	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

Acta N° 3		Fecha: 15 de julio de 2022	
Objetivo: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno			
Nombre de la Dependencia, Proceso o Entidad que organiza la reunión: Oficina de Control Interno			
Lugar: Sala de Juntas – Piso 18 – ADRES y conexión TEAMS			
Líder de la reunión: Jefe de Control Interno – Secretario Técnico Comité			
Hora Programada: De: 11:00 am a 12:30 m		Hora de Inicio: 11:00 am	Hora de Terminación: 12:30 m

No	Nombre	Cargo	Dependencia o entidad	Asiste		Tipo de Participante
				SI	NO	
1	Jorge Gutierrez Sampedro	Director General	Dirección General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voz con voto
2	Alvaro Rojas Fuentes	Director	Dirección de Liquidación y Garantías	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voz con voto
3	Luisa Fernanda Gonzalez	Jefe de Oficina	Oficina Asesora de Planeación y Control del Riegos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voz con voto
4	Andrea Consuelo López	Directora	Dirección Administrativa y Financiera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voz con voto
5	Juan Carlos Mendoza	Director	Dirección de tecnologías de la Información y las Comunicaciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	voz con voto
6	Carmen Rocio Rangel Quintero	Directora	Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
7	Luis Miguel Rodriguez	Jefe de Oficina	Oficina Asesora Jurídica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
8	Mauricio Ramirez Espitia (*)	Director	Dirección de Otras Prestaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
9	Diego Hernando Santacruz	Jefe de Oficina	Oficina de Control Interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voz sin voto
10	Luz Stella Hernandez Ruiz	Subdirectora	Subdirección de Garantías	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
11	Ligia Andrea Flórez	Gestor de Operaciones	Oficina de Control Interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
12	Orlando Sabogal Sierra (*)	Gestor de Operaciones	Oficina de Control Interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
13	Cesar Sopo (*)	Asesor	Oficina de Control Interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
14	Carlos Alberto Nova Mendoza (*)	Contratista	Oficina de Control Interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente
15	Diego Fernando Guerra Bolaños (*)	Contratista	Oficina de Control Interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistente

(*) Asistentes virtuales a través de Plataforma TEAMS

ORDEN DEL DÍA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación quorum – Resolución 837 de 2021 y Resolución 459 de 2018 2. Avance Plan Anual de Auditorías 2022 3. Estado Planes de Mejoramiento Internos 4. Resultados de la medición del Modelo Estándar de Control Interno – MECI 5. Resultados PAAC - Sistema de Control Interno - Componentes Evaluación de Riesgos – MECI Lineamientos 6. Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

7. Seguimiento Planes de Mejoramiento SNS
8. Aprobación Estatuto de Auditoría y Código de Ética
9. Actualización Política de Riesgo Institucional – OAPCR

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

DESARROLLO DE LOS TEMAS:

1. Verificación quorum – Resolución 837 de 2021 y Resolución 459 de 2018.

Se inicia la sesión, verificando la asistencia de los integrantes que conforman el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, así: Director General de la ADRES, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Control de Riesgos, Directora Administrativa y Financiera y Director de Liquidaciones y Garantías. Así mismo, se informa que el Director de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones se excusa para no asistir por encontrarse atendiendo temas personales y habiendo informado esto previamente al Director General y al Jefe de la Oficina de Control Interno como Secretario Técnico del Comité, contando entonces la sesión con la presencia de 4 miembros de 5 posibles. Así mismo, se encuentra el Jefe de la Oficina de Control Interno quien participa con voz, pero sin voto, la Directora de Gestión de Recursos Financieros de Salud, el Director de Otras Prestaciones, el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, la Subdirectora de Garantías, y otros funcionarios de la ADRES.

2. Plan Anual de Auditorías 2022

El Jefe de la Oficina de Control Interno procede a presentar los avances de ejecución al corte 30 de junio del Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2022, aprobado en esta misma instancia el pasado 8 de febrero, así:

	ACTIVIDADES PLAN ANUAL AUDITORIAS	EJECUTADAS	% AVANCE
Informes, reportes, validaciones	Informes por Requerimiento Legal Externos – IRLE (Reportes – Informes - Validaciones)	42	68.9%
	Informes por Requerimiento Legal Internos – IRLI (Reportes – Informes - Validaciones)	17	44.1%
	Auditorías Internas de Gestión – AIG (Informes)	1	50.0%
	Evaluaciones y Seguimientos de CI – SECI (Informes)	14	44.0%
	Auditorías al Sistema Integrado de Gestión – ASIG (Informes)	0	0%
	Otros Roles de la OCI (Boletines – Comités – Capacitaciones)	6	46.7%
	Total Actividades Ejecutadas		42.29%

Teniendo en cuenta que el plan de auditorías de la Oficina de Control Interno al 30 de junio tiene un avance del 42.29%, el jefe de la Oficina informa que respecto a su ejecución el mismo va bien y que se espera al finalizar la vigencia tener un cumplimiento muy cercano al ciento por ciento. Así mismo, reporta que, hasta ahora, ninguna evaluación ha sido pospuesta, ni ha sido eliminada.

