

**INFORME EJECUTIVO
DE SEGUIMIENTO
A LOS RIESGOS INSTITUCIONALES
SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2022**

**AÑO 2022
PERIODO**

DEL 1 DE MAYO AL 31 DE AGOSTO DE 2022



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS	4
2. ALCANCE	4
3. MARCO NORMATIVO	4
3.1 EXTERNO	4
3.2 INTERNO	5
4. METODOLOGÍA	6
5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	6
5.1 Revisión de la normatividad vigente y la generada por el Instituto	6
5.2 Implementación del componente de Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno en el Instituto	11
5.3 Verificación del Procedimiento de Gestión de Riesgos del INMLYCF vs la “Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas”, versión 5, diciembre 2020, DAPF.	13
5.4 Seguimiento a los resultados de las recomendaciones de los informes cuatrimestrales de los riesgos institucionales presentados.	13
5.5 Seguimiento a los riesgos institucionales del segundo cuatrimestre de 2022.	15
6. CONCLUSIONES	16

INTRODUCCIÓN

En el presente informe de seguimiento a los riesgos institucionales del Segundo Cuatrimestre de 2022, contiene el resultado de la verificación realizada al cumplimiento de la normativa externa e interna vigente y a su vez, visualiza la trazabilidad realizada del 1 de mayo al 31 de agosto de 2022.

Los responsables de los procesos institucionales están periódicamente verificando en cada una de las actividades, los factores internos y externos que inciden en el normal funcionamiento de las operaciones a fin a evaluar y actualizar los eventos no deseados que se puedan presentar, para así identificar las causas y diseñar los controles que contribuyan a reducir o mitigar el riesgo, de tal manera que garanticen a la organización el logro de los objetivos institucionales.

La aplicación de la Política de Gestión de Riesgos, en cuanto a la medición de sus objetivos, el monitoreo y el seguimiento cuatrimestral a las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados y la efectiva evaluación de los controles permitirán una adecuada administración y gestión institucional.

Hace parte del Informe el Anexo respectivo, donde se describen en forma detallada las evidencias encontradas de la verificación realizada conforme a la normatividad descrita.

1. OBJETIVOS

- a. Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a los eventos no deseados con corte al 31 de agosto de 2022.
- b. Validar la aplicación de las recomendaciones dadas en los informes de seguimiento efectuados en la vigencia 2021 y el primer cuatrimestre de 2022.
- c. Evaluar el seguimiento a los riesgos institucionales durante el periodo del 1 de mayo al 31 de agosto de 2022.
- d. Revisar los riesgos materializados durante la vigencia de 2022 y las acciones tomadas para controlar su mitigación

2. ALCANCE

Inicia con la revisión de la aplicación de la normatividad vigente, verificación a la implementación de las recomendaciones dadas a los informes anteriores, continua con la validación del riesgo en sus etapas del análisis y valoración del riesgo con corte al 31 de agosto de 2022 y termina con la revisión de la gestión de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados durante el segundo cuatrimestre de 2022. Aplica para los diez y seis (16) procesos que integran el Mapa de Procesos Institucional.

3. MARCO NORMATIVO

3.1 EXTERNO

1. Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones", artículo 2 Objetivos del Sistema de Control Interno, literal f: "Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos".
2. Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. *"Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano"*. Dentro de los componentes del PAAC-2022 del Instituto se contempla la fase de monitoreo y seguimiento al anexo 1: Matriz de Monitoreo de los Riesgos de Corrupción y el Componente 1: Gestión de Riesgos.

3. Guía para la Gestión de Riesgos de Corrupción- 2015, de la Presidencia de la República. Numeral 3.2.3 – Matriz del Mapa de los Riesgos de Corrupción y numeral 3.3 Consulta y Divulgación y numeral 3.4 Monitoreo y revisión. (Válido porque en él se determina la publicación del monitoreo de los riesgos de corrupción)
4. Decreto 1083 de 2015 (26 de mayo). Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública., artículo 2.2.21.5.5 ***“Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado”.***
5. Acuerdo 08 de 2012. Artículo 6, numeral 7, Evaluar el componente de administración de riesgo institucional.
6. Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG- versión 4 – marzo de 2021. Componente Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno.
7. Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, DAPF.
8. Resolución No. 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación. Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable.

