

<b>ADRES</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión:</b>	<b>1</b>
			<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	<b>14</b>	<b>Mes:</b>	<b>03</b>	<b>Año:</b>	<b>2023</b>
-------------------------------------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-------------

<b>Nombre de informe</b>	<b>Informe Anual Programa de Aseguramiento de la Calidad</b>
<b>Vigencia</b>	2022
<b>Jefe Oficina de Control Interno</b>	DIEGO HERNANDO SANTACRUZ S.
<b>Equipo Auditor</b>	Carlos Nova - Diego Guerra – Lizeth Lamprea

## OBJETIVO:

Presentar informe anual del PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD de la vigencia 2022, cuyo propósito es evaluar la función de auditoría interna realizada por la Oficina de Control Interno, con el fin, de contribuir con la mejora y el fortalecimiento continuo de la auditoría interna, lo cual repercute en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la ADRES.

El informe del Programa de aseguramiento incluye: Un análisis de cumplimiento a la ejecución de las auditorías, evaluaciones y/o seguimientos establecidos en el Plan Anual de Auditorías Internas de la vigencia, la revisión de los resultados obtenidos en las Encuestas de Percepción aplicadas, las recomendaciones de las listas del Programa de Aseguramiento y de Mejora de la Calidad diligenciadas, y los resultados de las mediciones del instrumento de autodiagnóstico para el aseguramiento de la calidad de la auditoría interna.


## 1. CUMPLIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2022

De acuerdo con el Plan Anual de Auditoría formulado y aprobado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2022, se ejecutaron **155** actividades correspondientes a reportes, Informes de ley, evaluaciones, auditorías, seguimientos y/o verificaciones realizadas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia, logrando cumplir con el **100%** de lo propuesto:

<b>Plan Anual de Auditorías</b>	<b># Actividades</b>	<b>Cumplimiento</b>
INFORMES POR REQUERIMIENTO LEGAL EXTERNOS	75	100%
INFORMES POR REQUERIMIENTO LEGAL INTERNOS	36	100%
AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN	2	100%
EVALUACIONES Y SEGUIMIENTOS	29	100%
AUDITORÍAS INTERNAS DE CONTROL INTERNO	2	100%
OTRAS TAREAS	11	100%
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>

Así mismo, la Oficina de Control Interno efectuó once (11) reuniones mensuales de seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Auditorías y cuenta con actas de las reuniones realizadas, que incluyen:

- ✓ Aspectos para tener en cuenta en la ejecución del Plan Anual de Auditoría 2022.
- ✓ Verificación de avance y cumplimiento, de auditorías, evaluaciones y seguimientos, programadas desde enero a diciembre de 2022.
- ✓ Avance de Planes de mejoramiento internos. Envío de alertas de cumplimiento.

	PROCESO	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	FORMATO	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

- ✓ Revisión mensual de posible materialización de riesgos de la OCI.
- ✓ Avance y cumplimiento de actividades incluidas en Plan de Acción Integrado.
- ✓ Compromisos del mes.

Como evidencia, la OCI cuenta con grabaciones en la herramienta colaborativa TEAMS y actas de reunión que evidencian la participación de los funcionarios.

## 1.1 RECOMENDACIONES A LA ENTIDAD

Producto de los informes realizados, a continuación se presentan las recomendaciones que se generaron a las diferentes dependencias y a los líderes de proceso, así:

### a) DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA SALUD - DGRFS

#### ESTADOS FINANCIEROS – URA


- Se sugiere que el proceso de gestión contable y control de recursos de la DGRFS realice monitoreo permanente a las gestiones tendientes a la resolución y depuración de las cuentas por cobrar que se encuentran registradas en los Estados Financieros de la URA.
- Se recomienda que el proceso de gestión contable y control de recursos de la DGRFS, efectúe seguimiento permanente a los actos administrativos que ordenen a la ADRES, la cancelación de las cuentas por pagar que se encuentran registradas en los Estados Financieros de la URA, con el propósito de monitorear el pago de las obligaciones a terceros.

#### SEGUIMIENTO A CONTRATO BIRF 9072-CO y BID CONTRATO 5170-CO

- Continuar con el seguimiento de las responsabilidades, para los contratos de préstamo BIRF No. 9072-CO y Contrato BID 5170 – CO, como se han venido realizando hasta su culminación.
- Mantener el seguimiento a las matrices de riesgos señalada en los Manuales Operativos de los contratos BIRF No. 9072-CO y BID 5170 – CO, así como al informe de PQRS, con el fin de prevenir la materialización de riesgos.
- Efectuar seguimiento en EUREKA y SIRECI a los Planes de Mejoramiento, para en caso de tener algo relacionado con los contratos BIRF No. 9072-CO y BID 5170 – CO, se gestione oportunamente.

#### SEGUIMIENTO A PROCEDIMIENTO RIFU - IDENTIFICACIÓN DEL RECAUDO MUI WEB + GEPR CONCILIACIONES BANCARIAS

- Efectuar la actualización al procedimiento de identificación del recaudo MUI Web - RIFU-PR01 incluyendo la aplicación de la Ley 2161 del 26 de noviembre de 2021, sobre modificación de los porcentajes de contribución del SOAT pasando del 50% al 52% a partir del 1 de enero de la vigencia de 2022. Igualmente, se recomienda verificar en el procedimiento lo referente a las políticas de operación para las aseguradoras.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código:	CEGE-FR19
			Versión:	1
	FORMATO	INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha:	13/05/2022

- De la verificación a los puntos de control y riegos del procedimiento de identificación del recaudo MUI WEB - RIFU-PR01, la OCI resalta el adecuado cumplimiento y organización de las actividades y cargue de soportes en la herramienta EUREKA.
- Continuar con la realización de las conciliaciones y cruces de información con la matriz de control y el descargue presupuestal, para SOAT & FONSAT, como se viene ejecutando para evitar partidas pendientes de identificar y afectación en los estados financieros.


## **b) DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – DAF**

### SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN PRESUPUESTAL – UGG

- La OCI, recomienda monitoreo permanente en la ejecución de los diferentes rubros presupuestales de la UGG.
- Teniendo en cuenta que la ejecución de pagos a junio 30 de 2022 es baja, se sugiere establecer alertas respecto del seguimiento que se debe realizar a la ejecución de los recursos y mantener permanente coordinación con las diferentes instancias.
- Se debe mantener el monitoreo de los rubros presupuestales de gastos de funcionamiento, que reportan ejecución en cero, o con un porcentaje de ejecución por debajo de 12% en relación con los pagos a junio de 2022.
- Se debe mantener el monitoreo de las cuentas por pagar constituidas al cierre de la vigencia 2021, para su adecuada ejecución en el año 2022, hasta su pago total.
- Realizar la verificación a la identificación y los eventos asociados de riesgo de corrupción y seguridad de la Información, tal como lo sugiere la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas-DAFP Versión 5 – diciembre – 2020 del DAFP.

