusive datos como: Nombre grupo título, número de acto administrativo, número de convalidación, presentan celdas vacías.

Incumplimiento de directrices legales en el proceso de delegación de funciones asignadas a los colegios, relacionadas con la inspección, vigilancia, control y calidad de la información

- Figuran 65 personas que se registran con estudios en Enfermería, Bacteriología y Laboratorio Clínico y Terapia Ocupacional, cuando la información que debe reportar el Colegio Médico Colombiano debería ser únicamente información de profesionales en medicina.
- Adicional el comparativo de datos entre los registros del Rethus y la base del Ministerio de Educación Nacional, permitió advertir que: En la base de datos suministrada por el Ministerio de Educación Nacional, no figuran 1600 personas que habrían obtenido título profesional en un centro educativo a nivel nacional y que se encuentran incluidas en el Rethus.
- Finalmente, el hecho de que la Universidad Antonio Nariño sede Bogotá informara que tres personas registradas en el Rethus no figuran como tituladas en NINGUN PROGRAMA ACADÉMICO de esta institución y una de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Observaciones

Funciones de Grupo de Ejercicio y Desempeño del Talento Humano en Salud

El equipo auditor practicó un comparativo de las funciones asignadas al Grupo de Ejercicio y Desempeño del Talento Humano en Salud en los actos administrativos que dieron origen a los grupos de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud y su correlación frente al Decreto 4107 de 2011, observándose lo siguiente:

- Respondiendo a lo ordenado el Decreto 4107 en la Resolución 146 se había incluido para los tres grupos la función de: *asistir técnicamente a las instituciones en lo relacionado con sus funciones*, función que no fue contemplada para ninguno de los tres grupos que conforman la Dirección, en la Resolución 1503 de 2015 no obstante que los tres cumplen con actividades de asistencia técnica.
- Igual situación se predica para la función de: *Apoyar el desarrollo y sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional, y la observancia de sus recomendaciones en el ámbito de su competencia*.
- Adicional se observaron modificaciones en la redacción de algunas de ellas, eliminación de aspectos y/o condiciones que implican denotaciones y realidades objetivas diferentes a las ordenadas por el marco legal superior.
- Específicamente para la función de delegación de funciones fue modificada con la Resolución 1503 de 2015, que consideró solo el monitoreo de las funciones delegadas,

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

excluyendo las demás responsabilidades que le fueron asignadas al Ministerio en la Ley 1164 de 2007 y Decreto 4192 de 2010 como son: *diseñar y expedir los parámetros, mecanismos, instrumentos, sistemas de información y de evaluación necesarios para el ejercicio de las funciones públicas delegadas; cumplir con funciones de inspección, vigilancia y control de las funciones públicas asignadas; revocar el acto administrativo de delegación cuando evidencie incumplimiento de deberes, obligaciones o responsabilidades y reasumir las funciones delegadas cuando del resultado de la inspección, vigilancia y control se evidencie que los colegios están contraviniendo el ejercicio de las funciones asignadas.*

- **Procedimiento y/o metodologías para surtir el proceso de delegación de funciones**

La Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, no cuenta con un procedimiento o metodología documentada, para el cumplimiento de las responsabilidades que le corresponde frente al proceso de la delegación de funciones públicas en los Colegios Profesionales en salud.

- **Dilación en los procesos de delegación de funciones**

Desde el año 2010 hasta la fecha, el Ministerio ha realizado tres convocatorias de selección de colegios profesionales para la delegación de funciones públicas. La primera, abierta el 30 de diciembre de 2010, la segunda en septiembre de 2012 y la tercera, en septiembre de 2015. Estos dos últimos procesos se abrieron sin que se hubiesen delegado funciones a los colegios que resultaron favorecidos en las convocatorias que los antecedieron respectivamente.

Para los dos primeros procesos de delegación de funciones, que dieron como resultado cinco colegios evaluados favorablemente, se pudo observar retraso antes de que éstos pudiesen iniciar la ejecución de las funciones delegadas propiamente dicho. El trámite total alcanzó cuatro años para la primera y tres años para la tercera (Entre la fecha de apertura a las convocatorias y la entrega de las funciones). Los tiempos empleados para la evaluación de las propuestas y la resolución de recursos de reposición, fueron superiores a los establecidos por el marco legal vigente, como se detalla en el siguiente cuadro.

- **Metodologías para la evaluación de propuestas, actividades de etapa de alistamiento y acciones de seguimiento y control**

Se sugiere fortalecer las metodologías aplicadas por la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud para cumplir con las actividades propias de evaluación de propuestas, alistamiento y seguimiento y control, en razón a que, de acuerdo con los soportes evaluados, se evidenciaron debilidades.

- **Naturaleza de los recursos recaudados por los Colegios por cumplimiento de funciones públicas**

Se recomienda efectuar la gestión pertinente y necesaria para que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de respuesta sobre la naturaleza y destinación de los recursos recaudados del ejercicio de las funciones públicas asignadas, en razón que es un tema, que de acuerdo con los soportes, ha sido una inquietud permanente de los Colegios, igualmente considerar este tema dentro de la etapa de seguimiento y evaluación en razón a la naturaleza de los mismos.

5. Fiscalización de Medicamentos, Materias Primas o Precursores de Control Especial

Hallazgos:

- **Falta de acta de reuniones u otro soporte respecto a criterios de evaluación usados en el procedimiento**

La Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupeficientes (FNE), vienen aplicando unos criterios de evaluación en el momento de conceder las provisiones, dichos criterios se establecieron en el marco de una reunión técnica en la cual se discutieron los porcentajes aplicables, reunión de la cual no se cuenta con un acta o soporte que sustente, tanto su aplicación en el procedimiento como su continuidad. Según el Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano - MECI 2014, los procedimientos, son un control de la entidad encaminado a lograr que las actividades se desarrollen siguiendo una secuencia lógica, que permita que quien los realice pueda llevarlas a cabo de la misma manera en la que lo efectuaría cualquier otro servidor que siga lo descrito en el mismo. Por lo que se sugiere se efectúe el soporte que evidencie la justificación técnica de la aplicación de los criterios de evaluación respecto al trámite de provisiones que se maneja al interior del FNE.

- **Carencia de un sistema de información de acuerdo con el volumen y seguridad requerida para el procedimiento.**

En consideración a que el procedimiento auditado, se desarrolla principalmente mediante el uso de hojas de cálculo en Microsoft Excel, el cual se pudo verificar que no cuenta con un sistema de seguridad adecuado, se duplica la información en diferentes hojas, no existe unificación de criterios aplicables, se manejan campos los cuales no se diligencian completamente; lo que podría ocasionar pérdida de información relevante, errores de digitación, falta de trazabilidad, susceptibilidad de modificaciones constantes. Conviene señalar que en materia de sistemas de información, es necesario contar con controles adecuados para garantizar la confiabilidad, la seguridad y una clara administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles. En tanto que se sugiere que de considerarse necesario realizar las gestiones administrativas una vez analizado y evaluado, para implementar un software para el manejo de la información relacionada con el procedimiento y todos sus trámites asociados.

- **Incumplimiento de las normas de organización archivística de documentos.**

La revisión de los archivos documentales físicos entregados por el FNE que contienen los soportes que acreditan la gestión de las actividades y trámites en relación al procedimiento auditado, no cumplen con las normas generales de la función archivística. En consideración a las condiciones que presentan los archivos en cuanto a la falta de orden cronológico, ausencia de soportes y formatos diligenciados de manera incompleta, no fue posible efectuar un ejercicio de trazabilidad documental a partir de los soportes entregados, especialmente respecto a los archivos del trámite de destrucción de sustancias y/o medicamentos que contengan medicamentos, materias primas o precursores de control especial. Se sugiere implementar lo dispuesto en la ley 594 de 2000 referente a las buenas prácticas de gestión documental para los expedientes tanto físicos como digitales y cumplir las metodologías de organización, conservación, preservación y administración de archivos inclusive para aquellos archivos de gestión de la vigencia.