3.2 INTERNO

- a. Resolución No.000858 del 4 de diciembre de 2019, “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”.
- b. Resolución 000123 de marzo 4 de 2019. artículo 11 Seguimiento y Evaluación. *“La Oficina de Control Interno, mediante auditorías internas y seguimientos al componente de riesgos institucionales, realizará seguimiento y evaluación de controles, a su vez, a las acciones para abordar riesgos, establecidas por los líderes de los procesos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión”.*
- c. Procedimiento de Gestión de Riesgos del INMLCF, Código: DG-E-P-022- versión 7 con vigencia del 29 de diciembre de 2021.

4. METODOLOGÍA

Las fuentes de información para realizar el presente informe fueron:

- a. Revisar la normatividad vigente y la generada por el Instituto, en lo relacionado con la gestión del riesgo.
- b. Verificar las actividades de implementación del Componente Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno de MIPG – 7ª Dimensión (Función de la Segunda Línea - Gestión de Riesgos: Consolidación y análisis de información sobre temas clave para la Entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materialización del riesgo).
- c. Revisar el cumplimiento de la Política de Gestión del Riesgo en el INMLCF, del Procedimiento de Gestión de riesgos del INMLYCF versus los estándares en cuanto a la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, emitida por el DAFP.
- d. Verificar los resultados del monitoreo y efectuar el seguimiento de la gestión del riesgo a los riesgos institucionales con corte al segundo cuatrimestre de 2022.
- e. Revisar la gestión efectuada a las acciones y seguimientos de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados con corte al segundo cuatrimestre de 2022 en el marco del SIG.
- f. Revisar los procesos disciplinarios asociados a los riesgos de gestión y corrupción corte al 31 de agosto de 2022.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

5.1 Revisión de la normatividad vigente y la generada por el Instituto

- a. **Se requiere actualizar la Política de Gestión del Riesgo Institucional (Resolución No.000858 de 2019).**

1. En el considerando

No se incluye dentro de las normas, la Guía para la Administración de riesgo y el diseño de controles para las entidades pública versión 5, diciembre de 2020 del DAFP.

2. En el Artículo 1. Política de Gestión del Riesgo del INMLCF. Dice *“La política de gestión del riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, establece los lineamientos para la identificación, tratamiento y seguimiento de los riesgos, prevenir los eventos no deseados, fortalecer el desempeño de los procesos y la transparencia en la gestión institucional.”*

En la adopción debe incluirse que “El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se compromete a administrar adecuadamente los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad digital, asociados a los objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales, acorde a la metodología apropiada para su gestión, determinando las acciones de preventivas y detectivas para evitar la materialización y la acción correctiva inmediata ante los eventos no deseados a fin de mitigar las posibles consecuencias y mantener los niveles de riesgo aceptables”.

3. Artículo 2. Objetivos: Como lo referencia la Guía para la administración del riesgo y el diseño de los controles en Entidades Públicas, versión 5 de diciembre del 2020, incluir la gestión del riesgo a niveles aceptables y alineados con los objetivos estratégicos de la Entidad. Igualmente se requiere alinear la gestión del control, en cuanto a sus atributos y su valoración.

La nota 2 del numeral 3.1. de la NTC-ISO 31000:2018: indica “Los objetivos pueden tener diferentes aspectos y categorías , y se puede aplicar a diferentes niveles”, en este sentido se requiere identificar los riesgos asociados a los proyectos, en seguridad digital contemplar eventos no deseados frente a la aplicación de tecnología nueva y emergente, identificar riesgos asociados a la Gestión de participación ciudadana, orientado a la posibilidad de presentarse quejas, reclamos, denuncias por parte las partes interesadas por incumplimiento a términos de ley o reiteraciones de solicitudes por conceptos no adecuados.

Es importante que se mantenga el análisis de los objetivos estratégicos en alineación con la Política de Gestión del riesgo, tal como lo expresa la Guía para la Administración de riesgo y el diseño de controles para las entidades pública versión 5, diciembre de 2020 del DAFP (Página 21 - Objetivo, Página 27/29 – Paso 2: Identificación del Riesgo, numeral 2.1 -Análisis de los Objetivos Estratégicos y de los Procesos).

4. En el Artículo 3. Alcance del INMLCF. Dice:” *La Política de Gestión del Riesgo es aplicable a los procesos del Instituto, cuyas actividades y tareas están a cargo de los servidores públicos y contratistas.*”

En el alcance debe ir hasta donde es extensible y aplicable la administración del riesgo, en este caso debe decir: “La administración de riesgos es aplicable a todos los procesos del mapa de procesos de la entidad. Para el caso de los riesgos de seguridad digital, se gestionarán acorde al modelo de seguridad y privacidad de la información”.