### SEGUIMIENTO A LOS ESTADOS FINANCIEROS – UGG

- Continuar con la aplicación de las políticas contables establecidas en el manual, la normatividad de la Contaduría General de la Nación y en los procedimientos de Generación de Estados Financieros, anexos e Informes a Entidades de Control, Generación de Conciliaciones Bancarias y Generación de Impuestos y Retenciones.
- Se debe mantener el seguimiento a las variaciones de los ingresos y gastos de la UGG, para documentar los comportamientos que se registran periódicamente. Además, se debe continuar la gestión de cobro a nombre de Unión Temporal Auditores de Salud por el incumplimiento del contrato 080. Igualmente se debe realizar las gestiones de cobro para el recaudo de los valores registrados por Incapacidades a cargo de la EPS o ARL y las Licencias de Maternidad o Paternidad.
- Continuar con revisión y seguimiento periódico al mapa de riesgos de los procedimientos de generación de estados financieros y conciliaciones bancarias del proceso de gestión financiera de recursos. Igualmente continuar con verificación a los controles del proceso de gestión financiera en la herramienta EUREKA.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código:	CEGE-FR19
			Versión:	1
	FORMATO	INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha:	13/05/2022

- Mantener el seguimiento a las actividades a desarrollar para la acción No.4, del plan de mejora que se encuentra en desarrollo y vencida desde el 31 de diciembre de 2021 por parte de la DAF y dar cierre al citado plan de acción.

#### SEGUIMIENTO AL CONTRATO CLÍNICA EL BOSQUE - CARTAGENA

- En verificación de la Oficina de Control Interno al cierre de diciembre de 2022, se observa la metodología para hacer seguimiento al cumplimiento de las obligaciones y plantear futuros hallazgos que deberán ser subsanados para evitar medidas administrativas y procesos en contra de ADRES.
- Se debe continuar trabajando en el avance de la identificación de los inventarios, recuperación de cartera, el análisis y observaciones de los informes de ingresos y gastos de la clínica, el estado de facturación de la clínica, y la generación de los estados financieros y su análisis.
- De lo anterior y ante la fecha planificada del 15 de diciembre de los corrientes para su terminación, se evidencia un cumplimiento parcial por lo que se declara no eficaz la evaluación de efectividad de las acciones y se hace necesario reformular las acciones a desarrollar para la vigencia 2023 con el fin de realizar un adecuado seguimiento. Situación que no se ha podido cumplir, por las dificultades que se presentan en la entrega de información por parte de la Clínica.

#### EVALUACION A MUESTRA DE CONTRATOS

- De la muestra de contratos para las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020, incluidos los protocolos establecidos por Colombia Compra en el SECOP II, se evidenció la correcta aplicación de lineamientos y procedimientos en la gestión de contratos, incluyendo manuales, conceptos y guías de usuario, sin embargo, existen en la fase de liquidación contractual debilidades en la validación de información registrada en las plataformas de SECOP I, SECOP II y Tienda Virtual del Estado (TVEC).


#### ATENCIÓN AL CIUDADANO – PQRSD

- El proceso de respuesta a acciones constitucionales se redujo de manera importante y significativa, los vencimientos de acciones constitucionales dados los ajustes al sistema de atención temprana y alertas del sistema CRM, toda vez que se pasó de un nivel de vencimiento en la atención a las acciones constitucionales, de 12.75% de vencimientos a 1.10% para el periodo inmediatamente anterior, toda vez que se atendió 41.038 tutelas.
- El porcentaje de oportunidad de respuestas se encuentra en 71.72%, situación que evidencia decrecimiento en el indicador dado para el mismo periodo del año 2021 que se encontraba en 95.14%, al igual que se incrementó las contestaciones fuera de término pasando de un 4.29% a un 28.28%, situación que se evidencia por errores en radicación y tramite en la gestión de las PQRSD en el sistema ORFEO.

#### SEGUIMIENTO PLAN ESTRATÉGICO DEL TALENTO HUMANO

- Para el diseño del Plan Estratégico de Talento Humano, se sugiere la inclusión precisa de las cinco fases mencionadas en las Circular Externa 100-24 de 2022 a saber: 1. Diagnóstico, 2. Planeación Estratégica, 3. Ejecución, 4. Seguimiento y Control y 5. Análisis de resultados;



	PROCESO	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	FORMATO	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

continúa de los controles.

#### SEGUIMIENTO ACUERDO PUNTO FINAL

- Se sugiere que el proceso de la DOP revise y actualice el manual operativo para determinar la calidad de los resultados de la auditoría VALR-MA03 versión 2, relacionado con los atributos definidos para el diseño y aplicación de controles establecidos en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles de la función pública – DAFP, alineados con los riesgos y controles del proceso.

#### **d) DIRECCIÓN DE LIQUIDACIÓN Y GARANTÍAS**

##### SEGUIMIENTO A PROCEDIMIENTO PRESUPUESTOS MÁXIMOS

- No se evidenciaron inconsistencias de información y/o de resultados que conlleven a la generación de observaciones propias en la ejecución de actividades del procedimiento liquidación y reconocimiento de presupuestos máximos.
- De la revisión efectuada a los pagos realizados por reconocimiento de presupuestos máximos, se observó que estos se aplicaron de manera adecuada conforme a el procedimiento definido por la ADRES para el cumplimiento de la ordenación de gasto.
- El proceso tiene identificado cuatro eventos de riesgos asociados al procedimiento evaluado. Dos eventos de corrupción, uno de gestión y uno de seguridad de la Información. El seguimiento a la gestión de riesgo, realizado por la primera línea de Defensa - Dirección de Otras Prestaciones y segunda línea de Defensa (OAPCR) documenta la no materialización de los riesgos identificados.

##### SEGUIMIENTO A PROCEDIMIENTO COMPRA DE CARTERA

- Teniendo en cuenta que para la vigencia 2022, la Subdirección de Garantías del proceso de la DLyG, viene adelantando en coordinación con la OAPCR la actualización del mapa de riesgos y controles, se sugiere que para el procedimiento de compra de cartera, correspondiente al riesgo de corrupción se reporten las acciones de fortalecimiento del riesgo en EUREKA, así mismo, para el punto de control del procedimiento denominado "Conciliar los saldos de compra de cartera frente al auxiliar contable de la cuenta 14159001 - COMPRA DE CARTERA", se sugiere evaluar la inclusión dentro del riesgo de gestión del proceso en el mapa de riesgo y controles, teniendo en cuenta que es un control clave para el procedimiento.

##### SEGUIMIENTO A PROCEDIMIENTO REINTEGRO DE RECURSOS APROPIADOS O RECONOCIDOS SIN JUSTA CAUSA

- La Oficina de Control Interno, evidenció que las actividades (Entradas -Productos - Registros) de la muestra seleccionada (Servicios y Tecnologías en Salud no Financiados con cargo a la UPC y Reclamaciones), en su mayoría fueron ejecutadas conforme al procedimiento descrito. Las actividades no ejecutadas conforme al diseño fueron objeto

	PROCESO	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	FORMATO	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

de observación de la OCI.

- No se evidenció inconsistencias de información y/o de resultados que conlleven a la generación de observaciones propias en la ejecución de actividades del procedimiento de Reintegro de Recursos del Aseguramiento Apropriados o Reconocidos sin Justa Causa. Sin embargo, se hace necesario documentar algunos registros en actividades realizadas en el procedimiento.
- Se identificó novedades de calidad de información en los archivos Excel detallados, anexos a la solicitud de aclaración de recobro enviadas a la EPS, como: la no identificación de los números de radicados con el cual se determinó la posible apropiación o reconocimiento sin justa causa de pagos dobles e ítems repetidos.
- Se recomienda dar cumplimiento de términos para la elaboración de informe de auditoría, Artículo 6 del Capítulo II de la Resolución 1716 de 2019 expedida por el Ministerio de Protección Social.