Observaciones y/o sugerencias:

- Respecto al procedimiento de Fiscalización de Medicamentos, Materias Primas o Precursores de Control Especial, revisar y analizar las actividades que se desarrollan y de considerar necesario se eliminen o replanteen.
- Dado que el procedimiento auditado, contempla en sí mismo los tres procedimientos (Control y Fiscalización, Gestión de Medicamentos y Farmacodependencia), por lo que es importante y prioritario se analice, evalúe y si lo consideran dividirlo en tres procedimientos, de tal manera que se presenten más claros y precisos.
- Respecto a las fichas y listas de chequeo que ha implementado el FNE para chequear el cumplimiento o lleno de los requisitos de todos los trámites, se sugiere diligenciar todos los campos, se firme, se señale la fecha de diligenciamiento, las observaciones y su corrección se sustenten.
- En el trámite de provisiones, existen oficios de respuesta donde no se evidencia lo solicitado y aprobado tanto en descripción como en cantidades, por lo que se recomienda ajustar el formato en la que se está remitiendo la respuesta al usuario.
- Una vez revisados los tramites en la página web de la entidad y en el Sistema Único de Información de Tramites- SUIT, se evidenciaron inconsistencias, por lo que se recomienda que se verifique la información, se actualice y se socialice.
- Se sugiere que el estudio técnico del trámite de provisiones se referencien las diferentes verificaciones y soportes que se realizan, con el fin de sustentar y/o justificar la aceptación o rechazo.
- Se sugiere incluir en el procedimiento como punto de control el chequeo cruzado, para evitar autorizar medicamentos no solicitados, en el trámite de inscripciones.
- En ocasiones se ha sobrepasado el tiempo de respuesta de las inscripciones, por lo que se recomienda realizar una comunicación al usuario informando los contratiempos del trámite y que efectivamente se está realizando el estudio de su inscripción.
- Es necesario que se identifiquen los riesgos asociados con el procedimiento y según su nivel se plantee acciones de prevención o de contingencia según sea el caso, y que las mismas sean aprobadas, publicadas y socializadas al interior de la entidad.
- El trámite de “Liberación y/o endoso de documento de transporte” a pesar de incluirse en el proceso, la UAE – Fondo Nacional de Estupefacientes manifiesta que es un trámite que ya no se realiza, por lo que se recomienda revisar y evaluar la caracterización del proceso y realizar los ajustes respectivos.
- Se recomienda que con ocasión de tener evidencia de los trámites, se establezcan lineamientos sobre la forma de conservación del archivo, ya sea en físico o virtualmente, donde reposen todos los soportes respectivos de cada trámite, tanto para consulta como para su trazabilidad.
- Dado que existe el trámite de formalización y está asociado al proceso, se sugiere que se implemente en todos los casos el seguimiento al cumplimiento por parte de los usuarios.

6. Dirección de Promoción y Prevención: Determinar la eficacia y efectividad del proceso de ejecución de recursos

Hallazgos

- La Dirección de Promoción y Prevención no viene ejecutando los recursos de acuerdo a lo planeado, pues su ejecución se ha concentrado en unas pocas actividades, presentando incumplimiento de las normas presupuestales y como consecuencia la aplicación sancionatoria del artículo 78 del decreto 111 de 1996; especialmente para el proyecto Implementación de las Estrategias de Promoción Salud y Prevención de Enfermedad Nacional, cuya ejecución de los recursos presenta a corte 31 octubre únicamente una ejecución del 49%.
- A pesar que mensualmente se realiza el seguimiento a la ejecución de los proyectos, no se evidencian estrategias implementadas con el fin de lograr una mayor eficiencia y eficacia en la ejecución de los recursos.
- De la misma manera, en el último informe de avances al plan de acción, a nivel de actividades la ejecución es baja, no hay proporcionalidad en cuanto a lo programado con lo ejecutado. Por lo que se sugiere realizar un enfoque exhaustivo que obedezca a que los recursos y las actividades se desarrollen en los periodos planeados y no al finalizar la vigencia, pues podría presentarse el riesgo de no lograr la ejecución dentro de la vigencia.
- La evaluación cualitativa y cuantitativa del desempeño, conlleva el compromiso y permite detectar inconsistencias entre el quehacer de la institución y sus objetivos prioritarios, induce adecuaciones en los procesos internos y aporta mayor transparencia a la gestión pública y privada, por lo que también está directamente relacionado con la generación de indicadores que midan no solo el porcentaje de ejecución sino mayor eficiencia en la asignación de recursos.

Observaciones y Sugerencias

- Se sugiere verificar, analizar y evaluar la formulación que el proyecto de Implementación de las Estrategias de Promoción Salud y Prevención de Enfermedad Nacional pues para octubre del año 2016 la ejecución física está en el 9%; gestión en un 50% y la ejecución financiera está en un 49%.
- Al interior de la Dirección de Promoción y Prevención, se evidencia que desconocen del procedimiento documentado por la Dirección Financiera Ejecución de recursos proyectos inversión, por tanto, es importante que se realice una socialización, revisión y análisis de los mismos, y si es del caso realizar los ajustes pertinentes.
- Se sugiere se evalúe y se tomen medidas de ser necesario para la diferencia existente entre los recursos programados en Plan de Acción y los recursos del proyecto SPI. Una parte debido a que los recursos de otras fuentes, para el caso FOSYGA no se incorporan en los informes del DNP ni SIIF Nación; al incorporarse al mismo proyecto, siendo las actividades las mismas, dificulta independizar su ejecución.
- Se recomienda que tanto las actividades como los recursos registrados en el Plan de Acción, tengan coherencia con los objetivos específicos establecidos en el proyecto SPI – DNP.
- Se sugiere establecer o formular un tablero de control de los indicadores, formular indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad acorde con lo establecido entre otras normas las siguientes: Ley 87 de 1993, Ley 190 de 1995, Ley 489 de 1998, Ley 872 de 2003, Decreto 2623 de 2009, Ley 1474 de 2011, Decreto 2482 de 2012, Decreto 943 de 2014, Decreto 1443 de 2014, Decreto 1082 de 2015. Documentar análisis de los resultados de los indicadores del

Plan de Acción y formular informe de gestión periódico donde se pueda evidenciar las fortalezas, dificultades y resultados de la Dirección.

- Respecto al riesgo identificado, se sugiere incluir de considerarlo necesario causas, controles y/o actividades relacionadas con la ejecución de recursos y su debida planeación

7. PROCESO GCI GESTIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

Conclusión

Para la evaluación de las iniciativas de Cooperación Internacional, durante el último trimestre del año 2015 el Grupo de Cooperación de Relaciones Internacionales –GCRI, avanzó en la suscripción de un convenio de cooperación internacional con la FIIAPP, para diseñar el marco metodológico e instrumental que permitirá al sector salud evaluar iniciativas de cooperación internacional. Esta evaluación se está realizando en 2016 con uno de los principales convenios de cooperación del MSPS y la OIM (547 de 2015).