5. En el Artículo 6. Responsabilidad y compromiso frente al riesgo del INMLYCF. Dice:” *La responsabilidad y*

compromiso frente a los riesgos que se determinan es de todos los servidores públicos de la entidad y su alcance está definido en cada una de las tareas que integran el Procedimiento de Gestión de Riesgos.” La gestión del riesgo debe alinearse con las funciones de aseguramiento y niveles de seguridad, según sea línea de defensa a la que pertenezca.

6. En el Artículo 8. Tipificación de riesgos institucionales. Dice *“El Procedimiento de Gestión de Riesgos deberá señalar los Riesgos de Gestión (estratégicos, de imagen, operativos, de cumplimiento, financieros, tecnológicos, de información), los Riesgos de Corrupción y los Riesgos de Seguridad Digital.”*

Debe incluirse dentro de los riesgos de gestión (de control contable, de contratación,) y dentro de los riesgos de corrupción (De fraude y fiscales). Por otra parte, adicionar los riesgos de seguridad digital (en cuanto a tecnológica nueva y emergente).

7. Debe incluirse los niveles para calificar la probabilidad y el impacto, los cuales se realizan acorde a los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo y el diseño de controles para las entidades pública versión 5, diciembre de 2020 del DAFP (Páginas 37 a la 41).
8. Debe incluirse la valoración de controles, acorde a los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo y el diseño de controles para las entidades pública versión 5, diciembre de 2020 del DAFP (Páginas 43 a la 51).

9. Sobre el Monitoreo de la Política:

Las políticas institucionales deben contar con una actividad que diga “Monitorear el avance en la implementación de la política (es decir, el nivel de grado de cumplimiento de los Objetivos de la Política) que permita tomar, en caso de requerirse, decisiones encaminadas a alcanzar los objetivos propuestos”, tal como lo indica el Procedimiento de Planeación Estratégica (código DG-E-P-019-V8), Actividad no. 4. “Formular e implementar políticas institucionales”, tarea 7. Por lo anterior, debe incluirse el responsable y la frecuencia de la realización del monitoreo de avance de implementación de la política, ya que el artículo 10 de la política solo especifica el “Monitoreo, actualización y consolidación del mapa de riesgos”.

10. Sobre el seguimiento y evaluación de la Política:

En el Procedimiento de Planeación Estratégica (código DG-E-P-019-V8), Actividad no. 4. “Formular e implementar políticas institucionales”, tarea 8, indica que debe incluirse dentro de la política esta actividad y determinar a quién debe presentarse el informe de seguimiento establecido en el procedimiento.

11. Debe ser incluida dentro de la política, los resultados de las evaluaciones llevadas a cabo por el organismo de control, tal como lo contempla la herramienta de evaluación FURAG, pregunta 233, código CIN45.

- b. **Se requiere actualizar Procedimiento de Gestión de Riesgos, Código: DG-E-P-022- versión 7 con vigencia del 29 de diciembre de 2021, acorde a la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, emitido por el Departamento Administrativo de la Función**

Pública.

1. La incorporación de los riesgos de control contable tal como lo establece la Resolución No. 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación.
2. La inclusión y alineamiento de los controles a los riesgos de Seguridad Digital en el Mapa Institucional de Riesgos Institucional tal como lo indica el anexo A "Objetivos del control y controles de referencia" de la NTC-IEC-ISO 27001:2013 y con el Modelo de Gestión de Riesgos de Seguridad Digital del Mintics y el artículo 8 - "Tipificación de los Riesgos Institucionales", de la Resolución No.000858 del 4 de diciembre de 2019.

3. En el aplicativo ISOLUCION/opción DOCUMENTACION / opción GLOSARIO:

Debe incluirse en el glosario los Conceptos básicos relacionados con la gestión que se encuentran en la Guía para la Administración de riesgo y el diseño de controles para las entidades pública versión 5, diciembre de 2020 del DAFP (Página 12 y 13).

4. En la etapa de identificación del riesgo (Actividad no 2. Identificar los riesgos)

En la "tarea 1: Contexto de la Organización", en auditorías internas anteriores (2021 y 2022 se ha recomendado que la frecuencia de actualización del Contexto se realice anualmente y no cada dos años, debido a que parte de los insumos para la actualización corresponden a informes relevantes tales como: Informe de la Revisión de la Alta Dirección (anual), informe de actualización de riesgos (anual), evaluación de satisfacción al cliente (anual), informe de gestión (anual), informe pormenorizado del SIC (semestral), entre otros.