#### SEGUIMIENTO A PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE APORTES SANEAMIENTO VIGENCIA AÑO 1994-2011 POR EL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIÓN

- De la revisión efectuada a los pagos realizados a entidades beneficiarias que cumplieron el procedimiento de saneamiento de aportes patronales del periodo 1994-2011 y 2012 a septiembre 2013 y liquidación de rendimientos financieros generados por los excedentes de aportes del Sistema General de Participaciones, la OCI evidenció que los pagos se efectuaron de manera conforme a los valores indicados en las certificaciones y ordenaciones de gasto, emitidas por la Dirección de Liquidaciones y Garantías.
- Se evidenciaron inconsistencias de información entre los datos suministrados por la Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud y la Dirección de Liquidaciones y Garantías para el desarrollo de la auditoría del procedimiento de reconocimiento por devolución de aportes al saneamiento vigencias 1994-2011 y 2012 a septiembre 2013 y liquidación de rendimientos financieros del Sistema General de Participaciones, toda vez que presentó registros inexactos en algunos de los reconocimientos a beneficiarios, los cuales son objeto de observación.
- Se recomienda a la Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud, validar previamente a la generación de ordenaciones de gasto, que las cuentas estén activas y/o vigentes para el momento del giro. A la Dirección de Liquidaciones y Garantías y Dirección de Gestión de Recursos Financieros en Salud, elaborar un instrumento de seguimiento y validación que permita identificar oportunamente las transacciones que presentan novedades, ejercer un adecuado ejercicio de control y tener la trazabilidad de los reconocimientos pagados, rechazados y reprogramados.


#### **e) OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS**

##### EVALUACIÓN CIRCULAR EXTERNA 006 DE 2018 DE LA SNS<sup>1</sup>

- Continuar el fortalecimiento y ajustes de documentos como el manual de riesgo

<sup>1</sup> SNS – Superintendencia Nacional de Salud



	PROCESO	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	Código:	<b>CEGE-FR19</b>
			Versión:	<b>1</b>
	FORMATO	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	Fecha:	<b>13/05/2022</b>

operacional, procedimientos y/o formatos de riesgo de crédito y liquidez.

- Realizar actividades de pruebas o simulacros relacionadas con la continuidad de la operación, para generar mejoras y a su vez evitar fallas o afectaciones de mayor impacto a los servicios que presta la entidad.
- Se recomienda reforzar las capacitaciones a los funcionarios relacionadas con el plan de continuidad del negocio, con el fin de fortalecer los procesos en caso de presentarse alguna situación de suspensión o interrupción de la operación de la entidad.
- Continuar con el proceso de capacitaciones en la aplicación de la metodología de la entidad y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas-DAFP Versión 5-diciembre – 2020.

#### GESTIÓN RIESGOS DE LA ADRES

- Los riesgos cumplen los requisitos metodológicos establecidos en la "Guía de administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital -DAFP - 2020".
- Se evidenció una adecuada ejecución de los controles, sin embargo, se evidencia que el proceso de Gestión Administrativa para la vigencia 2022, no realizó la revisión y actualización de Riesgos, incumpliendo con lo establecido en la Política de Administración del Riesgo.
- Se recomienda establecer una guía metodológica para facilitar a los procesos, el reporte adecuado de registro de evidencias, en cumplimiento a la ejecución de controles y establecer actividades para fortalecer la cultura de reportar la materialización de riesgos por parte de los procesos y la correspondiente formulación de acciones de mejora.

#### PLAN DE ACCIÓN INTEGRADO


- Establecer actividades de gestión que no dependan de terceros u otras dependencias, para evitar eliminaciones, incumplimientos y posteriores modificaciones por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Con relación a las actividades canceladas y que los procesos tienen proyectadas reformular para la vigencia 2023, se sugiere revisar y definir fechas en las cuales la dependencia pueda desarrollar y cumplir con los entregables y metas establecidas.

### **f) DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES**

#### SEGUIMIENTO VULNERABILIDADES ADRES – mayo de 2022

- La ADRES realiza ejercicios de identificación, análisis y tratamiento de vulnerabilidades, dando cumplimiento al numeral 2.2 "Gestionar las vulnerabilidades de aquellas infraestructuras críticas o plataformas que soporten activos de información críticos y que estén expuestos en el ciberespacio" y 2.5 "Periódicamente auditorías de seguridad de la información tanto para los aspectos de gestión como para los aspectos técnicos, como podrían ser: auditorías internas y externas al modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, análisis de vulnerabilidades, Hacking ético, pruebas de penetración a



	PROCESO	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	FORMATO	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

sistemas informático y pruebas de ingeniería" establecidos en la Resolución Nro. 00500 de 2021 MSPI.


- Se evidencia un ejercicio organizado y formal de análisis e identificación de vulnerabilidades en la Entidad, en donde se destacan las reuniones semanales programadas durante la vigencia por parte del equipo de la DGTIC para monitoreo y tratamiento de las vulnerabilidades, todo lo anterior se encuentra debidamente documentado.
- Se recomienda establecer responsables y fechas de finalización a las acciones de mejora formuladas en el Plan de Mejoramiento del CSIRT que presenta actualmente un avance del 5.71%, de tal forma, que se puedan establecer metas detalladas y realizar un monitoreo estricto al cumplimiento de este plan.

#### SEGUIMIENTO PROCEDIMIENTO CONTROL DE ACCESOS

- Como resultado de la evaluación, se evidenció debilidades de ejecución en los controles implementados, toda vez que se evidenciaron usuarios activos que ya no tienen vínculo con la ADRES y activación de permisos que no corresponden con las solicitudes realizadas por el proceso evaluado por la OCI de Gestión Documental. Al igual que prestamos internos de usuarios, con lo cual se presenta exposición a riesgos por una mala gestión de seguridad de la información, lo que conlleva a una posible pérdida o modificación de información no autorizada en bases de datos o servicios y sistemas de información de la entidad.
- Se recomienda dar cumplimiento a las políticas operativas de procedimiento Control de Accesos y específicas definidas en el Manual de Políticas Específicas de Seguridad y Privacidad de la Información de la ADRES.
- Se recomienda actualizar el inventario de usuarios activos de la ADRES, con líderes de proceso y supervisores de contratos.

#### SEGUIMIENTO EJECUCIÓN CONVENIO OEI – Mayo de 2022

- La ADRES suscribió un Convenio de Cooperación ADRES-CCI-362-2022 con la OEI, con el fin de "*Aunar esfuerzos técnicos para apoyar a la DGTIC en el desarrollo de proyectos derivados de los planes institucionales y PETI*", desarrollando los siguientes entregables: Adopción del Modelo de Arquitectura Empresarial, Adquisición de una Sede Electrónica, implementación de Servicios de Confianza Digital, Implementación de Interoperabilidad, Automatización de trámites y transferencia de conocimiento.
- A mayo de 2022, se evidenció un avance de cumplimiento del convenio del 30%, observándose un atraso de ejecución del convenio de aproximadamente un mes, de acuerdo con los planes de ejecución del convenio, Anexo 1 - Ficha Técnica numeral 4.2.
- Verificados los informes mensuales de febrero y marzo de 2022, y los datos presentados ante el Comité Técnico y Financiero, se evidenció que no se había realizado ejecución presupuestal con cargo a los aportes de la ADRES, ni aportes de la OEI.
- Se recomendó agilizar el proceso de aprobación de los planes, fichas técnicas, actas y otros documentos que hacen parte del convenio por parte del Comité Técnico y Financiero

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código:	CEGE-FR19
			Versión:	1
	FORMATO	INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha:	13/05/2022

del Convenio.