3. Estado Planes de Mejoramiento Internos

Indica el jefe de Control interno que los planes de mejoramiento que se presentan en este apartado, corresponden a aquellos que se formularon y trabajaron con las áreas producto de las evaluaciones que se hacen en las diferentes dependencias, indicando, además, que a la fecha 26 planes se encuentran cerrados ya que en Eureka cuentan con los soportes, evidencias e informes respecto a la ejecución de las acciones, los cuales han sido enviadas a cada director o responsable del proceso, así:

PROCESO	DESCRIPCION DEL PLAN	Acciones de Mejora	Actividades	Cumplida en Términos	Cumplida Fuera de Términos	ESTADO
Direccionamiento Estratégico	Implementación CE06 de 2018	2	7	6	1	CERRADO
Gestión Documental	Programa de Gestión Documental	2	6	1	5	CERRADO
	Procedimiento de Mensajería Interna	6	6	1	5	CERRADO
Gestión Talento Humano	Implementación CE06 de 2018	1	6	6		CERRADO
Gestión Financiera de Recursos	Informe presupuesto UGG 2020	1	2	1	1	CERRADO
	Informe EEFF UGG 2020	2	5	2	3	CERRADO
	Procedimiento de validación y registro (Restitución de recursos)	1	3		3	CERRADO
	Informe ppto UGG 2020	1	5	5		CERRADO
Gestión Jurídica	Sentencias y Conciliaciones judiciales 2020	12	12	10	2	CERRADO
	Ekogui - 2020 - IRLE 10	4	4	4		CERRADO
	Ekogui - 2021 -IRLE 3	2	4	3	1	CERRADO
	Reclamaciones Administrativas - SECI 17	3	3	1	2	CERRADO
Gestión Servicio al Ciudadano	Seguimiento PQRSD 2020	2	7	6	1	CERRADO
	Seguimiento PQRSD 2021	1	4	4		CERRADO
Gestión y Pago de Recursos	Pago a reconocimientos de tecnologías no UPC	5	12	7	5	CERRADO
	Validación y registro proceso recobros	1	3		3	CERRADO
	P.M. Reformulado y unificado URA DIC 2020	1	3	1	2	CERRADO
Operación y Soporte a las Tecnologías de Información y las Comunicaciones	Procedimiento Gestión Requerimientos	1	4	2	2	CERRADO
Validación, liquidación y Reconocimiento	Seguimiento y Evaluación DATA TOOLS.SA	1	5	1	4	CERRADO
Sistema Integrado de Gestión	Auditoría al SG-SST 2020	5	5	5		CERRADO
Gestión de Contratación	Seguimiento DATA TOOLS 2020	1	1	1		CERRADO
	Implementación CE06 de 2018	1	3	3		CERRADO
	Informes TVEC	2	3	3		CERRADO
	Evaluación muestra de contratos 2019 - SEC I 6	6	6	6		CERRADO
	Evaluación muestra de contratos 2020	2	3	3		CERRADO
	Evaluación muestra de contratos 2021 - SECI 3	8	14	11	3	CERRADO

Adicionalmente presenta 20 planes de mejoramiento en ejecución, así:

PROCESO	DESCRIPCION DEL PLAN	Acciones de Mejora	Actividades	Cumplida en Términos	Cumplida Fuera de Términos	En Desarrollo	Incumplida	ESTADO
Direccionamiento Estratégico	Seguimiento Mapa de Corrupción - IRLE11 -2021	1	10	7	1	2		A BIERTO
Gestión Talento Humano	Generación y Liquidación de Nómina - ANP No.1 - 2021	4	4	1	1	2		A BIERTO
	Evaluación Estados Financieros	2	8	6		2		A BIERTO
Gestión Financiera de Recursos	Ingreso Personal de Renta	5	7	3	2	2		A BIERTO
	Informe EEFF UGG 2021	2	8	6	2			CERRADO 14 de julio
	Informe EEFF UGG 2021 - Octubre SECI 19	3	9		6	3		A BIERTO Pendiente de cierre en EUREKA OAP-DAF
	Seguimiento Clinica el Bosque - SECI No.16 2021	1	4			4		A BIERTO
Gestión Jurídica	Cobro Coactivo	2	3		2	1		A BIERTO
	Ekogui - 2021 - IRLE 9 II semestre	3	4		3	1		A BIERTO
	Ekogui - 2022 - IRLE 9	4	4		4			CERRADO 14 de julio
Gestión y Pago de Recursos	PQRS - Tutelas 2022	2	4			4		A BIERTO
	Informe EEFF URA DIC 2020 - SECI 12	5	34	33		1		A BIERTO
Operación y Soporte a las Tecnologías de Información y las Comunicaciones	Control de Accesos 2022	3	7			7		A BIERTO
	Contratos DGTC 2021	7	8	5	2	1		A BIERTO
Validación, liquidación y Reconocimiento	Gestión Integral Régimen Especial o Excepción	1	6	2		4		A BIERTO
	Reconocimiento Pruebas COVID 19	1	4	2		2		A BIERTO
Sistema Integrado de Gestión	Auditoría al SG-SST 2021	1	1			1		A BIERTO
	MSFI 2021	13	44	8		36		A BIERTO
Gestión de Contratación	Seguimiento Clinica el Bosque - SECI No.16 2021	3	9			9		A BIERTO
Grupo Gestión Asuntos Disciplinarios	Evaluación Asuntos Disciplinarios - 2022	4	8			8		A BIERTO
Verificaciones al reconocimiento de recursos del Sistema de Salud	Reintegro de Recursos Apropiados o Reconocidos Sin Justa Causa (acciones)	4	14			14		A BIERTO
Gestión de Contratación								A BIERTO
TOTALES		71	200	73	23	104	0	
				36,50%	11,50%	52,00%	0,00%	