Beneficios de su implementación:

- mantener un contexto de organización en tiempo real
- tomar decisiones oportunas,
- reorientar los procesos,
- ajustar proyectos, programas, entre otros.

5. En la identificación del riesgo existen dos aspectos a tener en cuenta:

Factores de riesgo: Incorporar la tabla de los factores de riesgo (Procesos, Talento humano, Tecnología, Infraestructura, Evento externo) descrita en la Guía para la Administración de riesgo y el diseño de controles para las entidades pública versión 5, diciembre de 2020 del DAFP (Página 31 y 32).

Beneficios de su implementación:

- Identificar los factores internos e internos que influyen en el riesgo

- Establecer mecanismos o lineamientos para blindar a la entidad hacia estos factores que impiden el normal funcionamiento de los procesos.
- Identificar oportunidades que mitiguen las amenazas presentadas (factores externos).

Descripción del riesgo: Incluir la estructura de la descripción del riesgo (impacto + causa inmediata causa raíz) tal como lo establece la guía de la función Pública (Página 32 a la 34).

Beneficios de su implementación:

- mantener un estándar en la identificación del riesgo,
- facilitar el entendimiento por parte del líder del proceso y las demás personas que interactúan en la operación,
- facilitar una redacción clara y coherente,
- articular con la causa raíz el evento no deseado,
- evitar la subjetividad en la redacción,
- entender la forma cómo se puede manifestar el riesgo,
- identificar las causas inmediatas y causas principales o raíz, información esencial para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo.

c. La Publicación en el Portal Institucional, Sección de Transparencia. los Monitoreos del primer y segundo cuatrimestre de los Riesgos Institucionales del 2022, acorde a la Guía para la Gestión de Riesgos de Corrupción-2015, de la Presidencia de la República. Numeral 3.2.3 – Matriz del Mapa de los Riesgos de Corrupción y numeral 3.3 Consulta y Divulgación y numeral 3.4 Monitoreo y revisión.

Acorde a la Circular No. 018 del 22 de septiembre de 2021 expedida por la Procuraduría General de la Nación, donde se implementa la Resolución 1519 de 2020 , fue incluida en la Sección de Transparencia, numeral 4.12 los informes de Monitoreo del primer y segundo cuatrimestre “Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos” del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MINTIC) y la aplicación de la matriz ITA.

Al realizar revisión de la estructura del informe de Monitoreo de Riesgos Institucionales, acorde a los campos establecidos en el formato DG-E-P-022-F-001, en la actividad 5 - Monitorear Riesgos, del Procedimiento de Gestión de Riesgos, Código: DG-E-P-02-V7, presentaron las siguientes inconsistencias:

- a. En Ubicación del Proceso: Se omitieron los campos “Secuencia” y “Reporta”
- b. En la Identificación del Riesgo: Se incorporó un campo adicional “Objetivo del Proceso”

- c. En la Descripción De La No Conformidad Potencial O No Conformidad Real: Se omitió el campo “Acciones de Control”.

Por tanto, el reporte no cumplió con la estructura indicada del formato establecido e DG-E-P-022-F-001.

Dentro del reporte no aparece el informe de “Monitoreo de los Riesgos de Seguridad de la Información”, tal como lo indica la tarea 3, la actividad 5 - Monitorear Riesgos, del Procedimiento de Gestión de Riesgos, Código: DG-E-P-02-V7.

5.2 Implementación del componente de Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno en el Instituto

Acorde al informe Pormenorizado del Sistema de Control Interno del segundo semestre de 2022 en lo relacionado con el componente de Riesgos, se encuentran pendientes por cumplir las siguientes actividades:

En lo relacionado con el Lineamiento 1:

- a. Que el procedimiento de gestión de riesgos contemple todos los pasos para el tratamiento de los riesgos de corrupción cuando estos se materializan y se deben tomar nuevas acciones para evitar que se vuelvan a presentar.
- b. Que el administrador de riesgos este en constante comunicación con la unidad organizacional que está manejando los procesos disciplinarios.
- c. Dar cumplimiento a las acciones recomendadas en los informes realizados por la oficina de control interno sobre los riesgos de corrupción.

