



**INSTITUTO NACIONAL DE
MEDICINA
LEGAL Y
CIENCIAS
FORENSES**

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

**AÑO 2022
PERÍODO**

DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
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
5.1.1 Política de Gestión del Riesgo (ver tabla – “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 1, del anexo del informe)	6
5.1.2 Procedimiento de Gestión de Riesgos (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 2, del anexo del informe)	7
5.1.3 Publicación en la Sección de Transparencia del Monitoreo y Seguimiento de los Riesgos Institucionales (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 3, del anexo del informe)	8
5.1.4 Trazabilidad de los Riesgos Institucionales (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 4, en el anexo del informe).....	9
5.1.5 Trazabilidad de las No Conformidades asociadas a riesgos (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 5, del anexo del informe)	10
5.1.6 Seguimiento a los riesgos materializados (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 6, del anexo del informe)	11
6 CONCLUSIONES	12



INTRODUCCIÓN

La gestión del riesgo, entre otras, reside en disponer de la información de los procesos de la Entidad para ser analizada y preparada y así dar respuesta de forma anticipada a posibles efectos negativos que puedan interferir con los objetivos institucionales, bajo los principios direccionadores de la Política de Gestión del Riesgo del Instituto.

Como parte de ese proceso estructurado, continuo y consistente implementado en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Oficina de Control Interno verifica el cumplimiento de la normativa externa e interna relacionada con la gestión de la entidad relacionada con los riesgos institucionales, para el período transcurrido entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2022; lo anterior permite validar los objetivos establecidos en la política del riesgo, las actuaciones llevadas a cabo tras el monitoreo y seguimiento cuatrimestral y el tratamiento de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados, el fortalecimiento y actualización de los controles para acceder a una gestión eficaz de la mitigación del riesgo.

Hace parte de este documento el “Anexo Informe Seguimiento de riesgos institucionales”, donde se detallan 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 diciembre de 2022.
- b. Validar la aplicación de las recomendaciones contenidas en los informes de seguimiento efectuados durante el primer y segundo cuatrimestre de 2022.
- c. Evaluar el seguimiento a los riesgos institucionales durante el período del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2022.
- d. Revisar los riesgos materializados durante la vigencia de 2022 y las acciones tomadas para su mitigación.

2. ALCANCE

Inicia con la revisión de la aplicación de la normatividad vigente, continúa con la verificación de la aplicación de la Política de Gestión del Riesgo Institucional, la validación el riesgo en sus etapas del análisis, valoración, autoevaluación y la revisión de la gestión de las No Conformidades asociadas a los eventos no deseados. Culmina con la verificación a la implementación de las recomendaciones dadas a los informes anteriores. El período validado va del 1 de septiembre de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Lo anterior se desarrolló 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. Resolución 1519 de 2020 – Mintics – *“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”.*
7. Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG- versión 4 – marzo de 2021. Componente Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno.
8. Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, diciembre 2020, DAPF.
9. 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

Para el desarrollo del presente informe se realizaron las siguientes actividades:

- 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 efectuado por la Oficina de Planeación y efectuar el seguimiento de la gestión del riesgo a los riesgos institucionales con corte al tercer 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 tercer 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 diciembre de 2022.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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

Los resultados fueron compilados en el anexo denominado “*Consolidado de Observaciones y Recomendaciones*”, Para el período entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2022 (tercer cuatrimestre).

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes, así:

5.1.1 Política de Gestión del Riesgo (ver tabla – “*Consolidado de Observaciones y Recomendaciones*” – Sección 1, del anexo del informe)

La Política de Gestión del Riesgo fue actualizada mediante Resolución No.001142 de 2022 de vigencia 29 de diciembre de 2022, donde se resaltan cambios significativos en su contenido y se espera validar en la vigencia 2023 en los informes de seguimiento cuatrimestrales.



Así mismo, se validó que los resultados reportados por la Oficina de Planeación respecto a los indicadores asociados a los objetivos presentan las siguientes observaciones:

- Objetivos del indicador que no corresponden con el nombre del indicador y su fórmula.
- No se cuenta con evidencias que soporten el número de acciones eficaces para mitigar riesgos.
- Uno de los indicadores no reporta medición ni análisis del mismo.

Por tanto, es recomendable aplicar el documento “Gestión de Indicadores Institucionales” código DG-E-P-023, que corresponde a la Administración del Sistema Integrado de Gestión y elaborado por la Oficina de Planeación. (ver Tabla 18, Anexo del Informe de Seguimiento de Riesgos Institucionales).