20 PM - EN EJECUCION

Avance de Cumplimiento **48,00%**

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
	FORMATO	Acta de Reunión	Versión:	02
			Fecha:	12/08/2019

Al respecto, señala el Jefe de la Oficina de Control Interno que a partir de su análisis independiente, se refleja en los resultados un avance importante, en razón a que en el último comité que se realizó en diciembre del 2021, la Entidad tenía un incumplimiento del 22% con 27 actividades y hoy no tenemos ninguna actividad incumplida, por lo que se infiere que los procesos han estado atentos a reportar avances y la OCI ha estado al tanto para que se suban los soportes a Eureka y poder verificarlos cuando corresponde.

4. Resultados de la medición del Modelo Estándar de Control Interno – MECI

Respecto a la medición del Modelo Estándar de Control Interno – MECI que se hace a través de la herramienta FURAG de la Función Pública cada año, se puede evidenciar que hemos venido avanzando como entidad ya que pasamos en el 2019, de un avance del 69,5%, en nuestra primera medición, a un 76,5% en el 2020 y en la última medición estamos en el 81,8%, así:




Recomendaciones 2021 Implementadas

- ✓ Evaluación Proceso de Comunicación.
- ✓ Auditoría Accesibilidad Web - NTC 5854.
- ✓ Auditoría NTC 6047 – Infraestructura.
- ✓ Evaluación mecanismos de información interna y externa.

Desde la Oficina de Control Interno se hace un llamado a continuar con el avance respecto a lo que se requiere implementar y cumplir, respecto de las recomendaciones para fortalecer el SCI y seguir las siguientes recomendaciones, así:

Desde el Sistema de Control Interno efectuar verificación:

- Establecer una metodología que permita documentar y formalizar el esquema de las líneas de defensa, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
- Monitorear y evaluar la exposición al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente
- Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
- Implementar una estrategia de divulgación y comunicación de los proyectos TI para mejorar el uso y apropiación de las tecnologías de la información (TI) en la entidad.
- Hacer seguimiento al uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad a través de los indicadores definidos para tal fin.
- Ejecutar acciones de mejora a partir de los resultados de los indicadores de uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad.
- Promover que la Alta Dirección participe en las actividades de socialización del código de integridad y principios del servicio público.

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

5. Resultados PAAC - Sistema de Control Interno - Componentes Evaluación de Riesgos – MECI Lineamientos

El jefe de la Oficina de Control Interno presenta este apartado, dividido por componentes, así:

Plan Anticorrupción y de Atención Ciudadana- Corte 30 de Abril de 2022

Al respecto se señala que, el avance de cumplimiento de las actividades programadas y aprobadas por el Comité de Coordinación de Gestión y Desempeño del primer cuatrimestre vigencia 2022, es del 74.15%:

- Actividades cumplidas en términos: 3
- Actividad cumplida fuera de términos: 1
- Actividades cumplidas parcialmente: 5
- Actividad incumplida: 1
- Actividades con avances: 3
- Actividades canceladas y aprobadas Comité (CCGD): 2

El avance de cumplimiento acumulado de actividades programadas en el PAAC de la vigencia 2022 es del 9.41%.

Así mismo se señala, que la OCI evidenció que la Oficina Asesora de Planeación y Control de Riesgos como segunda línea de defensa realizó un adecuado seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención Ciudadano con soporte de evidencias, que facilitó la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.

A continuación, se presenta el desagregado por componentes con actividades ejecutadas o en ejecución, así:


COMPONENTES	#	#
	Actividades programadas e incumplidas Periodo evaluado	Actividades cumplidas Parcialmente Periodo evaluado
	C	D
COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO		2 Actividad 2.2 (70%) Actividad 5.3 (60%)
COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	1 Actividad 3.7 (0%)	2 Actividad 1.2 (60%) Actividad 3.9 (60%)
COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES		1 Actividad 2.8 (60%)
Total de Actividades	1	5

Las actividades sobre las que se debe avanzar, están relacionados en los componentes 4, 5 y 6, se señalan principalmente las siguientes:

Actividad 2.2 (70%): Realizar capacitaciones del nuevo módulo de PRSD de ORFEO a los funcionarios y contratistas de la Adres que gestionen peticiones. Atención Ciudadano.

