

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

**AÑO 2022
PERIODO**

DEL 1 DE ENERO AL 30 DE ABRIL 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	7
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.	8
5.4 Seguimiento a los resultados de las recomendaciones de los informes cuatrimestrales de los riesgos institucionales presentados.	8
6 CONCLUSIONES	10

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno presenta el informe de seguimiento a los riesgos institucionales del Primer Cuatrimestre de 2022, verificando el cumplimiento de la normativa externa e interna vigente y a su vez, visualiza la trazabilidad efectuada del nivel del riesgo durante el periodo de cierre de la vigencia 2021 y la iniciación de la vigencia 2022.

La gestión del riesgo, hace que los responsables de los procesos institucionales estén 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 incidentes que se puedan presentar, 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 propuestos.

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 presente 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 30 de abril de 2022.
- b. Validar la aplicación de las recomendaciones dadas en los informes de seguimiento efectuados en la vigencia 2021.
- c. Evaluar la trazabilidad del nivel del riesgo durante la vigencia de cierre del 2021 y la iniciación del periodo del 2022.
- d. Revisar la eficacia de las No Conformidades asociadas a los a los riesgos identificados en el mapa de procesos institucional y la coherencia con los procesos disciplinarios asociados a actos de corrupción, con corte al 30 de abril de 2022.

2. ALCANCE

Inicia con la revisión y aplicación de la normatividad vigente, seguimiento a las recomendaciones dadas a los informes efectuados en la vigencia 2021 de los tres cuatrimestres, continua con la evaluación de la trazabilidad del nivel de riesgo durante el cierre de la vigencia 2021 y el inicio de la vigencia 2022 y termina con la revisión de la eficacia de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados durante el periodo del 1 de enero de 2022 y el 30 de abril 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-2021 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. Revisión de la normatividad vigente y la generada por el Instituto, en lo relacionado con la administración y gestión del riesgo.
- b. Revisión de 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 de riesgos).
- c. Verificación del Procedimiento de Gestión de riesgos del INMLYCF versus la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, DAPF.
- d. Análisis de trazabilidad del control y seguimiento de los riesgos institucionales del primer, segundo y tercer cuatrimestre de 2021.
- e. Análisis y seguimiento a las No Conformidades generadas para el tratamiento de los Riesgos de Gestión y Corrupción acorde al estado de las mismas, con corte al 31 de diciembre de 2021.
- f. Análisis de los procesos disciplinarios asociados a los riesgos de corrupción con corte a diciembre 31 de 2021.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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

De acuerdo a la normatividad vigente, se reiteran las observaciones registradas en el informe de seguimiento de riesgos institucionales del tercer cuatrimestre de 2021, en cuanto a incumplimientos relacionados con:

- a. La actualización de la Política de Gestión del Riesgo Institucional (Resolución No.000858 de 2019).
- b. La actualización parcial del 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.
- c. 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.

- d. La inclusión de los riesgos de Seguridad Digital en el Mapa Institucional de Riesgos Institucional 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) y desagregar dentro de los riesgos de corrupción, los de fraude tal como lo indica la Guía de Riesgos versión 5 del DAFP.
- e. La Publicación en el Portal Institucional, Sección de Transparencia. los Monitoreos del primer y segundo cuatrimestre de los Riesgos Institucionales, 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.
- f. La Incorporación como documento externo en ISOLUCION, de la “Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, del Departamento Administrativo de la Función Pública”. Procedimiento de Control de Documentos DG-E-P-001-V18, actividad 7.