5.1.2 Procedimiento de Gestión de Riesgos (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 2, del anexo del informe)

Se realizó la verificación del contenido del Procedimiento de Gestión del Riesgo, Código: DG-E-P-022- versión 7 con vigencia del 29 de diciembre de 2021 respecto a la normatividad vigente encontrándose aspectos a tener en cuenta en la actualización del mencionado procedimiento, como a continuación se detalla:

1. Respecto al Glosario de la Gestión del Riesgo: Que el aplicativo ISOLUCION/opción DOCUMENTACION / opción GLOSARIO no incluye los “Conceptos Básicos relacionados con la gestión del riesgo” acorde a la Guía para la administración del riesgo del DAFP (Página 12 y 13).
2. En lo relacionado con los Riesgos de Seguridad Digital: No se encuentran incluidos los controles a los riesgos de Seguridad Digital en el Mapa Institucional de Riesgos tal como lo indica el anexo A “Objetivos del control y controles de referencia” de la NTC-IEC-ISO 27001:2013 y el Modelo de Gestión de Riesgos de Seguridad Digital del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones – MINTIC. Tener en cuenta además que desde el año 2022 se dio inicio a la transición para la adopción de la nueva versión de la norma NTC-IEC-ISO 27001:2022, que incluye cambios importantes en el tema de controles.
3. En la etapa de identificación del riesgo (Actividad 2 del Procedimiento): En la “tarea 1: Contexto de la Organización”, se ha recomendado en auditorías internas anteriores (2021 y 2022) 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: el Informe de 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. A la fecha estas sugerencias no han sido atendidas.

En esta misma etapa, se deben incluir dos aspectos relacionados con:

- 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).



- 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).
- 4. En lo relacionado con la **valoración de controles**: Se hace necesario incluir los lineamientos que hacen parte de la Guía de la Función Pública sobre la validación de controles (Páginas 43 a la 51).
- 5. En lo relacionado con la **Materialización de riesgos de Gestión o Corrupción**, se sugiere incluir dentro del Procedimiento, la actualización de los riesgos de gestión y de corrupción materializados, de tal forma que permita incorporar, cuando aplique, nuevas causas y efectos (análisis), controles (valoración) y No conformidades asociadas a los eventos no deseados.

5.1.3 Publicación en la Sección de Transparencia del Monitoreo y Seguimiento de los Riesgos Institucionales (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 3, del anexo del informe)

Se realizó verificación sobre la Publicación del Monitoreo y Seguimiento de los Riesgos Institucionales vigencia 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; a su vez, del Procedimiento de Gestión de Riesgos en sus actividades 5 y 6, encontrándose lo siguiente:

1. En cuanto a los **informes de Monitoreo reportados del primer, segundo y tercer cuatrimestre**,

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, presentan las siguientes observaciones:

- En la sección “Ubicación del Proceso”: Se omitieron los campos “Secuencia” y “Reporta”.
- En la sección “Identificación del Riesgo”: Los campos “Tipos de Riesgos y Causa”, no se encuentran en el orden establecido en el formato. Por Otro lado, se incorporó un campo adicional “Objetivo del Proceso”
- En la sección “Descripción De La No Conformidad Potencial O No Conformidad Real”: Se omitió el campo “NCP o NCR”.
- En la sección “Monitoreo del”: se omitió el mensaje “Nivel Avance”

2. En cuanto a los **informes de Monitoreo de los Riesgos de la 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, no se reportó el Informe de “Monitoreo de los Riesgos de Seguridad de la Información”, de los tres cuatrimestres de la vigencia 2022.

3. En cuanto a los **informes de Seguimiento de Riesgos Institucionales**

A la fecha del presente informe no hay registro en la Sección de Transparencia del “Informe de Seguimiento de



Riesgos Institucionales”, en el numeral 4.12 Riesgos, tal como lo indica la tarea 2, de la actividad No 6. Hacer El Seguimiento a los Riesgos, del Procedimiento de Gestión de Riesgos, según formato DG-E-P-022-F-002-V7.

5.1.4 Trazabilidad de los Riesgos Institucionales (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 4, en el anexo del informe)

Acorde a la Normatividad vigente, al Procedimiento de Gestión del Riesgo Código: DG-E-P-022- versión 7 con vigencia del 29 de diciembre de 2021, se verificó la trazabilidad de los riesgos, encontrándose pendiente lo siguiente:

1. Aun cuando el Grupo Nacional de Gestión Contable y la Oficina de Planeación identificaron el factor de riesgo y tipo de causa de cinco etapas del proceso contable, según oficio No. 00001-OFPL-2022 de 2022-01-07, se encuentra pendiente aplicar lo contemplado en la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas emitida por el DAFP versión 5 del 2020 (página 30 a la 35, con el fin de identificar los riesgos críticos del proceso en mención e incorporarlos al mapa de riesgos de la Entidad.
2. La incorporación de los **riesgos de seguridad digital y riesgos de continuidad del negocio** (anexo 3 – Condiciones Mínimas y Técnicas de la Seguridad Digital de la Resolución 1519 de 2020 y el anexo A.14.1.2 - Continuidad del negocio y evaluación de riesgos de la Norma NTC- ISO 27001:2013).
3. Rediseñar **mecanismos de control en el aplicativo ISOLUCION** en el módulo de “riesgos” de tal forma que evite la eliminación de riesgos cuando existen No Conformidades “Abiertas” o “Vencidas”.
4. **Reubicar los riesgos en los procesos institucionales pertinentes**, tales como, tales como: “SIG-12: Inadecuada formulación, seguimiento y evaluación de las acciones correctivas y preventivas” que se encuentra en el Macroproceso Estratégico y Pertenece al Macroproceso de Evaluación y Control y el riesgo “GSF-167: Incumplimiento de las normas de seguridad de la información” que se encuentra en el Macroproceso Misional y pertenece al Macroproceso de Apoyo.
5. Trasladar el riesgo gestión “GF-68 - Fraude electrónico de los saldos en banco” como riesgo de corrupción dentro del Proceso de Gestión Financiera.
6. Depurar los riesgos repetidos existentes dentro del mismo proceso. En la muestra analizada se detectaron los siguientes riesgos repetidos: “Incumplimiento en la aplicación de los Reglamentos, Protocolos, Instructivos, Procedimientos, Procesos, Guías relacionados con el servicio forense”, repetido (4) veces en el Proceso de Gestión de Servicio Pericial con diferente codificación, “Inadecuado manejo de los inventarios a cargo de los funcionarios” repetido (4) veces y “Prestar en forma inoportuna el servicio de mantenimiento”, repetido (3) veces en el Proceso de Gestión de Administrativa con diferente codificación; “Incumplimiento de las normas de seguridad de la información”, repetido (2) veces en el Proceso de Gestión de Infraestructura Tecnológica y Servicios Informáticos con diferente codificación.

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.”

7. Establecer **mecanismo de monitoreo y control** entre las **etapas de análisis, valoración y autoevaluación** para evitar que se mantenga el mismo nivel de riesgo en estas tres etapas, 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). Las muestras tomadas para su verificación se pueden consultar en el anexo del informe de seguimiento de riesgos institucionales tablas 2,4,7,9,12,14 y 16.
8. Fortalecer la identificación y características que deben tener los controles en su descripción y valoración para garantizar la reducción o mitigación de la(s) causa(s) raíz(ces) de los riesgos institucionales, tal como lo indica la Guía para la Administración de Riesgo y el Diseño de Controles para las Entidades Públicas versión 5, diciembre de 2020 del DAFP (Página 43 a la 51).
9. Monitorear los riesgos de corrupción que dentro de la etapa de valoración y autoevaluación quedaron en un nivel “Moderado”, teniendo en cuenta que el impacto de los riesgos de Corrupción siempre estará en el nivel Alto o Extremo, por el efecto que generaría su materialización y la gestión de estos se encamina a disminuir los niveles de probabilidad. Por tanto, siempre deben permanecer dentro del rango “No Aceptable”, es decir el mapa de calor debe reflejar el estado de “Alto” o “Extremo”. En la verificación realizada se encontraron los riesgos del Proceso de Apoyo: “GA-100 Deficiencia en la supervisión, control y vigilancia de los contratos celebrados por el instituto para la adquisición de bienes o servicios” y “GA-101 Posibilidad de influenciar la etapa precontractual, para beneficiar a un tercero al momento de adjudicar el contrato.

5.1.5 Trazabilidad de las No Conformidades asociadas a riesgos (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 5, del anexo del informe)

Acorde a la Normatividad vigente y el Procedimiento “Gestión de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora”, código DG-C-P-014-v13 con vigencia 14 de diciembre de 2020, se procedió a verificar la trazabilidad de las NO Conformidades asociadas a riesgos encontrándose pendiente lo siguiente:

1. Se requiere generar alertas a través de los correos institucionales, a los dueños de los procesos para aquellas No Conformidades que están próximas a vencer.
2. Que se precisa validar el cierre global de la eficacia de la No Conformidad, debido a que varias de ellas se han cerrado justificando la realización de actividades de socialización o publicación de procedimientos o políticas, elaboración de cronogramas, siendo estas tareas que no constituyen un soporte suficiente para el cierre y por el contrario se omite la utilización de controles con los que se pueda verificar la aplicación y cumplimiento de directrices institucionales y así darle consistencia y coherencia al cierre de la No Conformidad. En la muestra realizada se presentó esta circunstancia en las NCP-987, NCP-1004, NCP-1005



Por otra parte, fueron cerradas No Conformidades, en donde la sección de Cierre Global se registró “NO” y el contenido de la justificación indica que fue eficaz su cierre. En el muestreo realizado se detectaron las siguientes No conformidades con las mencionadas características: NCP-1000, NCP-997, NCP.985, NCP-999 y NCP-972.