- Para la vigencia 2023, se tiene programado en el Plan Anual de Auditorías, seguimiento a la ejecución de dicho convenio.

#### g) SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA ADRES

##### SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN – MSPI – Octubre de 2022

- Se evidencia, la implementación del Anexo Técnico 4 – Modelo Nacional de Gestión de Riesgo de Seguridad de la Información en Entidades Públicas – DAFP en la ADRES, ejecutando las 4 fases:
  - *Planificación:* Definición del contexto interno y externo de los procesos, la adopción de la política de administración de riesgos, la designación de responsables, la definición de criterios de probabilidad, impacto y zonas de riesgo aceptable, el nivel de aceptación de riesgo, la identificación de activos de información, la identificación y valoración de riesgos de seguridad digital y el tratamiento de estos.
  - *Ejecución:* Se realizó la implementación de los planes de tratamiento de riesgos.
  - *Monitoreo y Revisión:* Se evidenció un monitoreo cuatrimestral a los riesgos, controles y acciones de mitigación de seguridad digital por parte de las tres líneas de defensa.
  - *Mejoramiento:* Se definieron procedimientos para la formulación y seguimiento a planes de mejoramiento producto de materializaciones de riesgos, así como procedimiento para la gestión de incidentes de seguridad
- Se evidenció la definición de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), dando cumplimiento a la Guía de Indicadores de Gestión de Seguridad de la Información propuesta por MINTIC y a lo establecido en el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, quedando pendiente la aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el cargue en EUREKA para el respectivo monitoreo.
- Se debe designar un funcionario que cumpla con las funciones establecidas del Oficial de Seguridad y Privacidad de la Información para la ADRES.
- Dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento del **Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) - 2021**, aprobado en enero de 2022, el cual presentaba un avance del **47.7%** al 20 de octubre de 2022.

##### SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) – noviembre de 2022

- Como resultado de la evaluación a los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST de acuerdo con lo establecido en la Resolución 312 de 2019, se evidenció un cumplimiento del **95.5%** que indica que es un Sistema **ACEPTABLE**. Las recomendaciones están enfocadas al cumplimiento del numeral 1.1.8 Conformación Comité de Convivencia, al no evidenciar informes trimestrales de gestión.

##### MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL - MECI - marzo de 2022

- Los resultados del desempeño institucional – MECI obtenidos por la ADRES según la Función

<b>ADRES</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión:</b>	<b>1</b>
			<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

Pública, corresponde al **81.8%** con respecto al **86.8%** obtenido como promedio nacional. La Oficina de Control Interno con base en las recomendaciones generadas por el Modelo, formuló acciones de implementación para mejorar los resultados en la próxima vigencia.



#### SEGUIMIENTO A LA LEY DE TRANSPARENCIA 1712 DE 2014 – septiembre de 2022

- La ADRES a través de la nueva página web [www.adres.gov.co](http://www.adres.gov.co), efectuó la implementación de la Resolución 1519 del 24 de agosto de 2020, por medio de la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos en materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.
- Los numerales o criterios incumplidos fueron objetos de acciones de mejora, las cuales se encuentran en desarrollo, de tal forma, que, en la próxima revisión, se dé cumplimiento a lo establecido en la Matriz ITA<sup>2</sup> y la Resolución Nro. 001519 de agosto de 2020.

#### EVALUACIÓN A PROCESO DE COMUNICACIÓN


- Se recomienda fortalecer la adherencia a los procedimientos de comunicaciones internas y externas de la entidad en especial al cumplimiento de los puntos de control, indistintamente del área que requiera la comunicación sea de carácter interno y/o externo.
- En el marco del componente de participación ciudadana, se recomienda que el proceso de Comunicaciones que tiene suscritas acciones que propenden por el fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública, tanto en la gestión administrativa, como para la imagen institucional se adelanten programas o políticas alineados a la planeación de la entidad y sus objetivos.

## **2. RESULTADOS ENCUESTAS DE PERCEPCION DE AUDITORIA**

A través de una encuesta de Percepción de Control Interno desarrollada en Microsoft FORMS remitida a los procesos que han sido objeto de auditoría, se pretende conocer la opinión de las dependencias, detectando las fortalezas y eventuales debilidades en el quehacer evaluador. Los resultados son consolidados y analizados, se toman decisiones o definen acciones de mejora.

Al respecto para el año 2022, se verificaron las actas realizadas de febrero a diciembre, observando que solo en las correspondientes a los meses de mayo No.4, junio No.5, julio. No.6 y

<sup>2</sup> Índice de Transparencia y Acceso a la Información ITA – Procuraduría General de la Nación

	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>


agosto No.7, se dio cumplimiento a esta actividad, para los otros meses no se dejó ninguna mención.

De las 29 envidas se recibieron 19 respuestas así:

Nombre de la Evaluación, Seguimiento o Auditoría	Auditado - Líder del Proceso	Auditor	RESPUESTA
Seguimiento a Riesgos de Corrupción - Enero	Luisa Fernanda Gonzalez	Orlando Sabogal Lizeth Lamprea	X
Seguimiento a Plan Anticorrupción - Enero	Luisa Fernanda Gonzalez	Orlando Sabogal	X
Seguimiento Ejecución presupuestal Ingresos y Gastos - URA	Luz Inez Arboleda	César Sopó	X
Evaluación Asuntos Disciplinarios	Ricardo Castellanos Eslava	Diego Guerra	X
Seguimiento Circular 010 - CNSC	Edwin Darío Mora	Diego Guerra	X
Auditoría Reintegro de Recursos Apropriados o Reconocidos Sin Justa Causa	Lorena Fabiola Amézquita	Orlando Sabogal	X
Seguimiento Ejecución presupuestal Ingresos y Gastos - UGG	Yuly Andrea Gomez	Carlos Nova	
Certificación e-Kogui I Semestre 2022	Rodrigo Armando Rincon	Diego Fernando Guerra	X
Certificación e-Kogui I Semestre 2022	Alba Ramos	Diego Fernando Guerra	X
Seguimiento a Riesgos de Corrupción - Mayo	Luisa Fernanda Gonzalez	Orlando Sabogal Lizeth Lamprea	
Seguimiento a Plan Anticorrupción - Mayo	Luisa Fernanda Gonzalez	Orlando Sabogal	
OSTI - Control de Acceso	Oscar Rodrigo Ramirez	Orlando Sabogal	X
RIFU - Identificación del Recaudo MUI Web + GEPR Conciliaciones Bancarias	Ricardo Triana	Carlos Nova	X
Seguimiento Convenio OEI	Juan Carlos Mendoza	Orlando Sabogal Lizeth Lamprea	X
Procedimiento Compra de Cartera	Luz Stella Hernandez Ruiz	César Sopó Segura	X
Auditoría de gestión norma técnica NTC 6047 de infraestructura	Juan Carlos Borda	Lizeth Lamprea Mendez	
Seguimiento Ejecución presupuestal Ingresos y Gastos - URA	Luz Ines Arboleda	César Sopó Segura	X
Seguimiento Ejecución presupuestal Ingresos y Gastos - UGG	Yuly Gomez	Carlos Alberto Nova	
Contrato 5170 - CO BID y Contrato Nro. 9072 - CO BIRF	Luz Ines Arboleda	Carlos Alberto Nova	
Seguimiento Procedimiento Generación de Estados Financieros - UGG	Yuly Gomez	Carlos Alberto Nova	
VALR - Procedimiento de Devolución de Aportes Saneamiento Vigencia Año 1994-2011 Por El Sistema General De Participación	Juan Carlos Giron	Orlando Sabogal	X
Certificación EKogui - Agosto	Johanna Africano	Diego Guerra	x
Seguimiento Procedimiento Generación de Estados Financieros - URA	María Margarita	César Sopó Segura	
Seguimiento a Gestión Pagos CTO 227 - DATATOOL	María Isabel Gomez	Orlando Sabogal	X
Seguimiento a Presupuestos Máximos	Lorena Fabiola Amézquita	Orlando Sabogal	
Seguimiento Recobros - Punto Final y Pagos	Camilo Plazas	César Sopó Segura	X
Seguimiento a Pagos de Reclamaciones	Mayra Alejandra Perez	Carlos Alberto Nova	X
Auditoría Interna al SGSST	Ana Milena Escobar	Lizeth Lamprea Mendez	X
Verificación y Seguimiento a la Implementación MSPI	Rodolfo Oswaldo Uribe	Lizeth Lamprea Mendez	