En lo relacionado con el Lineamiento 2:

- a. Elaboración del documento sobre la operación de la Segunda línea de Defensa que contemple: estándares de reporte, frecuencia, productos a entregar y responsables. (ver pregunta 207 Código CIN04 y pregunta 210 Código CIN07 de FURAG).

En lo relacionado con el Lineamiento 3:

- a. Actualizar la Política de Gestión del Riesgo, de tal forma que se articule con lo establecido en la guía "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- versión 5 de diciembre de 2020".

En lo relacionado con el Lineamiento 5:

- a. Documento preliminar sobre la operación de la Segunda línea de Defensa que contemple: estándares de reporte, frecuencia, productos a entregar y responsables. (ver pregunta 207 Código CIN04 y pregunta 210 Código CIN07 de FURAG).

- b. Solo se cuenta con informes de la segunda línea de defensa relacionado con la consolidación de los riesgos institucionales, los demás responsables de la segunda línea aún no se ha establecido su entrega de informes, frecuencia, y productos a entregar ante el CICCI.
- c. Actualizar el Procedimiento de Gestión de Riesgos, incluyendo los atributos y calificación de los controles según la "Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, Versión 5 de diciembre de 2022 de la Función pública".
- d. Elaborar los planes de mejorar por parte de los responsables del cumplimiento de las recomendaciones dadas por la Oficina de Control interno según Memorando No. 019-DG-2022.

En lo relacionado con el Lineamiento 9:

- a. Elaborar plan de mejoramiento de los informes de seguimiento de riesgos institucionales realizado por la Oficina de Control Interno y los resultados obtenidos de dicho plan.
- b. Que la segunda línea de defensa opere y presente los informes pertinentes en los periodos establecidos.
- c. Que las acciones preventivas y correctivas, no se les realiza seguimiento eficaz, ya que se evidencia en el cuatrimestre el bajo cumplimiento a los seguimientos a las acciones programadas.
- d. La identificación y análisis de los riesgos que debe tener en cuenta los informes de la segunda y tercera línea de defensa (Informes de auditoría), como un instrumento para la determinación de posibles riesgos de gestión y de corrupción.
- e. Identificación de los riesgos transversales del mapa de riesgos institucional.

En lo relacionado con los Lineamientos 12 y 15:

- a. Actualizar el Procedimiento de Gestión de Riesgos acorde con lo estipulado en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- versión 5 de diciembre de 2020".
- b. Tanto los controles registrados en los documentos SIG como en los adicionales que son generados en las NC de las auditorias requieren especial atención porque en las auditorias se reitera el incumplimiento de dichos controles por parte de los responsables y no se han tomado las medidas para su cumplimiento.

En lo relacionado con los Lineamientos 17:

- a. Solo funciona en la segunda línea de defensa la relacionada con la gestión de riesgos. Falta identificar los demás responsables de la segunda línea, así como los informes que deben presentar ante el CICCI, su frecuencia, los productos y los responsables de su elaboración.
- b. Elaborar los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas e informe de Ley elaborados por la oficina de control interno según Memorando 019-DG-2022.

5.3 Verificación del Procedimiento de Gestión de Riesgos del INMLYCF vs la “Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas”, versión 5, diciembre 2020, DAPF.

En el procedimiento de Gestión de Riesgos versión 07, se presentan las siguientes inconsistencias:

- a. En el numeral 7.2 - Generalidades, Literal (e) - Segunda Línea de Defensa, no está claramente definida la responsabilidad que tiene la Oficina de Planeación en cuanto a gestión del riesgo, según la Guía del DAFP versión 5; la segunda línea está a cargo de los servidores que tienen responsabilidades directas en el monitoreo y evaluaciones de los controles y la gestión del riesgo, es decir, la Oficina de Planeación, cuyo rol principal es monitorear la gestión del riesgo y el control ejecutado por la primera línea de defensa.
- b. En la actividad 2 -“ Identificación del Riesgo”, numeral 5, no se incluyó la propuesta de redactar un riesgo según lineamientos establecidos en la Guía del DAFP, versión 5; la cual contiene la siguiente estructura: **Posibilidad de + Impacto + Causa Inmediata + Causa Raíz.**
- c. En el anexo “Paso a Paso para el Registro de Riesgos en ISOLUCION”, numeral 1.3.3.1- Establecer Controles, no se incluyó la estructura para la redacción de un control según la Guía del DAFP, versión 5, la cual contiene: **responsable del control + Acción (que verifica el entregable con los requisitos) + Complemento (medios, mecanismos o herramientas para realizar la verificación).**
- d. Incluir dentro del Procedimiento, la valoración de los controles a que hace referencias la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, del DAPF.