Recomendaciones

- Análisis de la estructura del Ministerio, dado que vienen recortes presupuestales y austeridad del gasto y el 80% del personal es de contrato con el riesgo de pérdida de información y de no continuidad de los Convenios de Cooperación, que dan recursos y apoyo técnico a las diferentes áreas del Ministerio de Salud.
- Implementar y fortalecer la Cultura de Autocontrol frente a la implementación de los Subcomités integrados de Gestión.-
- Documentar los seguimientos tanto del Plan de Acción como de indicadores de gestión, mapa de riesgos del Grupo de Cooperación y relaciones internacionales.
- Establecer un tablero de control de los indicadores y formular de eficacia, eficiencia y efectividad acorde con lo establecido entre otras normas las siguientes: Ley 87 de 1993, Ley 190 de 1995, Ley 489 de 1998, Ley 872 de 2003, Decreto 2623 de 2009, Ley 1474 de 2011, Decreto 2482 de 2012, Decreto 943 de 2014, Decreto 1443 de 2014, Decreto 1082 de 2015.
- Actualizar el Manual de Cooperación y Relación Internacionales acorde con las Circulares vigentes.
- Documentar análisis de los resultados de los indicadores del Plan de Acción y formular informe de gestión periódico donde se pueda evidenciar las fortalezas, dificultades y resultados del Grupo.
- En el Plan de Mejora de riesgo, dar cumplimiento a las acciones acorde con las fechas establecidas o realizar reformulación del mismo con la justificación respectiva.
- Solicitar al Grupo de Desarrollo Organizacional, la publicación de la hoja de vida del indicador, con resultado y análisis.

8. PROCEDIMIENTO DE NÓMINA

Observaciones y Sugerencias

- Aunque se tienen claves de acceso al sistema de Nómina, no se cuenta perfiles específicos, por lo que se sugiere incluir en el sistema de novedades de personal un módulo de auditoría en el mismo sistema, con usuario restringido a la bitácora de los requerimientos o

modificaciones efectuados, con el fin de tener la trazabilidad de cada uno de los cambios efectuados a la base de datos.

- De igual forma, se sugiere implementar un procedimiento interno para cuando se realice la creación, edición o eliminación donde se pueda ver el rol de cada uno de ellos y el acceso a que tablas o módulos puede entrar para controlar el riesgo de acceso no permitido a la información contenida dentro de la Base de Datos, independientemente del motor y del licenciamiento.
- El sistema debe producir logs de acceso y errores, contenidos en el módulo de auditoría, con el propósito de validar y evidenciar cualquier anomalía.
- Respecto del mapa de riesgos de gestión, realizar la publicación de los riesgos identificados.
- Aunque los funcionarios del Grupo tienen gran número de controles para el registro de novedades, estos no se encuentran documentados.
- Se sugiere incluir dentro del procedimiento de incapacidades que la Subdirección de Gestión de Talento Humano está construyendo, la actividad de enviar un listado de incapacidades al Grupo de Tesorería para que esta pueda realizar el cruce de los ingresos recibidos del Tesoro por concepto de incapacidades
- De acuerdo con conclusiones y compromisos realizados en mesa de trabajo del en la Subdirección de Gestión de Talento Humano, el 16 de noviembre de 2016, y la consulta realizada con el profesional del Grupo de Desarrollo Organizacional sobre el procedimiento GTHP05 – Novedades de Personal, se recomienda realizar una revisión con el fin de fortalecer la descripción de sus actividades. (se anexa correo Grupo de Desarrollo Organizacional).
- Se recomienda efectuar revisión al Formato Único de Novedades de Personal GTHF14, dado que se aprecia que del numeral tercero se pasa al numeral quinto

9. SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA – SIIF

Hallazgos y/o No. Conformidades

- Carencia de conocimiento de las políticas de funcionalidad, seguridad del SIIF Nación, en atención a que de los 35 usuarios que respondieron la encuesta, respecto a los deberes y derechos el 77%; no respondieron cuál debe ser el procedimiento del aplicativo en caso de ausencia. De igual forma del conocimiento de la existencia de la norma aplicable a los servidores públicos para derechos, deberes, incompatibilidades y conflictos de intereses la conocen el 51% observándose que la desconocen en su mayoría los usuarios recientemente autorizados para el ingreso de nuevos perfiles en el SIIF.
- Falta de conocimiento de las políticas de funcionalidad, integralidad, seguridad del SIIF – NACIÓN por parte de los Coordinadores del SIIF – Entidad, en atención a los que respondieron la encuesta no saben y no hacen parte del equipo que presta soporte y capacitación a los usuarios SIIF.
- En el proceso y procedimientos identificados en la cadena presupuestal en los cuales interviene el SIIF No se referencian todos los documentos expuestos por el Administrador SIIF – Nación para su correcta funcionalidad.

Observaciones:

- La totalidad de los Usuarios del SIIF no se presentaron para contestar la encuesta.

- Falta conocimiento en el cumplimiento de las políticas de funcionalidad, integralidad, seguridad del SIIF – Nación, la efectividad de los controles existentes, y verificar el grado de cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Sugerencias:

- Atender el compromiso institucional de asistir a las reuniones convocadas por la Oficina de Control Interno, para este caso, en el diligenciamiento de la encuesta, dado que esta actividad permitiría evidenciar el cumplimiento por parte de los usuarios del Ministerio – Tres Unidades sobre la seguridad en el uso del SIIF.
- Recomendar la creación del Grupo soporte y capacitación básica bajo la Coordinación del responsable SIIF – Nación de la Entidad.
- Continuar con la Actualización del mapa de riesgos de la entidad específicamente con los riesgos a que se vería expuesto el funcionamiento del Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF en la Entidad.
- Revisar periódicamente la expiración de autorizaciones de usuarios de las tres unidades, así como los perfiles y su actual funcionalidad, existente usuarios con cambio de funciones los cuales actualmente tienen activos los perfiles autorizados con anterioridad.
- Revisar perfiles autorizados por cada unidad e informar a cada usuario los perfiles que cada uno de ellos tienen activos, con el objeto de que los que no están siendo ejecutados actualmente se revisen en atención a su funcionalidad con el propósito de que estos sean coincidentes con los reportes SIIF

10. GESTIÓN DE TRÁMITES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Hallazgos

- Incumplimiento del artículo 40 de Decreto 19 DE 2012. La entidad no ha cumplido con la obligación de actualizar dentro de los tres (3) siguientes cualquier variación de los siguientes trámites:
 - Permiso transitorio para profesionales de la salud que ingresen al país en misiones científicas o de prestación de servicios con carácter humanitario, social o investigativo, Circular 044 de 2008 desactualizada
 - Autorización para la prestación de servicios de Protección Radiológica a personas o entidades, Resolución 9031 de 1990 desactualizada
 - Permiso para Experimentación de Plaguicidas, Decreto 1843 de 1991, desactualizada.
 - Registro Sanitario para un producto Plaguicida de uso en salud Pública Decreto 1843 de 1991, desactualizada.
- Incumplimiento artículo 1, numeral 1 de la Ley 962 de 2005, no cuenta con un soporte legal de los requisitos exigidos de los siguientes trámites:
 - Certificación de necesidades de Recurso Humano para presentar ante el Ministerio ante el Ministerio de Relaciones Exteriores
 - Autorización para la prestación de servicios de Protección Radiológica a personas o entidades.
 - Registro Sanitario para un producto Plaguicida de uso en salud Pública.

La Oficina de Control Interno confirmó los hallazgos frente al incumplimiento de la norma publicada por encontrarse desactualizada, así mismo, solicito a las dependencias funcionales establecer e informar a los usuarios de los artículos donde se fundamenta los requisitos exigidos y publicados en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, como lo establece la norma.

Artículo 1, numeral 1 de la Ley 962 de 2005, es que “... únicamente podrán exigirse las autorizaciones, requisitos o permisos que estén previstos taxativamente en la ley o se encuentren autorizados expresamente por esta...”

Observaciones Generales

- Incumplimiento del artículo 1, numeral 2, de la Ley 962 de 2005, no se encuentran los procedimientos de los siguientes trámites en el Sistema Integrado de Gestión – SIG:

La Oficina de Control Interno recomendó a las dependencias funcionales gestionar ante la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Desarrollo Organizacional, la publicación de los procedimientos o Guías que registran las actividades específicas que contemplan cada uno de los trámites.