Los resultados de percepción obtenidos fueron:

¿Considera que el objetivo y el alcance se cumplió según lo establecido al inicio de la Evaluación, Seguimiento o Auditoría?	¿El Auditor o Equipo Auditor tiene los conocimientos sobre las actividades, documentación y funcionamiento del proceso?	¿La Evaluación, Seguimiento o Auditoría se realizó en el periodo de tiempo programado?	¿El Auditor o Equipo Auditor fue claro en la redacción y explicación de las observaciones, conclusiones y recomendaciones de la auditoría?	¿El Auditor o Equipo Auditor ejecutó la Evaluación, Seguimiento o Auditoría con ecuanimidad y respeto con los entrevistados?	Observaciones y Comentarios Adicionales que Considere deben tener en cuenta los Auditores de la OCI
Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Ninguno
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Agradezco las auditorías porque nos sirven de apoyo para las auditorías de los entes de control

	PROCESO	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	Código:	CEGE-FR19
				Versión:
	FORMATO	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	Fecha:	13/05/2022


¿Considera que el objetivo y el alcance se cumplió según lo establecido al inicio de la Evaluación, Seguimiento o Auditoría?	¿El Auditor o Equipo Auditor tiene los conocimientos sobre las actividades, documentación y funcionamiento del proceso?	¿La Evaluación, Seguimiento o Auditoría se realizó en el periodo de tiempo programado?	¿El Auditor o Equipo Auditor fue claro en la redacción y explicación de las observaciones, conclusiones y recomendaciones de la auditoría?	¿El Auditor o Equipo Auditor ejecutó la Evaluación, Seguimiento o Auditoría con ecuanimidad y respeto con los entrevistados?	Observaciones y Comentarios Adicionales que Considere deben tener en cuenta los Auditores de la OCI
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Importante socializar resultados de la auditoría con la primera línea de defensa y brindar recomendaciones para el mejoramiento continuo
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	N/A
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Muchas gracias por todos los aportes
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Ninguna
Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Estimo que resulta necesario determinar con claridad la actividad a desarrollar por el auditor y apegados a la normativa vigente.
Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Necesita Mejorar: 60% a 69%	Es necesario que tanto el tema como las fechas de las auditorías a realizar sean informadas con la debida antelación, con orden y comunicadas por los conductos oficiales de la dependencia.
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	NA
Bueno: 70% a 79%	Bueno: 70% a 79%	Excelente: 90% a 100%	Bueno: 70% a 79%	Excelente: 90% a 100%	Entendimiento de la dinámica de la operación de tecnología
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Ninguno
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	N/A
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	.
Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	N.A.
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Ninguno, las relaciones en las auditorías siempre han sido cordiales y respetuosas.
Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	N. A
Muy Bueno: 80% a 89%	Muy Bueno: 80% a 89%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Considero respetuosamente que en lo que tiene que ver con los procesos, procedimientos, manuales y demás documentos, se deben consolidar los canales de asesoría y acompañamiento de la oficina asesora de planeación y control del riesgo
Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Sin comentarios
Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Excelente: 90% a 100%	Muy Bueno: 80% a 89%	Excelente: 90% a 100%	Ninguna

Los comentarios y observaciones sirvieron para analizar y tomar las acciones de mejora para el proceso y se dejaron documentados en las actas respectivas.

### 3. RESULTADOS DE LISTAS DEL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO Y DE MEJORA DE LA CALIDAD

La Lista de Aseguramiento es una herramienta adoptada por la Oficina de Control Interno, mediante la cual el Jefe de la OCI evalúa por cada auditoría o seguimiento realizado el desempeño del auditor, calificando el cumplimiento del procedimiento establecido, así como el cumplimiento del código de ética del auditor y estatuto de auditoría.

De la revisión realizada por el Jefe de la Oficina de Control Interno, se detectaron algunas debilidades que se solicitó a los auditores corregir:

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código:	CEGE-FR19
			Versión:	1
	FORMATO	INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha:	13/05/2022

- No se diligencian todos los campos del formato.
- No se carga en oportunidad la información en la carpeta digital y tampoco el formato diligenciado.
- No se está utilizando la guía que explica la forma como se debe cargar la información.
- Hay carpetas donde es imposible saber qué fue lo que se cargó.
- La información que se cargue de los puntos de control debe tener una carpeta, para verificar las revisiones y aprobaciones que se hace de cada informe.
- Es complicado saber si la encuesta de percepción a los auditados se envió o no se envió, la mayoría no marca nada. Igual para Planes de Mejoramiento, casi nadie marca esa casilla.
- No se está utilizando la versión V2 del formato actualizado Lista de Programa de aseguramiento del 13/05/2022.

#### 4. RESULTADOS DE MEDICIÓN DEL INSTRUMENTO DE AUTODIAGNÓSTICO PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

La Oficina de Control Interno en enero de 2023, realizó diligenciamiento del Instrumento de Autodiagnóstico para el Aseguramiento y mejora de la Calidad de la Auditoría Interna en el Sector Público emitido por el Departamento de la Función Pública, obteniendo **275 puntos** de **280 puntos** posibles, lo que indica que la Oficina se encuentra en un Nivel Alto de Calidad de Auditoría Interna al cumplir con más de 245 puntos con todos criterios vinculantes y buenas prácticas cumplidas.

Se evidencia que la Oficina de Control Interno de la ADRES cumple con los parámetros de Autodiagnóstico de Calidad propuesto por el DAFP. Los criterios se encuentran documentados en los procedimientos de la OCI y se ejecutan permanentemente. Los soportes de ejecución de las actividades se encuentran organizados de forma virtual en TEAMS cumpliendo con las TRD establecidas.