5.4 Seguimiento a la implementación de las recomendaciones dadas en los informes cuatrimestrales de los riesgos institucionales, vigencia 2021 y primer cuatrimestre de 2022.

Dentro de los informes de seguimiento a los riesgos institucionales de la vigencia 2021, se plasmaron una serie de recomendaciones sugeridas por la Oficina de Control Interno, de las cuales, a la fecha de este corte, aún siguen pendientes por resolver, tales como:

1. Del primer Cuatrimestre del 2021:

- a. *“La elaboración de un procedimiento donde se definan las operaciones de las líneas de defensa, y se establezcan: los responsables, el estándar de los informes a presentar, la frecuencia de entrega y los registros de control, acorde a lo establecido en el Manual de MIPG- 7ª Dimensión, pero aún no hay evidencias sobre su elaboración.*

- c. *La incorporación de Riesgos en el Proceso de Apoyo de “Gestión Financiera”, tal como lo establece el Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable, según Resolución No. 193 de 2016 de Contaduría General de la Nación.*
 - d. *La incorporación de los riesgos de Seguridad Digital al Mapa Institucional de Riesgos tal como se encuentra establecido en el artículo 8 “Tipificación de los Riesgos Institucionales”, de la Resolución No.000858 del 4 de diciembre de 2019 (Política de Gestión del Riesgo).*
 - e. *La incorporación de riesgos al Proceso de Gestión del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses, teniendo en cuenta que el Sistema Integrado de Gestión está basado en los (16) procesos del Mapa de Procesos Institucional.*
 - f. *Establecimiento de mecanismos que logren una evaluación y tratamiento eficaz de las No Conformidades y permitan la disminución del nivel del riesgo: “No Aceptable” (Nivel Alto o Extremo) a un Nivel “Aceptable”, (Bajo o Moderado). Este esquema ha sido contemplado dentro de la Norma NTC/ISO 9001:2015, la cual establece el pensamiento basado en riesgos. También es referida dentro de la Primera y Segunda Línea de Defensa del artículo 6, “Responsabilidad y Compromiso”, de la Resolución No.000858 de 2019.”*
2. Del segundo Cuatrimestre del 2021:
- a. *“Fortalecer la asesoría y acompañamiento a los dueños de los procesos en las etapas de análisis (riesgo inherente) y valoración del riesgo (riesgo residual) para garantizar la adecuada operación en la calificación del riesgo.*
 - b. *Rediseñar los mecanismos de control en el aplicativo ISOLUCION para los módulos de “riesgos” de tal forma que eviten la eliminación de riesgos cuando existen No Conformidades Abiertas, a su vez, generar alarmas para aquellas no conformidades que están próximas a vencer.*
 - d. *Unificar los riesgos repetidos para ser tratados de manera transversal en todas las regionales.*
 - g. *Actualizar la Política de Gestión del Riesgo y del Procedimiento de Gestión de Riesgo del INMLYCF, código DG-E-P-022-V 06, acorde a los nuevos lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, DAPF.*
 - h. *Realizar seguimiento a los posibles riesgos materializados y presentarlos ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su análisis y establecimiento de los lineamientos pertinentes.”*
3. Del Tercer Cuatrimestre del 2021:
- a. *“Cumplimiento parcial de la normatividad vigente, tanto externa como interna.*
 - b. *Cumplimiento parcial en la inclusión de los Riesgos de Control Contable y de Seguridad Digital.*
 - c. *Incorrecta calificación “antes de controles” y “después de controles” de algunos riesgos que se encuentran registrados en el mapa de riesgos institucional.*
 - d. *Debilidades en la descripción y características del riesgo, debido a las siguientes situaciones: algunos de ellos describen “Causas”; otros se encuentran repetidos; ubicados en procesos no pertinentes, tipificados como “De Gestión” siendo de Corrupción”, algunos eliminados del mapa existiendo No conformidades Potenciales asociadas, otros que no han sido incluidos en el mapa siendo de requerimiento legal, algunos riesgos no están siendo calificados por todas las unidades organizacionales que intervienen el proceso.*
 - e. *Debilidades en la identificación y características que deben tener los controles para garantizar la reducción o mitigación de la(s) causa(s) raíz(ces) de los riesgos institucionales.”*