Actividad 5.3 (60%): Definir y formalizar procedimiento para gestionar PQRSD que se reciben a través de redes sociales

Actividad 3.7 (0%): Revisar y actualizar de política de comunicación y sus procedimientos para ajustar los lineamientos de difusión y socialización de la información de interés interno.

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

Actividad 1.2 (60%): Definir los lineamientos y nuevas herramientas tecnológicas para la difusión y socialización de la información de interés para la comunidad ADRES.

Actividad 3.9 (60%): Estructurar protocolo de gestión de los videos que se difunden al interior de la entidad en formato tipo - youtuber-

Actividad 2.8 (60%): Realizar una cartilla con información relevante del Código disciplinario para socialización con funcionarios y contratistas de la ADRES.

Se alerta a todos los responsables, que la mayoría de las actividades están para ejecutarse en el segundo semestre de 2022, por lo que se recomienda monitorear su cumplimiento.


Lineamiento 6 - Componente MECI

Respecto del criterio: **Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados**, de acuerdo con la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno, se evidencia que se cumple con los siguientes lineamientos:

- Se identificó que la entidad cuenta con mecanismos de Planeación Institucional para la Elaboración del Plan Estratégico Institucional y su vinculación con los Objetivos Estratégicos y su vez con los objetivos Operacionales para las vigencias de 2020-2023. Plan que fue aprobado por la Junta Directiva.
- Se tienen identificados los objetivos de los procesos, los cuales se encuentran documentados en cada una de las caracterizaciones.
- Se identificó indicadores específicos de medición con fechas para su cumplimiento y seguimiento trimestral en primera y segunda línea de defensa, siendo consistentes y apropiados para la Entidad.
- Los líderes de proceso y sus equipos de trabajo reportan trimestralmente el seguimiento en la herramienta dispuesta por la OAPCR.
- La OAPCR realiza seguimiento y monitoreo de cumplimiento. Genera trimestralmente informes ejecutivos de aseguramiento, los cuales son enviados a los líderes de cada proceso.

Avance PEI 2020-2023 - Evaluación OCI – Corte 30 de mayo 2022

PERSPECTIVA	OBJETIVOS	INICIATIVA	% Avance Iniciativa	% Avance Objetivos	% Avance Perspectivas	% Avance PEI
1.PERSPECTIVA DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	DO1: Redefinición mapa de procesos y arquitectura institucional.	IN11.Fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional (SIGI)	67,41%	89,14%	82,57%	
		IN12. Modelo de Operación por Procesos ajustado a partir del diagnóstico del entorno y SIGI	100%			
		IN13. Rediseño Organizacional de la ADRES	100%			
	DO2. Gestión del Conocimiento.	IN11. Implementación del Modelo de Gestión y Operación del Conocimiento	76,19%	75,30%		
		IN12. Mejorar el relacionamiento e intercambio de información con los grupos de interés	64,71%			
		IN13. Fortalecer Gobierno, Gestión de datos y seguridad.	85,00%			
DO3. Tecnologías de la información.	IN11.Fortalecer los sistemas de información que soportan los procesos de la ADRES.	70,98%	83,27%			
	IN12.Fortalecer la capacidad operativa de la Gestión de TIC.	95,56%				
2.PERSPECTIVA DE GESTIÓN MISION	GM1: Gestión del riesgo.	IN11.Diseño, revisión, ajuste y optimización de los controles de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de los recursos de la salud.	87,88%	81,26%	81,37%	76,12%
		IN12.Defensa Jurídica.	82,63%			
		IN13.Fortalecer la Política de inversión de la URA.	73,26%			
	GM2: Modelo único para recaudo, reconocimiento, liquidación y pago.	IN11.Optimización de la operación de los procesos de recaudo, liquidación, reconocimiento y pago de los recursos de salud.	70,44%	70,44%		
	GM3. Analítica de Datos	IN11.Plan de Incidencia en Política Pública.	71,86%	71,86%		
	GM4. Punto Final	IN11. Implementación del Acuerdo de Punto Final	100%	100%		
GM5. Implementación de Presupuestos Máximos	IN11.Implementar y hacer seguimiento a la estrategia de presupuestos máximos.	83,28%	83,28%			
3. PERSPECTIVA DE RECURSOS	RO1: Mejorar la eficiencia y el seguimiento al gasto institucional.	IN11. Modelo para la asignación y seguimiento de recursos.	70,33%	70,33%	70,33%	
4.PERSPECTIVA GRUPOS DE VALOR	G11.Con el desarrollo de las perspectivas anteriores, se espera cumplir con el objetivo.	IN11. Obtener el reconocimiento de los beneficiarios directos y actores institucionales por la transparencia y eficiencia de su gestión.	70,21%	70,21%	70,21%	

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

De acuerdo con lo señalado por el jefe de control interno, en la evaluación se identificó que se cumple con los siguientes lineamientos, se identificó que la entidad cuenta con mecanismos de planeación institucional para la elaboración del plan estratégico y su relación con los objetivos estratégicos, que se tienen identificados los objetivos de los procesos, los cuales se encuentran documentados con cada una de las caracterizaciones, se identificaron además indicadores específicos de medición con fechas para su cumplimiento trimestral en primera y segunda línea de defensa.