#### RECOMENDACIONES

- Evaluar la viabilidad de la compra o desarrollo de herramienta de auditoría para ejecutar los procedimientos de auditoría.
- Establecer en los comités internos de la OCI, la socialización permanente de los instrumentos de auditoría, así como la evaluación de la apropiación de conceptos.
- Continuar con la revisión periódica de formatos, procedimientos e instrumentos conforme a la normatividad vigente.

#### 5. PLANES DE MEJORAMIENTO

##### 5.1 Planes de Mejoramiento Internos


Como resultado de las auditorías y evaluaciones, la Oficina de Control Interno solicitó formular planes de mejoramiento que incluyan actividades de prevención y corrección de los distintos procesos o procedimientos, implementando acciones de mejora que garanticen la eficiente prestación del servicio. A 31 de diciembre de 2022 se evidencia la siguiente gestión:

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código:	CEGE-FR19
			Versión:	1
	FORMATO	INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha:	13/05/2022

**Planes de Mejoramiento Cerrados (Consolidado 2019 al 2022):**

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
	Seguimiento Mapa de Corrupción - IRLE11-2021	1	10	7	3	CERRADO
Gestión Documental	Programa de Gestión Documental	2	6	1	5	CERRADO
	Procedimiento de Mensajería Interna	6	6	1	5	CERRADO
Gestión Talento Humano	Ingreso de Planta	5	7	4	3	CERRADO
	Evaluación Estados Financieros 2021	2	8	6	2	CERRADO
	Generación y Liquidación de Nómina - ANP Nro. 1 - 2021	4	4	2	2	CERRADO
	Implementación CE06 de 2018	1	6	6	0	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	0	3	CERRADO
	Seguimiento Clínica el Bosque - SECI No. 16 2021	1	4	0	4	CERRADO
	Informe ppto UGG 2020	1	5	5	0	CERRADO
Gestión Jurídica	Sentencias y Conciliaciones judiciales 2020	12	12	10	2	CERRADO
	Ekogui - 2020 - IRLE 10	4	4	4	0	CERRADO
	Ekogui - 2021 - IRLE 3	2	4	3	1	CERRADO
	Ekogui - 2021 - IRLE 9 II semestre	3	4	2	2	CERRADO
	Reclamaciones Administrativas - SECI 17	3	3	1	2	CERRADO
Gestión Servicio al Ciudadano	Seguimiento PQRSO 2020	2	7	6	1	CERRADO
	Seguimiento PQRSO 2021	1	4	4	0	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	0	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	Control de Accesos 2022	3	7	7	0	CERRADO
	Contratos DGTIC 2021	7	8	5	3	CERRADO
	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	0	CERRADO
	Auditoría al SG-SST 2021	1	1	1	0	CERRADO
Gestión de Contratación	Seguimiento DATA TOOLS 2020	1	1	1	0	CERRADO
	Implementación CE06 de 2018	1	3	3	0	CERRADO
	Informes TVEC	2	3	3	0	CERRADO
	Seguimiento Clínica el Bosque - SECI No. 16 2021	1	3	3	0	CERRADO
	Evaluación muestra de contratos 2019	6	6	6	0	CERRADO
	Evaluación muestra de contratos 2020 - - SECI 6	2	3	3	0	CERRADO
	Evaluación muestra de contratos 2021 - SECI 3	8	14	11	3	CERRADO
Grupo Gestión Asuntos Disciplinarios	Evaluación Asuntos Disciplinarios - 2022	4	8	1	7	CERRADO



	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código:	CEGE-FR19
			Versión:	1
	FORMATO	INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Fecha:	13/05/2022

### Planes de Mejoramiento Abiertos:

PROCESO	DESCRIPCION DEL PLAN	Acciones de Mejora	Actividades	Cumplida en Términos	Cumplida Fuera de Términos	En Desarrollo	Incumplida	ESTADO
Gestión Financiera de Recursos	Informe EEFF UGG 2021	2	8	5	1	1	1	ABIERTO
	Informe EEFF UGG 2021 - Octubre	3	9		6		3	ABIERTO
Gestión Jurídica	Cobro Coactivo	2	3	2			1	ABIERTO
	Ekogui - 2022 - IRLE 9	4	4		3		1	ABIERTO
	PQRS - Tutelas 2022	2	4	1			3	ABIERTO
Gestión y Pago de Recursos	Informe EEFF URADIC - SECI 12	5	5	2	1		2	ABIERTO
Operación y Soporte a las Tecnologías de Información y las Comunicaciones		1	2			2		ABIERTO
	Contratos DGTIC 2021 - Accion Complementaria							
Validación, liquidación y Reconocimiento	Gestión Integral Régimen Especial o Excepción	1	6	4		2		ABIERTO
	Saneamiento SGP 2022	1	4			4		ABIERTO
	Acuerdo Punto Final 2022	1	1			1		ABIERTO
	Reconocimiento Pruebas COVID 19 - 2022	1	4			4		ABIERTO
Sistema Integrado de Gestión	Ley de Transparencia - 2022	1	1			1		ABIERTO
	MSPI 2021	13	44	28	6	10		ABIERTO
Gestión de Contratación	Seguimiento Clinica el Bosque - SECI No.16 2021 Reformulada	1	1			1		ABIERTO
Gestión Servicio al Ciudadano	Seguimiento PQRSO 2022	1	3			3		ABIERTO
Verificaciones al reconocimiento de recursos del Sistema de Salud	Reintegro de Recursos Apropriados o Reconocidos Sin Justa Causa	4	14			14		ABIERTO
Gestión Documental	Caja Menor - 2022	1	2			2		ABIERTO
	Cumplimiento NTC 6047 -2022	1	2			2		ABIERTO
Gestión de Contratación	Seguimiento Proceso de liquidación y cierre de contratos 2022	1	3			3		ABIERTO
	Evaluación muestra de contratos (En Reformulación)	2	2			2		ABIERTO
TOTALES		48	122	42	17	52	11	
				34,43%	13,93%	42,62%	9,02%	

\* Las acciones de mejora incumplidas, están siendo reformuladas por el proceso con seguimiento continuo por parte de la OCI

Avance de Cumplimiento 48,36%

El avance de cumplimiento de los planes de mejoramiento que se encuentran en curso a 31 de diciembre de 2022 es del **48.36%**, con 52 actividades en ejecución que corresponden al **42.62%** y un incumplimiento del **9.01%**. Las acciones incumplidas fueron reformuladas por los líderes de proceso para ser cumplidas en la vigencia 2023.


La Oficina de Control Interno realiza monitoreo mensual al cumplimiento de las acciones de mejora y emite alertas a los procesos como parte del seguimiento realizado.