- Incumplimiento del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el tiempo establecido en las hojas de vida de los trámites no se cumple, debido a que se supera el tiempo informado establecido para la expedición del acto administrativo ya que no se contabiliza el tiempo para estudio y aprobación del proyecto del acto administrativo por parte de la Dirección Jurídica y/o otros procedimientos administrativos.

La Oficina de Control Interno sugiere a la Dependencias funcionales junto con el acompañamiento de Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Desarrollo Organizacional evaluar los tiempos informados de perfeccionamiento del trámite, en el Sistema Único de Información de Trámites- SUIT, en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social - Ventanilla Única de Trámites y Servicios, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – Ley 1437 de 2011, artículo 5 - Derechos de las personas ante las autoridades, numeral 4, Obtener respuesta oportuna y eficaz a sus peticiones en los plazos establecidos para el efecto.

- Incumplimiento de la Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3, en cuanto al fundamento legal donde se indica que la norma que va a relacionar hace referencia al trámite en una parte de su contenido, debe indicarla exactamente, ya que es de orientación y ayuda para el ciudadano al momento de la consulta, como en los siguientes trámites:

La Oficina de Control Interno recomendó a las Dependencias funcionales la revisión del soporte legal publicado en el Sistema Único de Información de Trámites- SUIT, en cumplimiento a lo establecido por la Ley 962 de 2005, “únicamente podrán exigirse las autorizaciones, requisitos o permisos que estén previstos taxativamente en la ley o se encuentren autorizados expresamente por esta..”

- Como punto de control de los trámites se estable por parte de los funcionarios responsables del trámite cuadros en Excel diligenciados y manejados de manera manual, no se garantiza seguridad y confiabilidad para el seguimiento de los tramites:

La Oficina de Control Interno recomendó como trazabilidad de la información de los trámites, la creación de una base de datos o módulo de gestión que integre los trámites realizados en línea como presenciales, además que tenga la funcionalidad de consulta.

- Los trámites analizados cuenta con canales de atención presencial y en línea, no están directamente asociados al Sistema de Gestión de documental - ORFEO ni al de PQRSD, para su trazabilidad, seguimiento y control.

La Oficina de Control Interno recomiendo a las dependencias funcionales realizar enlace o asocio de las comunicaciones internas con el fin de conocer la trazabilidad y mejorar la prestación del servicio.

11. ASISTENCIA TÉCNICA

Hallazgos y/o No conformidades

Los análisis efectuados durante el proceso auditor a partir de la documentación e información disponible, frente a los criterios de auditoría definidos, al objetivo y alcance del mismo proceso, permiten concluir que no se encontraron incumplimientos legales externos o internos, que soporten el levantamiento de hallazgos. Efectivamente el Ministerio de Salud y Protección social, cumple con su responsabilidad de prestar asistencia técnica y asesoría a los entes territoriales y demás agentes del Sistema de Seguridad Social en Salud, a través de las dependencias que cumplen funciones misionales. Para el efecto se cuenta con diferentes metodologías, medios, mecanismos, modalidades y recursos que le permiten llegar de manera directa a los diferentes sectores objeto de la asistencia técnica.

Ciertamente se observaron oportunidades de mejora relacionadas especialmente, con la unificación de metodologías para su implementación, seguimiento, evaluación, retroalimentación y difusión de resultados; soportes que acrediten dicha gestión; articulación entre las dependencias para desarrollar procesos de asistencia técnica integrales y definición de instrumentos o mejora de los existentes, que permitan llevar un control exhaustivo sobre los presupuestos designados para los procesos de asistencia técnica.

Observaciones y Sugerencias

- La responsabilidad del Ministerio de Salud de prestar asesoría, cooperación y asistir técnicamente a las entidades territoriales para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud, es una competencia que está reglamentada en un amplio marco normativo, mandato que quedó consignado en el Decreto 4107 de 2011, que expresamente señala: *Asistir técnicamente en materia de salud, y promoción social a cargo del Ministerio, a las entidades u organismos descentralizados territorialmente o por servicios.* Función que trasciende a todas las dependencias que desarrollan temas misionales y que

efectivamente cumplen en la práctica, sin embargo, en la revisión de las funciones asignadas a once áreas misionales, específicamente las descritas en los Decretos 4107 de 2011 y 2562 de 2012, se observó que:

- En siete de ellas la función de *Prestar Asistencia Técnica* está definida de manera expresa no solo para la misma Oficina o Dirección sino para los grupos y subdirecciones que las conforman.
 - La Oficina de Calidad y la Dirección de Financiamiento Sectorial, esta función no es explícita, aunque hay funciones que en su contexto implican asistencia técnica.
 - En las funciones de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, no figura la función de asistir técnicamente, excepto para la Subdirección de Pensiones y Otras Prestaciones. No así para las otras dos Subdirecciones que realizan actividades e asistencia técnica.
 - La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, no tiene inscrita esta función, aunque sí se registra para las dos Subdirecciones que la conforman: de Beneficios en Aseguramiento y de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
- En los Planes de Acción de las áreas objeto de la auditoría, siete contemplan la asistencia técnica como un objetivo específico. Las Direcciones de Prestación de Servicios y Atención Primaria, de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas, Desarrollo del Talento Humano en Salud y Oficina de Calidad no puntualizan objetivos con esta precisión, pero en algunos productos, indicadores y actividades se evidencia este alcance. No ocurre lo mismo para la Dirección de Gestión de Talento Humano en Salud puesto que la descripción de sus objetivos, productos, indicadores y actividades, no permite evidenciar de manera concreta cuáles implican el desarrollo de actividades de asistencia técnica.
 - El avance en la ejecución física de las actividades de asistencia técnica de acuerdo con el Plan de Acción, indicaban para cierre de tercer trimestre de 2016, que con excepción de la Oficina de Promoción Social y la Dirección de Promoción y Prevención (que registran un promedio de 58%), las dependencias presentaban un adelanto de 75%. La Oficina de Calidad, el Fondo Nacional de Estupefacientes y la Dirección de Aseguramiento que presentaban cumplimiento de 100%. El avance financiero demostraba un rezago. Únicamente la Dirección de Financiamiento Sectorial registraba el 90%, las demás no superan el 50%. Incluso la Oficina de Calidad y la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas alcanzaban el 28%.
 - Aunque la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, exige concreción en el Plan de Acción a la hora de reseñar las actividades ejecutadas, en algunas dependencias como las Oficinas de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres y Promoción Social, se observan descripciones en sus avances trimestrales, que no demuestran la gestión adelantada en el cumplimiento de la función de asistencia técnica. Así, por ejemplo, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres refiere elaboración de estudios previos, pagos de contratos y cuantificación de visitas técnicas. En tanto que la Oficina de Promoción Social menciona que se realizaron asistencias técnicas presenciales a profesionales, sin que se pueda definir para todos los casos la clase de asistencia técnica, los medios empleados, las zonas favorecidas o los temas objeto de asistencia.
 - Dentro de los avances de gestión, igualmente se observa la inclusión de actividades que no constituyen asistencia técnica: Participación en congresos, foros, *construcción participativa del proyecto de norma buenas prácticas para bancos de sangre* (Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud); *seguimiento de los desplazamientos de los funcionarios de la Dirección y*

se verificó que se hayan realizado los pagos de las comisiones; se realiza el informe para la Oficina Asesora de Planeación del seguimiento financiero y de cumplimiento de actividades del segundo trimestre; la Subdirección Financiera está pendiente de realzar los compromisos con los recursos asignados. (Dirección de Epidemiología y Demografía).