Adicionalmente, los líderes del proceso y su equipo de trabajo reportan trimestralmente el seguimiento en la herramienta dispuesta por la Oficina de Planeación para realizar seguimiento y monitoreo del cumplimiento general, y trimestralmente se presentan los informes ejecutivos y se llevan al Comité de Gestión y Desempeño.

Avance Plan de Acción 2022 - Evaluación OCI – Corte 30 de mayo 2022

Respecto al Avance en esta materia, se presenta lo siguiente:

PLANES - Decreto 612 de 2018	Peso Plan	Peso OCI (Evidencia)	% Cumplimiento
1.Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR	700	50	7,1%
2.Plan Anual de Adquisiciones	2546	223	8,8%
3.Plan Anual de Vacantes	N/D		
4.Plan de Previsión de Recursos Humanos	N/D		
5.Plan Estratégico de Talento Humano	600	25	4,2%
6.Plan Institucional de Capacitación	310	65	21,0%
7.Plan de Incentivos Institucionales	100	25	25,0%
8.Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	100	25	25,0%
9.Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	1890	155	13,2%
10.Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI	800	10	19,4%
11.Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	100	250	10,0%
12.Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	100	10	10,0%
13.Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA	150	20	13,3%
14.1Plan de Acción	4654	1530	32,9%
	12050	2388	19,8%

Fuente: Cálculos de avance de la Oficina de Control Interno, según evidencias presentadas en la revisión a los planes de acción.


Corte: 31 de mayo de 2022

% AVANCE OAP:21,2% - 3 ACTIVIDADES PARCIALMENTE CUMPLIDAS

Teniendo en cuenta que la mayoría de las actividades están programadas para el segundo semestre del 2022, se recomienda a los procesos revisar sus actividades a cargo para dar cumplimiento antes de su vencimiento.

Lineamiento 7- Componente MECI

Respecto del criterio: “**Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos)**”, de acuerdo con la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno, se evidencia que se cumple con los siguientes lineamientos:

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

- Se identificó la construcción de mapas de riesgos (Fichas Técnicas).
- Las fichas cuentan con los factores de evaluación internos y externos, del proceso y activos de seguridad de la información, utilizando como herramienta de análisis la matriz DOFA.
- Se identificó que la OAPCR lideró la definición del Contexto Estratégico a través de reuniones con líderes del proceso.
- La Política de Administración de Riesgos presentada cumple los requisitos establecidos en la Guía de Administración de Riesgos-DAFP.
- La OAPCR como segunda línea de defensa, genera Informe de gestión de Riesgos

Materialización de riesgos reportadas por los procesos:


Indica el Jefe de Control Interno, que frente a los riesgos que se señala a continuación se presentó materialización del riesgo, de acuerdo con el reporte efectuado por los mismos procesos, pero que a la fecha no se han formulado las acciones de mejoramiento en herramienta Eureka para el correspondiente seguimiento:

Nombre	Descripción	Fecha de materialización
<p>Posibilidad de pérdida económica y reputacional por la inoportuna gestión a la liquidación y reconocimiento de recursos administrados en el marco del SGSSS, debido a suministro fuera de términos y/o errores en la entrega de la información por parte de los actores externos, la falta de automatización del proceso de integración e interoperabilidad de sistemas de información internos, falta de calidad en la depuración y actualización de las bases de datos de referencia o consulta o inadecuada aplicación de criterios técnicos en el manejo de los procesos. DOP</p>	<p>El riesgo se materializo a partir del 1 de marzo toda vez que a partir de esa fecha no se ha obtenido resultados de auditoria por concepto de reclamaciones por prestación de servicios en salud a víctimas de accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no contaban con póliza SOAT o no fue identificada, a eventos catastróficos de origen natural o eventos terroristas; radicadas a partir del mes de diciembre de 2021. Lo anterior teniendo en cuenta que los contratos 261 y 262 suscritos con las firmas Grupo ASD SAS y AGS Colombia SAS tramitaron las reclamaciones radicadas hasta noviembre de 2021.</p>	<p>1/03/2022</p>
<p>Posibilidad de pérdida Económica y reputacional por Administración inadecuada del talento humano debido a Errores o inoportunidad en el trámite de novedades de personal, Inexactitud en la liquidación y pago de la nómina y Errores en la formulación y seguimiento de acuerdos de gestión y concertación de objetivos. TH</p>	<p>Inexactitud en la liquidación y pago en la nómina de enero 2022 sobre la prima de coordinación al servidor público con cédula de ciudadanía 79156921 por un error del aplicativo SIAN</p>	<p>2/02/2021</p>