#### • Planes de mejoramiento con Organismos Externos

Como parte del seguimiento y evaluación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se hayan identificado como producto de procesos de auditoría que adelantan los organismos de inspección, vigilancia y control respecto de las competencias que tiene la Entidad, con el fin de asegurar la eliminación de las causas reales o potenciales y mejorar continuamente el Sistema Integrado de Gestión Institucional de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco del procedimiento CEGE-PR08, se tiene los siguientes resultados:

#### CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

En la vigencia 2022, la Entidad fue notificada de la liberación del informe final respecto a la Actuación Especial de Fiscalización Reclamaciones NO SOAT vigencias 2018 a julio 2021 respecto del cual formuló el plan de mejoramiento requerido por el organismo de control sobre 14 hallazgos incluidos en el mencionado informe y aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCI, y reportados en la Herramienta SIRECI, así:

	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

HALLAZGO	No de Actividades Formuladas	Fecha Máxima de Finalización
HALLAZGO No.1: Investigación sobre los bienes a nombre de terceros fallecidos. (A- D - OI)	1	2022/07/31
HALLAZGO No.2. Investigación efectiva sobre existencia de pólizas de responsabilidad civil (A-OI)	1	2022/12/31
HALLAZGO No.3. Deber de denuncia (A-OI)	1	2022/12/31
HALLAZGO No.4. Gestión del Riesgo de Fraude (A-OI)	2	2022/09/30
HALLAZGO No. 5: Consistencia y calidad de la información giros previos y su legalización (A-D-OI).	1	2023/06/30
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
HALLAZGO No.7: Gestión en la Legalización de los Giros previos en reclamaciones en accidentes de tránsito NO SOAT – Cuentas de Cobro y Revelación en los Estados Financieros. (A-D-F-OI).	1	2022/06/30
HALLAZGO No.8: Habilitación servicio de transporte médico. (A-D-F-OI)	2	2023/06/30
HALLAZGO No.9 Dobles Reconocimientos Pagados por la ADRES (A-D-F-OI)	2	2023/06/30
HALLAZGO No. 10: Reclamaciones prestación de servicios de ambulancia diferencia menos de 5 minutos. (A-D-F-OI)	1	2022/12/31
HALLAZGO No.11 Concentraciones de Reclamaciones NO SOAT (A- D- OI)	1	2022/12/31
HALLAZGO No. 12 Reclamaciones por ayudas diagnósticas Accidentes de Tránsito NO SOAT (A-D-OI)	1	2022/12/31
HALLAZGO No.13: Pagos Reclamaciones NO SOAT por Fallecidos. (A-D-F-OI).	2	2023/06/30
HALLAZGO No.14: Pagos Reclamaciones NO SOAT y SOAT. (A-D- F-OI)	2	2023/06/30
<b>TOTALES</b>	<b>19</b>	

**Fuente: Elaboración propia OCI**

A su vez, la Entidad recibió por parte de la Contraloría General de la República, los resultados de la Auditoría Financiera para la vigencia 2021, y como resultado de este proceso auditor, la Contraloría General de la República constituyó 6 hallazgos para la Entidad, sobre los cuales la Entidad formuló el plan de mejoramiento correspondiente, para los siguientes hallazgos, así:

No	HALLAZGO	FECHA FINALIZACIÓN
1	Hallazgo No. 01. Revelación Nota Contable 24.1.3.1 Recursos Provenientes del FOME (A-OI)	2023/02/28
2	Hallazgo No. 02. Cuenta 2410 Recursos destinados a la Financiación Convenio de Asociación 473 de 2020 (A)	2023/01/31

<b>ADRES</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

No	HALLAZGO	FECHA FINALIZACIÓN
3	Hallazgo No. 03. Crédito de Empréstito BIR/F N°9072-CO GCFE TF N°TFOB2826 Transferencia de recursos a la ADRES (A)	2022/12/31
4	Hallazgo No. 04. Revelación Ingresos Recursos FONSAT y Recursos SOAT (A - D- OI)	2022/09/30
5	Hallazgo No. 05. Registro contable Reintegros UPC RC (A - OI)	2023/02/28
6	Hallazgo No. 6 Consecutivos asientos contables y fechas de transacciones CPC de junio y diciembre 2021 (A - D)	2022/12/31

**Fuente: Elaboración propia OCI**

De acuerdo con el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno al corte 31 de diciembre de 2022, se observa que, la Entidad presenta el estado de cumplimiento del 100% frente al plan de mejoramiento, debido a que las acciones con fecha de cumplimiento a 31 de diciembre de 2022 cumplidas o reprogramadas dadas las justificaciones y evidencias presentadas por las diferentes áreas de la Entidad. Así mismo se evidenció avance en las acciones programadas para la vigencia 2023.

No	HALLAZGO	ACTIVIDADES	FECHA FINALIZACIÓN	CONCEPTO FRENTE AL CUMPLIMIENTO
1	AEFNSOAT HALLAZGO No.2. Investigación efectiva sobre existencia de pólizas de responsabilidad civil (A-OI)	1	31/12/2022	REPROGRAMADA A 31/06/2023
2	AEFNSOAT HALLAZGO No. 3. Deber de denuncia (A-OI)	1	31/12/2022	CUMPLIDA
3	AEFNSOAT HALLAZGO No.4. Gestión del Riesgo de Fraude (A-OI)	1	31/12/2022	CUMPLIDA
		1	31/12/2022	CUMPLIDA
4	AEFNSOAT HALLAZGO No. 5: Consistencia y calidad de la información giros previos y su legalización (A-D-OI).	1	31/12/2022	CUMPLIDA
5	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	31/12/2022	CUMPLIDA
6	AEFNSOAT HALLAZGO No.8: Habilitación servicio de transporte médico. (A-D-F-OI)	1	2023/06/30	EN TERMINO PARA SU CUMPLIMIENTO
		1	31/12/2022	CUMPLIDA
7	AEFNSOAT HALLAZGO No.9 Dobles Reconocimientos Pagados por la ADRES (A-D-F-OI)	1	2023/06/30	EN TERMINO PARA SU CUMPLIMIENTO
		1	31/12/2022	CUMPLIDA

<b>ADRES</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

No	HALLAZGO	ACTIVIDADES	FECHA FINALIZACIÓN	CONCEPTO FRENTE AL CUMPLIMIENTO
8	AEFNSOAT HALLAZGO No. 10: Reclamaciones prestación de servicios de ambulancia diferencia menos de 5 minutos. (A-D-F-OI)	1	31/12/2022	REPROGRAMADA A 31/06/2023
9	AEFNSOAT HALLAZGO No.11 Concentraciones de Reclamaciones NO SOAT (A- D- OI)	1	31/12/2022	CUMPLIDA
10	AEFNSOAT HALLAZGO No. 12 Reclamaciones por ayudas diagnósticas Accidentes de Tránsito NO SOAT (A-D-OI)	1	31/12/2022	CUMPLIDA
11	AEFNSOAT HALLAZGO No.13: Pagos Reclamaciones NO SOAT por Fallecidos. (A-D-F-OI).	1	31/12/2022	REPROGRAMADA A 31/06/2023
		1	2023/06/30	EN TERMINO PARA SU CUMPLIMIENTO
12	AEFNSOAT HALLAZGO No.14: Pagos Reclamaciones NO SOAT y SOAT. (A-D- F-OI)	1	31/12/2022	REPROGRAMADA A 31/06/2023
		1	2023/06/30	EN TERMINO PARA SU CUMPLIMIENTO
13	AF2021_1 Hallazgo No. 01. Revelación Nota Contable 24.1.3.1 Recursos Provenientes del FOME (A-OI)	1	28/02/2023	EN TERMINO PARA SU CUMPLIMIENTO
14	AF2021_3 Hallazgo No. 03. Crédito de Empréstimo BIR/F N°9072-CO GCFF TF N°TFOB2826 Transferencia de recursos a la ADRES (A)	1	31/12/2022	CUMPLIDA
15	AF2021_4 Hallazgo No. 04. Revelación Ingresos Recursos FONSAT y Recursos SOAT (A - D- OI)	1	31/12/2022	CUMPLIDA
16	AF2021_5 Hallazgo No. 05. Registro contable Reintegros UPC RC (A - OI)	1	28/02/2023	EN TERMINO PARA SU CUMPLIMIENTO
17	AF2021_6 Hallazgo No. 06 Consecutivos asientos contables y fechas de transacciones CPC de junio y diciembre 2021 (A - D)	1	31/12/2022	CUMPLIDA
		22		