- En el Sistema Integrado de Gestión Institucional, se identificó dentro del proceso de Direccionamiento Estratégico el procedimiento Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que dispone de la Guía de Planificación, Implementación y Evaluación de la Asistencia Técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social, de noviembre de 2016 y el formato Plan Anual de Asistencia Técnica. Sobre dichos documentos se observa:
 - El objetivo del procedimiento señala: **Establecer un mecanismo** para el fortalecimiento y desarrollo de capacidades de los actores del SGSSS mediante la adquisición y transferencia de conocimiento para contribuir al mejoramiento de la gestión técnica, administrativa y financiera de los mismos. No se trata de establecer un mecanismo para el fortalecimiento y desarrollo de capacidades, porque la asistencia técnica es en sí el mecanismo, sino que el objetivo del procedimiento denominado Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS es justamente fortalecer y desarrollar capacidades de los actores del SGSSS mediante la adquisición y transferencia de conocimiento para contribuir al mejoramiento de la gestión técnica, administrativa y financiera de los mismos. Con la sugerencia de incluir dos elementos más: *intercambio y construcción conjunta de conocimiento*. Como señalan las metodologías del Plan Decenal de Salud Pública.
 - El alcance del procedimiento identifica tres momentos: i) **inicia** con el diagnóstico y la identificación de las capacidades existentes en los actores del sistema, ii) **continúa** con la identificación de capacidades a desarrollar o fortalecer mediante la asistencia técnica (*acompañamiento, asesoría y capacitación a los mismos*), y iii) **termina** con la evaluación y difusión de los resultados en términos del desarrollo de capacidades alcanzadas con la ejecución de asistencia técnica.
 - No obstante, la última actividad solo hace referencia a la evaluación más no a la difusión. La Guía de Planificación, Implementación y Evaluación de la Asistencia Técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social, tampoco hace referencia a esta actividad. De igual manera omite qué deben hacer las áreas con los resultados de la evaluación.
 - Según el alcance, el procedimiento inicia *con el diagnóstico y la identificación de las capacidades existentes en los actores del sistema*. No obstante, tanto el procedimiento como la Guía parten del **continúa con la identificación de capacidades a desarrollar o fortalecer mediante la asistencia técnica**. Es decir, se invierte el orden: parte de la priorización a las entidades territoriales con mayores necesidades en AT y luego si se hace el análisis de capacidades existentes. La Guía no da luces sobre cómo se deben identificar las capacidades existentes de los agentes a asistir técnicamente.
 - El formato de plan de asistencia técnica no corresponde de manera integral a lo descrito en la guía: Área temática o estrategia, nombre de la entidad territorial, actores participantes, requerimientos de coordinación, ejecutores, recursos físico, tecnológico y logístico.
 - El objetivo y alcance descritos en la Guía hacen referencia al procedimiento, más al no objetivo y alcance de la Guía.

- En la Guía no se menciona nada acerca de la nota de la actividad 1: **Nota:** *La Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres articulará las actividades de revisión y aprobación correspondientes para los Planes de asistencia técnica, únicamente a nivel territorial.*
- En la Guía no se explica cómo las Direcciones y Oficinas deberán articularse. No se dan orientaciones básicas. Al igual que dentro del procedimiento no se especifica registro que dé cuenta de esta articulación.
- Dentro de los registros de la actividad 4: *Implementar el plan de fortalecimiento de capacidades*, se obvian los registros de Listados de asistencia, actas de reunión y formato de ejecución y seguimiento, citado en la Guía. (página 13). Igual sucede con los informes de gestión de las asistencias técnicas página 13: *Elaboración y socialización de informes de gestión (con datos cuantitativos y cualitativos) para la Dirección u Oficina, Entidades Territoriales, gremios y actores del SGSS; que den cuenta de los resultados de la evaluación de las sesiones en materia del desarrollo de las capacidades en el talento humano, comunidad u organización. Debe dar cuenta de los logros, dificultades y recomendaciones frente al desarrollo de capacidades junto con compromisos resultado de la implementación.*
- En la Guía se describe la asistencia técnica en forma de fases, que no se visualizan en el procedimiento.
- En la actividad 5 se deja como registro, *informes de comisión*, pero en la Guía se dice que: *El seguimiento se soportará en los informes, los cuales permitirán evidenciar el cumplimiento del plan de asistencia técnica. Podrá incluir sesiones presenciales o virtuales, con los actores del SGSSS.*
- En la actividad 6 ni en la Guía, se hace precisión sobre los informes de evaluación de la asistencia técnica. No es claro si las dependencias deben elaborar informes de evaluación por cada actividad, o si deben elaborar solo un informe anual sobre todo el Plan de Asistencia Técnica.
- Dentro del análisis a la forma en que las dependencias identifican necesidades, priorizan, ejecutan y evalúan el proceso de asistencia técnica se encontró que:
 - No se aplican metodologías unificadas para identificar las capacidades existentes en los agentes del SGSSS, sus necesidades en esta materia y la priorización de las mismas. Cada una establece sus propios criterios técnicos para determinar las necesidades en materia de Asistencia Técnica.
 - No cuentan con documentos únicos de diagnóstico y priorización de la Asistencia Técnica. Los resultados de esta gestión reposan en diferentes soportes dependiendo del tema, el programa o la política.
 - El Plan de Asistencia Técnica lo diseñan por Subdirección incluso por temas. Otras no tienen Plan de Asistencia Técnica sino un cronograma de comisiones o desplazamientos mensuales u otros formatos no estandarizados.
 - Los representantes de las dependencias seleccionadas, coincidieron en señalar la dificultad que existía hasta hace dos años, para lograr acuerdos entre ellas sobre la forma en que se debían articular y aunar esfuerzos para llegar a territorio con criterios, conceptos y actividades unificadas. Explican que durante 2015 y 2016, la articulación ha sido relativamente más fácil, aunque aún persisten situaciones que afectan la concertación por diferencias conceptuales, de interpretación o por asuntos operativos o de logística que no permiten que las decisiones fluyan rápidamente.

Efectivamente, se evidenció que entre las Direcciones que ejecutan mayor cantidad de actividades en asistencia técnica (las Direcciones de Promoción y Prevención, Epidemiología y Demografía, Prestación de Servicios y Atención Primaria y las Oficinas de Promoción Social y Gestión Territorial, Emergencias y Desastres) existe mayor nivel de dificultad para concertar procesos de asistencia técnica integrales. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, fue señalada como la que presenta más problema a la hora de hablar de articulación. En tanto, que la Dirección de Financiamiento fue identificada como la más abierta a este tipo de integración.

- Se evidenció que la Oficina de Gestión de Territorial, Emergencias y Desastres ni las demás dependencias, cumplen con la actividad dos del procedimiento *Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud –SGSSS*, que indica que dicha Oficina debe articular *las actividades de revisión y aprobación correspondientes para los Planes de asistencia técnica, únicamente a nivel territorial*.
- El procedimiento de fortalecimiento de capacidades técnicas, exige que las dependencias realicen seguimiento sobre dichas actividades, bajo el entendido que se trata de una *gestión sistemática y continua orientada a verificar y monitorear la ejecución de acciones de asistencia técnica, que permita ir midiendo el grado de avance y logros de los objetivos planteados en materia de las capacidades a desarrollar, construir o fortalecer*.¹ Según la Guía, el seguimiento se debe hacer en términos de recursos usados (físicos, tecnológicos, presupuestales), talento humano, actividades, metodologías y estrategias cumplidas. Aunque es una labor que las dependencias aseguran que cumplen, no se observa una metodología unificada, ni todas cuentan con soportes o informes consolidados que den muestra de esta gestión. La mayoría de ellas disponen de cuadros o matrices en Excel en los que se registran los datos del cumplimiento de las visitas, pero a nivel de datos cuantitativos. Las Direcciones de Promoción y Prevención, Epidemiología y Demografía y, Prestación de Servicios y Atención Primaria, son las dependencias que cuentan con soportes adicionales que evidencian interés por efectuar seguimiento sobre la materia.
- De acuerdo con el procedimiento y la Guía de Asistencia Técnica, las dependencias deben realizar evaluación a la asistencia técnica, orientada *a medir los resultados finales alcanzados en términos de los objetivos propuestos en materia de capacidades desarrolladas y de frente al desempeño de los planes, programas, proyectos y en los resultados en salud*.² Evaluación que deberá *evidenciar que las capacidades a desarrollar fueron efectivamente alcanzadas en las personas, las instituciones o las comunidades, es decir que se cumplieron los objetivos de la Asistencia Técnico planeados*.³ La revisión de los soportes y las entrevistas efectuadas a líderes de dependencias, no permiten advertir que se cumpla con esta disposición. Incluso hubo áreas que señalaron la dificultad para crear el hábito de planear y evaluar y reconocer su importancia.
- A partir de las fuentes disponibles y consultadas por el equipo auditor (plan de acción, proyectos de inversión, programación mensual de comisiones y desplazamientos, planes de asistencia técnica, reportes SIIF, reportes dependencias) no fue posible establecer los costos que a nivel de asistencia técnica genera el Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior considerando que:

¹ Guía de Planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el MSPS. Noviembre de 2016. Versión 01. Página 6.