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 2021 en lo relacionado con el componente de Evaluación de Riesgos, se encuentran pendientes por cumplir las siguientes actividades:

- a. Algunos de los objetivos descritos en los procesos institucionales, no están incluidos en los indicadores definidos en las caracterizaciones, o contemplan indicadores que no tienen coherencia con el proceso, lo que conlleva a omitir riesgos que requieren controlarse dentro del Mapa de Riesgos Institucional (ítem 6.2 del informe Pormenorizado y numeral 1.1 del anexo).
- b. Revisadas algunas No conformidades Potenciales se encontraron varias acciones que, aunque fueron reformuladas se encuentran en un estado de “Vencidas” al 31 de diciembre de 2021 (ítem 7.5 del informe Pormenorizado y numeral 1.2 del anexo).
- c. En la Actividad 2 –“identificación de los Riesgos” (numeral 1) del Procedimiento de Gestión de Riesgos, se indica como tarea, consultar el Contexto Estratégico Institucional conforme al Procedimiento de Planeación Estratégica (actividad 1 - numeral 5); dicho anexo se actualiza cada dos años sin tener en cuenta que los riesgos institucionales, se miden y ajustan anualmente (ítems 8.1 y 9.1 del informe). Lo anterior, no guarda coherencia entre la periodicidad de estas dos actividades, cuando las causas de los riesgos se evalúan cada año, se convierten en los factores internos y externos del Contexto Estratégico que se actualiza cada dos años.

- d. Mediante Resolución No.000403 de 2020 se establecieron responsabilidades de las actividades de control mediante las líneas de defensa, pero actualmente no se han implementado completamente (ítem 8.3. del informe).
- e. En la implementación de un modelo estándar de informes de la segunda línea defensa y el registro de algunos informes que deben presentarse por los responsables de esta línea (ítems 9.2 y 9.4. del informe).
- f. La Alta Dirección analiza el resultado del consolidado de riesgos institucionales para ajustarlos, pero acorde con el informe de riesgos 2021 "existen debilidades en los mecanismos de control asociados a los riesgos que han conllevado a la materialización de algunos de ellos, sin darles tratamiento adecuado y permitiendo el vencimiento de las No Conformidades Potenciales, Reales y de Mejora (ítem 9.3 del informe).

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, DAFP.

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 de los riesgos, 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).**

5.4 Seguimiento a los resultados de las recomendaciones de los informes cuatrimestrales de los riesgos institucionales presentados.

Dentro de los informes de seguimiento a los riesgos institucionales del primer y segundo cuatrimestre de 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 Informe de Seguimiento de los Riesgos institucionales:

- 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 Informe de Seguimiento de los Riesgos institucionales:

- 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.”*

6 CONCLUSIONES

Realizada la evaluación de la aplicación del tratamiento dado a los riesgos institucionales con corte al 30 de diciembre de 2022 se concluye:

- a. Cumplimiento parcial de la normatividad vigente, tanto externa como interna.
 - 1. Incumplimiento en la inclusión de los riesgos de Control Contable (Resolución No. 193 de 2016 de Contaduría General de la Nación) 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).
 - 2. 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).
 - 3. Debilidades en el control 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”, (d) eliminados del mapa existiendo No conformidades Potenciales asociadas, (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.
 - 4. Incorrecta calificación del riesgo “antes de controles” y “después de controles” de algunos riesgos que se encuentran registrados en el mapa de riesgos institucional.
 - 5. 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.
- b. Existen varias inconsistencias reiteradas en los informes del primer, segundo y tercer cuatrimestre del año 2021, sin que a la fecha exista evidencia del tratamiento de las mismas (ver numeral 5.4 del Presente informe).
- c. Al realizar la trazabilidad del nivel del riesgo para los (4) Macroprocesos del Mapa de Procesos

Institucional se detectaron varios eventos no deseados de procesos que no conservaron su calificación final en el nivel de riesgo al cierre de la vigencia del año 2021 (con corte al 31 de diciembre) y comienzo de la vigencia 2022(con corte al 30 de abril).

- d. Se identificaron No conformidades Potenciales y Reales que no están asociadas a los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos Institucional de la vigencia 2022. Por otro lado, de evidenciaron No Conformidades, las cuales no contaron con los seguimientos establecidos para el primer cuatrimestre de 2022.

Para mayor información de lo presentado en este documento se puede consultar el anexo adjunto del Informe Ejecutivo.

Atentamente,



NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Henry Cortés Contreras. Profesionales Especializados de la OFCI. 
Revisó y Aprobó: Néstor Fan León Niño. Jefe Oficina de la OFCI.

Fecha de elaboración: 2022-05-27