**Fuente: Elaboración propia OCI**

Respecto a la tabla anterior se tiene como resultado 12 actividades cumplidas por la Entidad respecto al mismo número de hallazgos, los cuales cuentan con evidencias que permiten concluir la superación de las deficiencias señaladas por el organismo de control, por lo que serán retiradas del plan de mejoramiento en cumplimiento de lo señalado en la Circular No 05 de 11 de marzo 2019. Por lo tanto, el reporte del avance semestral que se remitirá al SIRECI solo contendrá las acciones correctivas y preventivas que están en ejecución al interior de la Entidad, para las siguientes actividades:

<b>ADRES</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

<b>HALLAZGO</b>	<b>No de Actividades Formuladas</b>	<b>Fecha Máxima de Finalización</b>
AEFNSOAT HALLAZGO No.2. Investigación efectiva sobre existencia de pólizas de responsabilidad civil (A-OI)	1	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No.8: Habilitación servicio de transporte médico. (A-D-F-OI)	1	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No.9 Dobles Reconocimientos Pagados por la ADRES (A-D-F-OI)	1	2023/06/30
AEFNSOAT HALLAZGO No. 10: Reclamaciones prestación de servicios de ambulancia diferencia menos de 5 minutos. (A-D-F-OI)	1	2023/06/30
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_5 Hallazgo No. 05. Registro contable Reintegros UPC RC (A - OI)	1	2023/02/28
<b>TOTALES</b>	<b>10</b>	

Ahora bien, en cumplimiento de la Resolución 459 del 9 de marzo de 2018, este reporte será presentado a los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para que tengan conocimiento de la ejecución y avance del plan de mejoramiento, así como de las reprogramaciones y su justificación.

## **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

Respecto a los procesos auditores y de inspección, vigilancia y control realizados por la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Superintendencia Delegada de Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores, Administradores de recursos del SGSSS, en la vigencia 2022, se tiene el siguiente estado, así:

<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>	<b>FECHA REPORTE</b>	<b>ESTADO ACTUAL</b>
<b>Visita inspectiva 2019</b>	31 de Diciembre de 2021	Concluido y cumplido en concepto de la SNS- OCI realizó informe final al corte 30/06/2022
<b>Auditoria Documental Reintegro</b>	30 Agosto 2022	Concluido y cumplido en concepto de la SNS- Compromiso envió Mensual Matriz de Reintegro SFTP
<b>Auditoria Documental Reclamaciones (Rezago)</b>	Trimestral	En Ejecución - Reportes a la SNS en Octubre 2022 y Enero de 2023 ya presentados - La SNS no ha remitido pronunciamiento

<b>ADRES</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	<b>Código:</b>	<b>CEGE-FR19</b>
			<b>Versión:</b>	<b>1</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Fecha:</b>	<b>13/05/2022</b>

<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>	<b>FECHA REPORTE</b>	<b>ESTADO ACTUAL</b>
<b>Auditoría Documental Reclamaciones (Alertas DIARI)</b>	Trimestral	En Ejecución - Reportes a la SNS en Octubre de 2022, pendiente reporte de Febrero de 2023
<b>Auditoría Documental Medicamentos de Alto Costo</b>	Trimestral	En Ejecución - Reportes a la SNS en Octubre 2022, Enero de 2023 ya presentado – La SNS no ha remitido pronunciamiento
<b>Visita Inspectiva THS y CET</b>	Trimestral	En Ejecución - Reportes a la SNS en Octubre 2022, pendiente reporte de Febrero de 2023
<b>Auditoría Documental APF</b>	No Definido	Respuesta Informe Preliminar– La SNS no ha remitido pronunciamiento
<b>Auditoría Documental Presupuestos Máximos 2020 - 2022</b>	No Definido	Plan de Mejoramiento Formulado– La SNS no ha remitido pronunciamiento
<b>Auditoría Documental Riesgos</b>	No Definido	Entrega información requerimiento inicial – La SNS no ha remitido pronunciamiento
<b>Auditoría Documental Prestaciones Económicas</b>	No Definido	Plan de Mejoramiento en Formulación por parte de la ADRES

## RELACIONAMIENTO CON ENTES DE CONTROL

En cumplimiento de sus funciones misionales, la ADRES recibe permanentemente a través de los diferentes canales de atención, requerimientos de los organismos de control, entre ellos la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros. La Oficina de Control Interno, de acuerdo con lo definido en el procedimiento CEGE-PR06 atención a organismos de inspección, vigilancia y control, realiza el seguimiento a la atención de esos requerimientos para que se cumplan los términos señalados en estas solicitudes y así se mitigue el riesgo de imposición de multas y sanciones por esta causa.

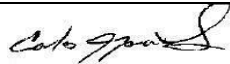
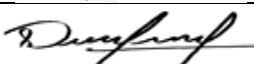
En ese contexto, se tiene que en la vigencia 2022 se atendieron en término, las siguientes solicitudes:

<b>ORGANISMO DE CONTROL</b>	<b>NO. DE REQUERIMIENTOS</b>
Contraloría General de la República	287
Procuraduría General de la Nación	95
Superintendencia Nacional de Salud	127
Fiscalía General de la Nación	168

Fuente: Elaboración propia OCI

<b>ADRES</b>	PROCESO	<b>CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN</b>	Código:	<b>CEGE-FR19</b>
			Versión:	<b>1</b>
	FORMATO	<b>INFORME ANUAL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	Fecha:	<b>13/05/2022</b>

### 7. RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO

Nombre	Firma	Proceso / Jefe (s) Dependencia(s)/ Responsable	ROLES Y RESPONSABILIDADES (Auditor líder, Auditor, Observador)
Carlos Alberto Nova		CEGE	<b>Auditor</b>
Diego Fernando Guerra		CEGE	<b>Auditor</b>
Lizeth Lamprea		CEGE	<b>Auditor</b>

Fecha de Revisión: 15/03/2023

Fecha de Aprobación: 15/03/2023

Cordialmente,

Firmado Digitalmente por

**ADRES**

**DIEGO HERNANDO SANTACRUZ S.**

Jefe OCI

Elaboró: Carlos Nova - Diego Guerra – Lizeth Lamprea

ANEXOS:

### CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS					
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
01	13/05/2022	Versión Inicial	<b>Lizeth Lamprea Mendez</b> Asesor de la Oficina de Control Interno	<b>Diego Santacruz Santacruz</b> Jefe de la Oficina de Control Interno	<b>Diego Santacruz Santacruz</b> Jefe de la Oficina de Control Interno