² Idem. Página 13.

³ Idem. Página 14.

- Sólo se cuantifican datos en cuanto a viáticos y tiquetes. No se consideran otros determinantes como, por ejemplo, personal, metodologías, logística, equipos, materiales y suministros, que ciertamente inciden en el desarrollo de la gestión de la asistencia técnica.
- Los Convenios y contratos administrativos son mecanismos que emplean las Direcciones para desarrollar procesos de asistencia técnica, cuyas cuantías globales debería incluirse en el rubro de asistencia técnica.⁴ A 30 de septiembre de 2016 se encontraban vigentes 21 contratos interadministrativos y 50 convenios. De los 21 contratos, teniendo en cuenta los objetos contractuales, así como el alcance y obligaciones de los mismos, se identificaron nueve que incluyen actividades de asistencia técnica de manera concreta, que suman \$6.500 millones. De los 50 convenios 15 describen de manera concreta compromisos de asistencia técnica a diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, en los que el Ministerio de Salud y Protección Social aporta el 60% de los recursos (\$98.301 millones) y la contrapartida el 40% (\$63.952 millones).
- No es posible identificar, para todas las dependencias, la trazabilidad que debe existir entre Plan de Acción y Proyectos de Inversión, en cuanto a objetivos, productos, indicadores, actividades y actividades. Se presentan casos en los que la descripción de los mismos, no es clara, concreta y explícita. Igualmente se encontraron actividades de asistencia técnica que están en los proyectos de inversión pero que no se visualizan en los planes de acción o viceversa. Actividades que no tienen metas para 2016, pero que no obstante, presentan en sus observaciones avances de gestión o recursos obligados.
- Para algunos casos, la cuantificación de recursos en los proyectos de inversión, orientados a asistencia técnica, teniendo en cuenta solo metas de 2016, son superiores a los registrados en los planes de acción para la misma línea de asistencia técnica. Las dependencias informaron que dichas líneas solo incluyen viáticos y pasajes, dejando por fuera convenios y/o contratos que utilizan para desarrollar procesos de asistencia técnica y que representan cuantías importantes.
- Se identificaron planes de acción en los que las dependencias definen un objetivo en el que aseguran incluyen todas las actividades de asistencia técnica, no obstante, se encontraron otros objetivos que describen actividades adicionales de asistencia técnica y otros en los que señalan actividades como *Gestionar capacitación, socializar*, sin que se pueda identificar si se trata o no de asistencia técnica.
- El Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos, de acuerdo con la Resolución 5405 de 2015, debe mantener actualizada una base de datos de comisiones y desplazamientos, que efectivamente administra. De acuerdo con esta base, los gastos por concepto de viáticos nacionales y tiquetes durante 2016, alcanzaron el valor de \$4.367 millones. No obstante, sobre este valor no es posible identificar qué porcentaje correspondería a asistencia técnica, únicamente por el rubro de viáticos y tiquetes, por cuanto en la base de datos no se registra el objeto de la comisión o desplazamiento.
- En los registros del SIIF - reporte de pagos por concepto de viáticos y desplazamientos - se obvia la descripción del concepto del acto administrativo. El concepto del pago y objeto del compromiso dispuestos en estos reportes, responden exclusivamente al número del acto administrativo que los autoriza y al lugar de destino, por lo que por esta fuente no resulta fácil

⁴ Guía para la Planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social: Actividades de asistencia técnica: Define las acciones y estrategias de intervención en términos de capacitación, asesoría y/o acompañamiento-cooperación técnica precisando su modalidad en tanto presencial, semipresencial o virtual a través de talleres, charlas magistrales, conversatorios. Para las Dependencias que aplique se incluirán las acciones de Asistencia Técnica, realizadas a través de convenios (OMS, OIM, FAO, OPS, entre otros)

estimar una cifra, que, por viáticos, se haya podido gastar para asistencia técnica, solo se cuenta con una cifra global del gasto por viáticos.

- El cotejo realizado entre el reporte SIIF y las resoluciones publicadas en el link de contratación para el cuatrimestre junio-septiembre de 2016, período elegido al azar para rastrear con mayor detalle, evidencia que: i) en el citado link se encuentran resoluciones repetidas. Aparecen recortadas y otras registran inexactitudes en la identificación de la dependencia que solicita la autorización, así como en el sitio de desplazamiento y el tipo de vinculación del funcionario que es facultado. ii) No se encuentra trazabilidad para todos los casos, que identifique la dinámica documental de “aclaración”, “modificación” y “cancelación” de las resoluciones. Así, no aparecen en la base de datos 88 resoluciones que cancelan a otras, 107 que modifican y 5 que aclaran. iii) Habría al menos otras 109 resoluciones –que no cancelan, modifican ni aclaran–, que tampoco aparecen consignadas en el reporte de SIIF al momento de la consulta. Lo cual indicaría un posible subregistro, ello bajo el supuesto de que permanece vigente su “estado”, pues muchas resoluciones son modificadas o canceladas tres o cuatro meses adelante de la fecha de origen de la autorización de una comisión o que son modificadas dos o tres veces en el ciclo de vida del documento, sin que se pueda determinar en qué momento se hacen los reintegros de recursos, si hay lugar a ello.⁵ iv) Al construir la trazabilidad, la base presenta en general, 53 resoluciones con posibles imprecisiones. Existiría, por ejemplo, un monto no estimado de recursos no reintegrados por concepto de menores estadías u omisiones en la contabilización de fondos asignados sin explicación. Finalmente, por cuenta de un posible subregistro no habrían sido contabilizados recursos por valor aproximado de \$33.809.614 correspondientes a 64 resoluciones que, teniendo soporte, no registran en la base del SIIF para el cuatrimestre junio-septiembre.⁶
- Al tratar de clasificar la asistencia técnica de acuerdo con los actos administrativos que autorizan la comisión o desplazamiento, también resultaría incierta, pues su clasificación es discrecional a partir del “objeto” de las comisiones, sin un criterio único sobre las actividades que deberían ser incluidas como tal. Una dificultad asociada no sólo a la redacción del objeto en las resoluciones –en algunos casos muy general, repetitiva o ambigua y sin la debida especificidad–, sino, además, a la misma evolución teórica y conceptual de lo que se considera o no como asistencia técnica y el desconocimiento de las condiciones de modo y calidad en las que se realizó un determinado evento y su resultado.
Es más, algunas registran inexactitudes en la identificación de la dependencia que solicita la autorización, así como en el sitio de desplazamiento y el tipo de vinculación del funcionario que es facultado.
- Posible incumplimiento por parte de las dependencias que generan gastos por viáticos y/o desplazamientos, de la Resolución 5405 del 17 de diciembre de 2015, por la cual se reglamenta el trámite de comisiones de servicio y desplazamientos al interior del país de servidores públicos y contratistas del Ministerio de Salud, en lo referente al envío de la programación mensual de comisiones y desplazamientos con los respectivos soportes, al Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos los 20 de cada mes. Lo anterior de acuerdo con lo informado por la coordinación del citado Grupo.