Lineamiento 8- Componente MECI - Evaluación de Riesgos

Respecto del criterio: **“Evaluación del Riesgo de Fraude o Corrupción”**, de acuerdo con la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno, se evidencia que se cumple con los siguientes lineamientos:

- Los eventos de riesgos de corrupción tienen identificadas las causas de fuente de generación de riesgos.
- Se evidenció por parte de la OAPCR la Matriz de vulnerabilidades, la cual se actualiza una vez al año.
- Las fichas técnicas de riesgos cumplen los requisitos metodológicos establecidos en la “Guía -DAFP-Versión 5-octubre de 2020”.
- Adecuado seguimiento a la aplicación de controles y acciones para fortalecer las actividades de control y gestión del riesgo de corrupción. En algunos procesos aún persisten debilidades en el diseño y ejecución del control. Así mismo, se requiere fortalecer las acciones de gestión de riesgos.
- Adecuado seguimiento a gestión de riesgos de la OAPCR (Segunda Línea de Defensa).
- Para el desarrollo de las actividades de control, la OCI evaluó la adecuada segregación de las funciones y que éstas se encuentren asignadas en diferentes personas para reducir eventos de riesgo de corrupción.

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

- Cumplir requerimiento medición FURAG - Establece que, en la identificación de eventos de riesgos, se tenga en cuenta la información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios

Los miembros del comité señalan que al respecto de estos temas que hay desafíos que se deben afrontar y se debe además avanzar con el cumplimiento total de la circular 6 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud y las disposiciones posteriores que ha expedido este organismo de inspección, vigilancia y control luego de que se evalué su aplicabilidad al interior de la Entidad.

6. Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR


Señala la Oficina de Control Interno que a partir del informe que viene elaborando, va a reportar en el SIRECI el cumplimiento al 100% de 10 acciones de mejora asociadas al mismo número de hallazgos con corte 30 de junio de 2022, así:

DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES

Unidad de Medida	Evidencia Presentada
Informe respecto del plan de trabajo desarrollado para la optimización del proceso adoptando los mecanismos de control y seguimiento necesarios para su cumplimiento.	De acuerdo con las evidencias presentadas por la Dirección de Otras Prestaciones, es claro que, gracias a la implementación de la alternativa técnica y la división del universo en dos segmentos, <u>a la fecha se encuentra concluido el trámite de verificación para las cuentas del denominado rezago</u> . Para el segmento corriente, el proceso de revisión se encuentra acorde con los términos establecidos normativamente; actualmente se encuentran cerrados los paquetes de cuentas radicadas al corte 31 de mayo de 2022
Informe Divulgación y notificación de los resultados de la auditoría integral del rezago, a fin de que las EPS, EOC o ADRES efectúen los ajustes contables a que haya lugar y según corresponda	De acuerdo con lo informado por la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, para los paquetes informados como tramitados y cerrados a la fecha, la ADRES ha divulgado y notificado los resultados de auditoría a las entidades recobrantes y ha dispuesto el detalle de las cuentas en los SFTP de cada entidad. Adicionalmente, ha socializado los resultados de la auditoría integral las cuentas del rezago con las entidades recobrantes a fin de que las EPS, EOC o ADRES efectúen los ajustes contables a que haya lugar y según corresponda.
Informe de la gestión de reintegro de los recursos del SGSSS apropiados o reconocidos sin justa causa, de acuerdo con lo definido en la Resolución 1716 de 2019	De acuerdo con las evidencias presentadas por la Dirección de Otras Prestaciones, es claro que la ADRES adelantó el procedimiento previsto en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002 modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019 y la Resolución 1716 de 2019 respecto de cada uno de los registros señalados en los hallazgos que evidenció la Contraloría General de la República respecto a las tres causales señaladas en el Informe y se creó una línea de reintegro para cada una de las causales descritas por el organismo de control. NO SE MATERIALIZO RIESGO DE PÉRDIDA DE RECURSOS NI SE OCACIONÓ AFECTACIÓN ALGUNA AL SGSSS O DETRIMENTO FISCAL SOBRE LOS RECURSOS PÚBLICOS
Informe de lo legalizado y recuperado por giro previo que se encuentra incluido en este hallazgo	De acuerdo con las evidencias presentadas por la Dirección de Otras Prestaciones, es claro que la ADRES legalizó la totalidad de los recursos señalados por el organismo de control. Además, cuenta con los soportes correspondientes respecto a todos los valores involucrados en el hallazgo. NO SE MATERIALIZO RIESGO DE PÉRDIDA DE RECURSOS NI SE OCACIONÓ AFECTACIÓN ALGUNA AL SGSSS O DETRIMENTO FISCAL SOBRE LOS RECURSOS PÚBLICOS

OFICINA ASESORA JURÍDICA

Unidad de Medida	Evidencia Presentada
Comunicación que dé cuenta de la formalización de procedimiento	Las acciones correctivas desarrolladas por la Oficina Asesora Jurídica lograron que en el procedimiento se definiera como una de las actividades la investigación de bienes para todos los deudores y quedara documentada en su versión más actualizada.