5.5 Evaluación al seguimiento de los riesgos institucionales del segundo cuatrimestre de 2022.

En el documento “ANEXO DEL INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS INSTITUCIONALES - SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2022” se encuentra en detalle seguimiento efectuado a los riesgos de gestión y corrupción registrados en la presente vigencia, de donde se puede extraer lo siguiente:

1. **Se reitera esta inconsistencia presentada en los informes del año 2021**, en cuanto a que en varios riesgos institucionales (ver tablas 6, 10, 14 y 18 del anexo del presente informe) mantienen el mismo nivel de calificación del riesgo en el análisis (antes de controles) y valoración del riesgo (después de controles), lo cual no guarda relación debido a que en la etapa de valoración del riesgo se confronta los resultados del análisis del riesgo inicial frente a los controles establecidos, los cuales se identifican dentro de los documentos del proceso (procedimientos, instructivos, etc.) tal como lo indica el paso 3 de la valoración del riesgo la Guía de administración de Riesgos y el diseño de controles en entidades públicas, del DAFP, versión 5 de diciembre de 2020 (Página 37).
2. **Se reitera esta inconsistencia presentada en los informes del año 2021**. Materialización de riesgos (ver tabla 2 del anexo del informe) a los cuales no se les ha actualizado el nivel de probabilidad en su etapa de valoración, tales como: *“GPI-10: Inoportunidad en la ejecución de los recursos de proyectos de inversión”* y *“SIG-12: Inadecuada formulación, seguimiento y evaluación de las acciones correctivas y preventivas”*.
3. En cuanto a la Gestión de las actividades y seguimiento de las No conformidades, se ha venido presentado de forma sistemática, lo siguiente:
 - a. Las No Conformidades no cuentan con mecanismos de control cuando la actividad tiene una fecha programada y permite que el seguimiento se realice con fecha posterior.
 - b. No se visualiza en la consulta de la No Conformidad, la fecha de cierre eficaz de una actividad programada.
 - c. No se generan alertas para los casos donde los seguimientos no se han efectuado dentro del rango de monitoreo de los riesgos
 - d. No se tiene control sobre las No conformidades asociadas a riesgos desvinculadas en el módulo de mejora del aplicativo ISOLUCION.
 - e. No se identifica el requisito incumplido en cuanto al riesgo identificado.

- f. Existen No Conformidades vencidas que sobrepasan la fecha de cierre de proyectada y que han alcanzado los 5 años de vencimiento (ver tablas 3 y 5 del anexo del informe), que pueden llegar impactar los objetivos institucionales y los trazados en el SIG. La anterior inconsistencia requiere el abordaje específico por parte de la Alta Dirección.
 - g. Para dos riesgos analizados en el cuatrimestre, se evidenció dentro de las No conformidades asociadas (NCP-986 Y 987), en el cierre global de la eficacia, que las acciones presentadas no se articulan con la causa raíz a fin de mitigar el riesgo, lo cual conllevaría que el mencionado riesgo se mantenga activo y su causa raíz esté vigente.
4. En cuanto a los resultados del Monitoreo y Seguimiento a las No Conformidades asociadas a los riesgos Institucionales, se evidenció que no se realizó un monitoreo detallado a la gestión de las actividades programadas y los respectivos seguimientos, lo que puede conllevar a una toma de decisiones no asertiva y oportuna para la mejora efectiva sobre los riesgos institucionales.
 5. Riesgos repetidos (ver tabla 9 del anexo del informe) en el mismo Macroproceso Misional: (4) y De apoyo: (8). Lo anterior indica que no está aplicando lo contemplado en el Procedimiento de Gestión de Riesgos (Código DG-E-P-022-v7) en su numeral 7.2, relacionado con la Segunda Línea donde indica *“Encargada de asegurar que los controles y los procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende; así mismo, detectar aquellos riesgos que pueden ser comunes a varias áreas/unidades organizacionales de la entidad y formular su inclusión en el mapa de riesgos institucional.”*
 6. Riesgos que requiere ser ubicados en los procesos pertinentes (SIG-12: *Inadecuada formulación, seguimiento y evaluación de las acciones correctivas y preventivas*, GSF-167: *Incumplimiento de las normas de seguridad de la información*).
 7. Riesgo de Gestión que requiere ser clasificado como Riesgo de Corrupción: *“GF-73: Fraude electrónico de los saldos en banco”*, en la categoría de los riesgos de Fraude.