⁵ Dos resoluciones de mayo (1974 y 1803) que autorizaron viáticos por \$731.995, pagados en junio, siguen en la base de datos pese a que fueron canceladas en julio y septiembre (Resoluciones 3083 y 4138), sin que al parecer figuren reintegros. A su turno la resolución 0635 de febrero es modificada en junio (R 2236), la R 1975, 2197 y 2052 de mayo son modificadas en junio o la 1650 de mayo es modificada en septiembre.

⁶ Dejando claro que es posible, que durante el cuarto trimestre de 2016, se hallan registrado. La base tomada por la auditoría, corresponde a una fotografía sobre una base de datos en continua alimentación o registro.

Otros factores señalados por el Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos, que afectan su gestión, son: i) los permanentes cambios en la programación. ii) el alto número de comisiones y desplazamientos de carácter excepcional, que de acuerdo con los datos históricos que maneja el Grupo, registra el 50%, y, iii) las solicitudes de cancelaciones y modificaciones que hacen las dependencias y sobre las que, además, no siempre informan al Grupo de manera oportuna y de las que, en muchos casos, se tiene conocimiento solo hasta el momento en que deciden presentar las respectivas legalizaciones.

SUGERENCIAS

- ♦ Incluir en los Planes de Acción, de todas las dependencias responsables, un objetivo específico de asistencia técnica, con definición concreta de productos, actividades, indicadores, metas y presupuestos, en los que se observe su trazabilidad con los proyectos de inversión que financian su implementación.
- ♦ Mejorar la formulación de indicadores. Indicadores como actividades, entidades territoriales, lineamientos, monitoreos, estrategias, asistencia técnica o proyecto de resolución, no cumplen con los parámetros de un indicador.
- ♦ En la columna observaciones, dispuesta en el Plan de Acción para que las dependencias describan el avance de gestión trimestral, es importante que las áreas reseñen las actividades que específicamente se realizan durante cada trimestre, bajo la concreción exigida por la Oficina Asesora de Planeación, pero sin sacrificar la calidad de la información.
- ♦ Tener en cuenta lo establecido en la Guía de Planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social y demás metodologías existentes en el Ministerio, que definen qué actividades comprenden asistencia técnica y cuáles no. Se sugiere acentuar con mayor precisión, qué actividades deben estar comprendidas como asistencia técnica, a partir no sólo de la producción académica que identifica sus variaciones teóricas, sino además desde su práctica y ejecución en campo propiamente dicho, de tal suerte que se tenga claridad sobre las actividades o productos que pueden ser considerados como tales.
- ♦ De acuerdo con lo identificado en la observación número seis, se sugiere revisar en el Sistema Integrado de Gestión Institucional, el procedimiento *Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS* y la Guía que lo acompaña y efectuar los ajustes pertinentes. Para el efecto se sugiere, además, revisar las metodologías que desde las diferentes dependencias se han elaborado para cumplir con la gestión de asistir técnicamente a los agentes del Sistema de Salud, compartir experiencias y unificar la documentación respectiva para la priorización, planeación, ejecución, seguimiento, evaluación, difusión de resultados y acciones de mejora.
- ♦ En tanto se cumple con el proceso de actualización, ajuste y unificación de metodologías, es importante que las dependencias cumplan con el procedimiento *Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS* que a la fecha está disponible en el Sistema Integrado de Gestión. Es decir, las actividades establecidas en el mismo se deben realizar y evidenciar con los respectivos soportes su cumplimiento.

A partir del análisis de los “objetos” que justifican la solicitud de los viáticos en los actos administrativos respectivos, en su posible desagregación para la asistencia técnica, no parecería existir la configuración de una gestión sistemática y metodológica en esta materia,

que dé cuenta de la continuidad y programación de estrategias, programas o actividades de intervención, planeadas bajo cronogramas, fases o etapas etc. Se percibe una dinámica importante en muchos frentes, pero que requeriría estructurarse bajo una metodología apropiada de formulación, ejecución, seguimiento y evaluación, toda vez que la asistencia técnica obra, como se indicó, como una medida de las mejoras producidas en la capacidad del capital humano en salud, con beneficios sobre la ejecución de la política pública sectorial y la calidad de la prestación del servicio público de salud.

- ♦ Justamente, considerando esta dinámica, es importante que la estructuración y unificación de las metodologías y la articulación de las dependencias que tienen bajo su responsabilidad la ejecución de actividades de asistencia técnica, se haga atendiendo las exigencias de la Política Integral de Salud – PAIS – y al Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS y su correspondiente marco normativo, que además de dar directrices y lineamientos que introducen reformas sustanciales al sistema, exige poner a disposición de los integrantes del SGSSS un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) para desarrollar los diez componentes que conforman el Modelo, que deben quedar perfectamente socializadas, entendidas e interiorizadas por todos los agentes del SGSSS y especialmente por los entes territoriales, para que bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud y modelos diferenciados por zonas geográficas, diseñen sus Planes Territoriales de Salud y Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. El éxito de este empoderamiento dependerá en gran medida, de la forma en que se priorice, planee, ejecute y evalúe la asistencia técnica, de tal forma que se haga como un proceso ordenado y unificado y no como esfuerzos individuales y desarticulados, teniendo en cuenta que el mismo modelo indica que: *Las direcciones del MSPS se encargarán de la asistencia técnica de acuerdo con sus funciones. Para cada departamento se elaborará un programa de asistencia técnica que permita la intervención coordinada en los departamentos.*⁷
- ♦ Establecer la diferencia que debe existir entre informes de seguimiento e informes de evaluación, cuyos contenidos deben ser estandarizados y acordes con lo definido en el procedimiento y la Guía respectiva. De igual modo es importante diferenciar el informe de asistencia técnica del informe de legalización de comisiones.
- ♦ Definir el alcance y la metodología de la nota contenida en la actividad 2 del procedimiento *Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud –SGSSS*, que señala que *La Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres articulará las actividades de revisión y aprobación correspondientes para los Planes de asistencia técnica, únicamente a nivel territorial.*
- ♦ Fortalecer el tema de la articulación entre las dependencias, para optimizar los resultados de la asistencia técnica a nivel territorial, instancia que también se muestra resistente a las visitas cuando se siente saturada por la cantidad y variedad de visitas.

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016. Página 93.

Idem. Página 13: *Al Ministerio de Salud esto le implica desarrollar la capacidad para dar asistencia técnica específica a los requerimientos de modelos diferenciales de atención.*

Idem. Página 47: *La responsabilidad reguladora central del MSPS, en cuanto a la atención en salud, es: 1. La actualización permanente de las RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica. 2. La asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo. 3. La evaluación de los resultados obtenidos lo cual debe afectar los esquemas de incentivos, la propia habilitación de las EAPB y las redes integrales de servicios de salud. Las entidades territoriales, las EAPB y las redes de prestación deben concurrir en la ejecución del modelo, cada una dentro de sus funciones, pero mediante una acción integral y armonizada a partir del comportamiento epidemiológico del territorio y la caracterización de la población de cada EAPB en el respectivo territorio.*