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE SALUD


Unidad de Medida	Evidencia Presentada
Informe de la Gestión de seguimiento	Las acciones correctivas desarrolladas por la Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud evidencian que en la actualidad ya se cuenta con una conciliación del 100% de las cuentas por pagar que se cruzan de manera homóloga con los recursos de titularidad del Ministerio de Salud y Protección Social

Así mismo señala que, de acuerdo con el seguimiento semestral se tienen 22 acciones de mejora en ejecución a cumplirse en el segundo semestre de 2022 y en la vigencia 2023, sobre las cuales las dependencias responsables de su ejecución presentaron evidencias respecto a su avance y las cuales se relacionan a continuación, así:

HALLAZGO	No de Actividades Formuladas	Fecha Máxima de Finalización
AEFNSOAT HALLAZGO No.2. Investigación efectiva sobre existencia de pólizas de responsabilidad civil (A-OI)	1	2022/12/31
AEFNSOAT HALLAZGO No.3. Deber de denuncia (A-OI)	1	2022/12/31
AEFNSOAT HALLAZGO No.4. Gestión del Riesgo de Fraude (A-OI)	2	2022/09/30
AEFNSOAT HALLAZGO No. 5: Consistencia y calidad de la información giros previos y su legalización (A-D-OI).	1	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No. 6: Gestión en la Legalización de los Giros Previos en Reclamaciones por Accidentes de Tránsito NO SOAT. (A-D-F-OI).	1	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No.8: Habilitación servicio de transporte médico. (A-D-F-OI)	2	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No.9 Dobles Reconocimientos Pagados por la ADRES (A-D-F-OI)	2	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No. 10: Reclamaciones prestación de servicios de ambulancia diferencia menos de 5 minutos. (A-D-F-OI)	1	2022/12/31
AEFNSOAT HALLAZGO No.11 Concentraciones de Reclamaciones NO SOAT (A- D- OI)	1	2022/12/31
AEFNSOAT HALLAZGO No. 12 Reclamaciones por ayudas diagnósticas Accidentes de Tránsito NO SOAT (A-D-OI)	1	2022/12/31
AEFNSOAT HALLAZGO No.13: Pagos Reclamaciones NO SOAT por Fallecidos. (A-D-F-OI).	2	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No.14: Pagos Reclamaciones NO SOAT y SOAT. (A-D- F-OI)	2	2023/06/30
AF2021_1 Hallazgo No. 01. Revelación Nota Contable 24.1.3.1 Recursos Provenientes del FOME (A-OI)	1	2023/02/28
AF2021_3 Hallazgo No. 03. Crédito de Empréstito BIR/F N°9072-CO GCGF TF N°TFOB2826 Transferencia de recursos a la ADRES (A)	1	2022/12/31
AF2021_4 Hallazgo No. 04. Revelación Ingresos Recursos FONSAT y Recursos SOAT (A - D- OI)	1	2022/09/30
AF2021_5 Hallazgo No. 05. Registro contable Reintegros UPC RC (A - OI)	1	2023/02/28
AF2021_6 Hallazgo No. 6 Consecutivos asientos contables y fechas de transacciones CPC de junio y diciembre 2021 (A - D)	1	2022/12/31

7. Seguimiento Planes de Mejoramiento SNS

Respecto del PM con la SNS, la Oficina de Control Interno presenta el seguimiento a los planes de mejoramiento, donde es preciso señalar, que el panorama es un poco más amplio y tiene diferentes aristas, pues se han generado distintos procesos auditores por parte de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sobre ellos la ADRES ha tenido que entregar la información, elaborar los planes de mejoramiento requeridos y hacer los reportes de información, en los términos y condiciones señalados por la Superintendencia Nacional de Salud, así:

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

Plan de mejoramiento	Fecha reporte	Estado actual
Visita inspectiva 2019	31 de Diciembre de 2021	Concluido y cumplido en concepto de la SNS– OCI realizó informe final al corte 30/06/2022
Auditoría Documental Reintegro	Mensual	OCI remitió informe correspondiente a mayo – Evaluado por la SNS al corte abril de 2022 (cierre Agostos 2022)
Auditoría Documental Reclamaciones (Rezago)	Trimestral	En Ejecución - Reportes a la SNS en Octubre 2022 y Enero de 2023
Auditoría Documental Reclamaciones (Alertas DIARI)	Trimestral	En Ejecución - Reportes a la SNS en Octubre 2022 y Enero de 2023
Auditoría Documental Medicamentos de Alto Costo	Trimestral	En Ejecución - Reportes a la SNS en Octubre 2022, Enero y Junio de 2023
Visita Inspectiva THS y CET	No Definido	Se presentó el Plan de mejoramiento para aprobación – La SNS no ha remitido pronunciamiento
Auditoría Documental APF	No Definido	Entrega información requerimiento inicial – La SNS no ha remitido pronunciamiento
Auditoría Documental Presupuestos Máximos 2020 - 2022	No Definido	Entrega información requerimiento inicial – La SNS no ha remitido pronunciamiento
Auditoría Documental Riesgos	No Definido	La ADRES está consolidando la información a remitir como respuesta a la Apertura de la Auditoría