6. CONCLUSIONES

Realizada la evaluación de la aplicación del tratamiento dado a los riesgos institucionales con corte al 31 de agosto de 2022 se concluye:

1. En cuanto a la verificación al cumplimiento de la normatividad asociada a los eventos no deseados con corte al 31 de agosto de 2022 se evidencio:

- a. Incumplimiento en la inclusión de los riesgos de Control Contable (Resolución No. 193 de 2016 de Contaduría General de la Nación. Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable) y de Seguridad Digital (artículo 8 “Tipificación de los Riesgos Institucionales”, de la Resolución No.000858 del 4 de diciembre de 2019 - Política de Gestión del Riesgo Institucional) y la clasificación de los riesgos de corrupción en riesgos de fraude y fiscales.
 - b. Omisión en el Procedimiento de Gestión de Riesgos, Código: DG-E-P-022- versión 7, en la etapa de identificación del Riesgo, debido a que no se contempló la estructura que permita identificarlo, así: el impacto, la causa inmediata y la causa raíz (numeral 2.5 – Descripción del Riesgo de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, DAPF).
 - c. Debilidades en el mecanismo para gestionar los controles y depuración de los riesgos registrados, debido a que algunos se encuentran (a) repetidos, (b) otros, ubicados en procesos no pertinentes, (c) tipificados como “De Gestión” siendo de Corrupción”, (e) otros eventos no deseados que no han sido incluidos en el mapa siendo de requerimiento legal (riesgos contables y de seguridad digital), y (f) algunos riesgos no están siendo calificados por todas las unidades organizacionales que intervienen el proceso.
 - d. Incorrecta calificación del riesgo “antes de controles” y “después de controles” de algunos riesgos que se encuentran registrados en el mapa de riesgos institucional.
 - e. Debilidades en la identificación y características que deben tener los controles para garantizar la reducción o mitigación de la(s) causa(s) raíz(ces) de los riesgos institucionales.
2. En cuanto a la validación la aplicación de las recomendaciones dadas en los informes de seguimiento efectuados en la vigencia 2021 y el primer cuatrimestre de 2022:
 - a. Existen recomendaciones dadas en los informes del primer, segundo y tercer cuatrimestre del 2021 y primer cuatrimestre de 2022, que no cuentan con un plan de mejora según los lineamientos dados en el Memorando No. 019-DG-2022.
 3. En cuanto a la evaluación de los resultados del seguimiento a los riesgos institucionales durante el periodo del 1 de mayo al 31 de agosto de 2022:

- a. En el numeral “5.5 Seguimiento a los riesgos institucionales del segundo cuatrimestre de 2022” del presente informe, se registran siete (7) observaciones relevantes de este proceso. Por lo anterior, se hace necesario realizar un minucioso control y monitoreo a los riesgos institucionales, en cuanto al proceso de calificación entre la etapa de análisis y valoración del riesgo, duplicación de los eventos no deseados e inadecuada ubicación del mismo. En lo relacionado con las No conformidades asociadas: se requiere un cierre eficaz, teniendo en cuenta la causa raíz, control sobre la inclusión de las No Conformidades vinculadas al riesgo y un seguimiento efectivo de las de las actividades programadas vs los seguimientos realizados
4. En cuanto a la revisión de los riesgos materializados durante la vigencia de 2022 y las acciones tomadas para controlar su mitigación:
- a. Durante la vigencia 2022, se materializaron dos riesgos de gestión (GPI-10: Inoportunidad en la ejecución de los recursos de proyectos de inversión” y “SIG-12: Inadecuada formulación, seguimiento y evaluación de las acciones correctivas y preventivas”), sin que a la fecha del presente informe se evidencien acciones para controlar su mitigación.

Finalmente, varias de estas situaciones han sido reiteradas en los informes del primer, segundo y tercer cuatrimestre sin que a la fecha exista evidencia el tratamiento de las mismas.

Para mayor información del presente documento se puede consultar el anexo del Informe Ejecutivo.

Atentamente,



NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró:	Henry Cortés Contreras. Profesional Especializado de la OFCI.
Revisó	Lucila Sicachá. Profesional Especializado Forense de la OFCI.
Aprobó:	Néstor Fan León Niño. Jefe Oficina de la OFCI.

Fecha de elaboración: 2022-10-11