- ✦ Teniendo en cuenta lo descrito en la observación número ocho (8), optimizar la herramienta que administra el Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos para llevar el control de los mismos, diferenciando aquellos que se circunscriben estrictamente a actividades de asistencia técnica, teniendo en cuenta las diferentes fuentes de financiación y sus modalidades de ejecución (personal de planta, contrato, convenio, entre otros).
- ✦ Bajo la premisa de que el SIIF es la fuente de información oficial en materia financiera de las entidades del estado, urge revisar los reportes de pagos por concepto de viáticos, comisiones y desplazamientos, con el fin de depurar y actualizar los registros, acorde con el proceso de trazabilidad del ciclo de vida de los documentos –origen, modificación, cancelación y aclaración–, de tal forma que permita identificar con precisión el gasto asociado al rubro de viáticos y su dinámica, variable desde la cual es posible advertir la gestión del Ministerio en materia de asistencia técnica.
- ✦ Verificar la documentación disponible en el link de [Link http://minps21-temp-co:82/Contratos/default.aspx](http://minps21-temp-co:82/Contratos/default.aspx) - comisiones, y disponer todas las resoluciones que autorizan comisiones, desplazamientos y viáticos, así como aquellas que garantizan la trazabilidad del proceso en cuanto a modificaciones, aclaraciones y cancelaciones.
- ✦ Es importante que los actos administrativos que autorizan comisiones, desplazamientos y viáticos, dejen de manera explícita y concreta en su objeto, si se trata de actividades de asistencia técnica, inclusive se podría pensar en la estandarización de un formato especial para este tipo de resoluciones.
- ✦ Con el propósito de evitar reprocesos y obviar las consecuencias por inoportunidad en la gestión del trámite de viáticos, comisiones y desplazamientos; incumplimiento de actividades de asistencia técnica, aplazamientos o sanciones aéreas, es preciso que las dependencias cumplan con lo reglamentado en la Resolución 5405 del 17 de diciembre de 2015, en lo relacionado con el envío de la programación mensual de comisiones y desplazamientos con los respectivos soportes, al Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos los 20 de cada mes.
- ✦ Igualmente es importante que se tomen las medidas respectivas para evitar los cambios permanentes en la citada programación mensual; las comisiones y desplazamientos de carácter excepcional y las solicitudes de cancelaciones y modificaciones, condiciones que afectan la debida planeación de las actividades de asistencia técnica e informar oportunamente al Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos sobre dichos cambios.
- ✦ Fortalecer los mecanismos dispuestos por parte del Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos para garantizar que los servidores públicos cumplan con los términos definidos para la legalización de los viáticos y gastos de viaje.⁸ Así mismo, revisar el procedimiento que se sigue para solicitar, autorizar, reintegrar, si es del caso, y registrar en el SIIF, la trazabilidad oportuna que debe existir en la dinámica de “aclaración”, “modificación” y “cancelación” de comisiones, desplazamientos y viáticos, para obviar aquellos casos en los que las resoluciones son modificadas o canceladas tres o cuatro meses adelante de la fecha de origen de la autorización de una comisión con las consecuencias respectivas.

⁸ Resolución 2676 de julio de 2014. Capítulo VII.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI

La evaluación del Sistema de Control Interno a partir de la encuesta realizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública sobre la vigencia 2015, cuyos resultados fueron conocidos en mayo de 2016, demostraron que el Sector de la Protección Social en su conjunto, alcanzó un indicador de madurez del MECI de 77.28%, un mejoramiento mínimo con respecto al año anterior.

CONCEPTO	EVALUACIÓN SOBRE 2014	EVALUACIÓN SOBRE 2015
ENTORNO DE CONTROL	4,09	3,66
INFORMACION Y COMUNICACION	4,08	4,28
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4,09	4,14
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	3,99	4,12
SEGUIMIENTO	4,12	4,26
INDICADOR DE MADUREZ MECI	76,84	77,28

Se observa un ligero crecimiento en todos los componentes con excepción del entorno de control que descendió en 1.43. Componente que mide entre otros: conformación de un equipo MECI, Código de Ética, funciones de la entidad, elementos del programa de talento humano, compromiso de la alta dirección y acuerdos de gestión.

Al interior del sector de Salud y Protección Social, el comparativo entre los resultados a la evaluación de las vigencias 2014 y 2015, indican que para esta última, el Ministerio pasó del puesto noveno al quinto, con un indicador de madurez de 80.35.

CONCEPTO	EVALUACIÓN SOBRE 2014	EVALUACIÓN SOBRE 2015
ENTORNO DE CONTROL	3,21	4,26
INFORMACION Y COMUNICACION	4,72	4,86
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	3,27	3,6
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	3,18	4,17
SEGUIMIENTO	3,91	4,18
INDICADOR DE MADUREZ MECI	66,45	80,35

Se observa un mejoramiento importante para todos los componentes, especialmente para entorno de control, administración de riesgos y seguimiento.

Para la evaluación sobre la vigencia 2016, que la Oficina de Control Interno debe entregar antes del 28 de febrero de 2017, se espera que el indicador de madurez del MEC,I presente una tendencia hacia la alza, considerando que los retos que se tenían identificados, mostraron un desarrollo significativo en 2016, que por módulos se representan así:

MODULO/EJE	COMPONENTE	PRINCIPALES RETOS PARA 2016	AVANCES
PLANEACIÓN Y GESTIÓN	Desarrollo de Talento Humano	Fortalecer la planeación, programación, implementación y evaluación de todos los elementos que conforman el componente	Los seguimientos efectuados por la OCI a este componente, permitieron evidenciar avances en la adopción de mecanismos para mejorar los procesos que se deben surtir dentro de la gestión del talento humano. Especialmente la socialización e interiorización del Código de Ética, los programas de inducción y reinducción, teletrabajo, convenio de educación con el ICETEX y en general el valor agregado que la alta dirección le ha dado a este componente a través de la Política Entorno Laboral Saludable, que además le ha valido un reconocimiento por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública.
	Direccionamiento Estratégico	Consolidar la formulación de los Planes Estratégico Sectorial e Institucional	Planes alineados con el Plan Nacional de Desarrollo y las Políticas de Desarrollo Administrativo
		Mayor articulación sectorial	Fortalecimiento del proceso de planeación del sector y del MSPS
		Fortalecimiento en la formación, seguimiento y análisis de indicadores	Además de los indicadores sectoriales SINERGIA, los procesos del Ministerio han formulado sus respectivos indicadores de gestión, los cuales pueden ser consultados a través de la intranet institucional. Igualmente los diferentes proyectos, programas y planes cuentan con sus propios indicadores.
		Concluir la documentación del Sistema de Gestión de Calidad	Además de concluir con la documentación del SGC, se desarrolló una reingeniería al mismo, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, que permitió que hoy sea un sistema más dinámico, menos complejo y más acorde a las realidades de la entidad. Esfuerzo que se vio reflejado en la certificación en sistemas de gestión de Calidad NTCGP1000 que recibió el Ministerio en el mes de diciembre.
	Modelo de operación por procesos y no por dependencias	Uno de los logros de la revisión del SGC, fue justamente la nueva formulación del Mapa de Procesos de la entidad, en el que se evidencia mayor articulación y enfoque sistémico.	
Administración del Riesgo	Formulación de la totalidad de los mapas de riesgos	A la fecha todos los procesos cuentan con sus respectivos mapas de riesgos de gestión y de corrupción.	
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Auditoría Interna	Planear, programar y ejecutar programa de auditorías internas de calidad	Durante el mes de agosto se planearon, programaron y ejecutaron las auditorías internas de calidad.
	Planes de Mejoramiento	Cumplimiento acciones Plan de Mejoramiento CGR	A diciembre 31 de 2016, el Plan cerró con 214 acciones, de las cuales 165 estaban cumplidas; 45 en ejecución y sólo 4 se registraban como no cumplidas.
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Información y comunicación interna y externa	Unificar criterios sobre participación ciudadana y rendición de cuentas.	La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, asumió el liderazgo de la organización del tema a nivel interno. Se cuenta con una estrategia cuyos lineamientos se encuentran en ajustes finales.
		Implementación de los criterios de la Ley de Transparencia	Hoy el Ministerio cumple con todos los criterios exigidos por la Ley de Transparencia y sus Decretos reglamentarios.