8. Aprobación Estatuto de Auditoría y Código de Ética

Teniendo en cuenta que, en la sesión anterior del Comité, el Jefe de la Oficina de Control Interno había presentado ante el Comité, el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética de Auditor actualizados con los nuevos lineamientos señalados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y que dicha actualización había sido remitida por correo electrónico a los miembros del Comité de acuerdo con los compromisos acordados en la sesión anterior, por lo que se solicita la aprobación de estos instrumentos de auditoría.

Después de revisar que estos instrumentos ya habían sido validados y comentados en conjunto con la Oficina Asesora Jurídica y que el estatuto de Auditoría Interna define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y que el Código de Ética procura que cada funcionario de la Oficina de Control Interno conozca, interiorice, divulgue y practique los valores y principios de este Código de Ética, se da la aprobación por parte de los miembros del Comité presentes en la sesión, sin ninguna observación.

9. Actualización Política de Riesgo Institucional – OAPCR

Se concede el uso de la palabra a la Dra. Luisa Fernanda Gonzalez quien menciona inicialmente que la política de administración de riesgos de nuestra organización, la aprueba realmente la Junta Directiva de la Entidad y comenta además que está programado dentro de la agenda de la próxima sesión de Junta Directiva dicha aprobación. Sin embargo, comenta que trae este documento a esta instancia para que sus miembros la revisen y validen con sus observaciones y comentarios.

Posteriormente, señala que la actualización se da en los siguientes aspectos, principalmente:

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
	FORMATO	Acta de Reunión	Versión:	02
			Fecha:	12/08/2019

Ajustes a la Política de Riesgos

ADRES

1.2 Alcance Riesgo Operativo



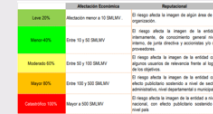
- Indicando aplicabilidad de riesgo estratégicos, como parte del riesgo operativo enfocando a cumplimiento de objetivos institucionales y procesos estratégicos de la entidad.

1.3 Nivel de aceptación riesgo residual



- Redacción respecto a acciones de fortalecimiento cambiando de "al menos 1 por vigencia" a cada vez que se actualicen.
- Se incluye la programación de periodicidad de monitoreo en Eureka

2. Niveles de calificación del impacto



- Ajuste esquema de niveles de calificación de impacto de acuerdo a guía del DAFP.

4.3 Políticas relacionadas con la transparencia



- Se aclara la aplicabilidad en políticas de acceso a información pública y la transparencia.

9. Políticas Antifraude y 10. Conflicto de Interés



- Se incluyen políticas asociadas a la prevención del fraude atendiendo inquietudes del SNS y para el conflicto de interés de acuerdo a lineamientos DAFP.

11. Niveles de Responsabilidad



- Se ajusta rol de segunda línea de oficial de cumplimiento de la Seguridad de la Información en cuanto a la gestión de riesgos – antes DGTIC.

Teniendo en cuenta que el documento no fue dado a conocer previo a la sesión y que para poder comentarlo y hacer observaciones se requiere revisarlo en detalle, se solicita al jefe de la Oficina de Control Interno como Secretario Técnico del Comité, remitir este instrumento al Comité y que los comentarios se los hagan llegar a la Oficina Asesora de Planeación y Control del Riesgo previo a la convocatoria de la Prejunta Directiva con el objeto de remitirla a los miembros de esa instancia y sus representantes.

No siendo más los temas para tratar, se da por terminada la sesión.

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES:


- Se aprueba el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética de Auditor.
- Se da por enterado al Comité de las acciones que se van a cerrar con evidencias y soportes de su ejecución al corte 30 de junio de 2022.

ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS:

N°	Actividad	Responsable	Fecha Límite	Observaciones
1	Enviar Política de Riesgo Institucional	OCI	15/07/22	
2	Revisar la Política de Riesgo Institucional y enviar los comentarios previos a la Prejunta	Miembros del Comité	26/07/22	

JORGE GUTIERREZ SAMPEDRO
Director General ADRES

DIEGO HERNANDO SANTACRUZ S.
Jefe Oficina de Control Interno

	PROCESO	GESTIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Código:	GEDO-FR05
			Versión:	02
	FORMATO	Acta de Reunión	Fecha:	12/08/2019

1. CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Descripción del cambio	Asesor del proceso
Número consecutivo de la versión. Inicia en 1	Haga clic aquí para escribir una fecha.	Describa el cambio que está realizando en el procedimiento. Si es la primera versión incluya las palabras "Versión inicial"	Nombre del Gestor de Operaciones de la OAPCR que asesora.