3. No se identifica en la No Conformidad asociada al evento no deseado, el requisito aplicable para el riesgo registrado. En la verificación realizada a las NCP de la vigencia 2022, se constató esta observación en las NCP: 973, 979, 1018, 1011, 1009, 1006, 1000, 999, 998, 997, 996, 995, 991, 990, 989, 988, 987, 986, 985, 982, 981, 980, 979, 977, 976, 975, 973, entre otros.
4. Establecer, en el mapa de calor del riesgo, **mecanismos de control** que logren un **seguimiento, evaluación y tratamiento eficaz de las No Conformidades** y permitan que el nivel del riesgo: “No Aceptable” (Nivel Alto o Extremo) se pueda gestionar 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 en las responsabilidades de la Primera y Segunda Línea de Defensa. Los resultados de nivel de aceptabilidad del riesgo se pueden consultar en el anexo Informe de seguimiento de riesgos institucionales, en las tablas 2,4,7,9,12,14 y 16.

Por otra parte, el porcentaje de cumplimiento a los seguimientos de las actividades programadas en las No conformidades estuvieron **por debajo del 100%**, tal como se indica a continuación: **Para los riesgos de Gestión** en el Macroproceso Estratégico 72%, Misional 62%, de apoyo 62%, Evaluación y Control 73% (consultar las tablas 3,6,8,y, 10 del anexo del Informe de Seguimiento de Riesgos Institucionales); **Para los riesgos de corrupción** los resultados de cumplimiento **estuvieron cercanos al 100%**, así: En el Macroproceso Misional 92%, de apoyo 94% y de evaluación y control 100% (consultar las tablas 13,15 y 17 del anexo del Informe de Seguimiento de Riesgos Institucionales).

5. Establecer controles a fin de evitar **la omisión de No Conformidades “Abiertas” o Vencidas” que deben ser asociadas a riesgos** activos dentro de la vigencia. En la muestra analizada se presentaron las observaciones contenidas en la “Tabla 5: No conformidades asociadas a riesgos del Macroproceso Misional que no fueron
6. registradas en el mapa de riesgos institucional” (ver anexo del informe de seguimiento de riesgos institucionales)

5.1.6 Seguimiento a los riesgos materializados (ver tabla “Consolidado de Observaciones y Recomendaciones” – Sección 6, del anexo del informe)

Acorde a los lineamientos de la Función Pública, “Guía de administración de Riesgos y el diseño de controles en entidades públicas, del DAFP, versión 5 de diciembre de 2020” (páginas de la 72 a la 74), realizamos las siguientes consideraciones y recomendaciones sobre el tema:

1. Incluir en el **Procedimiento de Gestión del Riesgo** las acciones a en el caso de **materializarse un riesgo de gestión o de corrupción**, contemplando las etapas de diagnóstico, identificación, análisis, valoración y autoevaluación.
2. Se identificó por parte de esta Oficina de Control Interno la materialización de tres riesgos (uno de gestión y dos de corrupción) sin que exista registro de las acciones realizadas dentro del módulo de riesgos del aplicativo



ISOLUCION. Por lo anterior se requiere generar acciones para dar tratamiento a estos y extrapolar esa información a otros procesos, para que sea abordada en actividades de prevención.

3. Realizar **seguimiento riesgos materializados** y presentarlos ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su análisis y establecimiento de los lineamientos pertinentes. *sl*

6 CONCLUSIONES

Realizado el seguimiento a los riesgos institucionales con corte al 31 de diciembre de 2022, acorde a los objetivos propuestos, se concluye:

- a. **Verificar el cumplimiento de la normatividad asociada a los eventos no deseados con corte al 31 de diciembre de 2022.**

La Entidad ha dado cumplimiento a la normatividad asociada a los eventos no deseamos con corte al 31 de diciembre de 2022, sin embargo, se presentan debilidades en cuanto a:

- la aplicación de la “*Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas*”, versión 5, de diciembre 2020 emitida por el DAPF, en aspectos relacionados con el diseño de los riesgos, valoración de riesgos y valoración de los controles.
- Omisión en la publicación en el Portal Institucional, sección 4.12 Riesgos, los siguientes informes: “*Informe de Seguimiento de los Riesgos Institucionales*” y el “*Monitoreo de los Riesgos de Seguridad de la Información*”, tal como lo indica las actividades 5 y 6 - Monitorear Riesgos y Hacer seguimiento a los Riesgos, del Procedimiento de Gestión de Riesgo; por otra parte, no está aplicando el formato registrado dentro del Procedimiento de Gestión de Riesgos para el reporte del “*Monitoreo de los Riesgos Institucionales*”, entre otros.
- La aplicación de la Resolución No. 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación, en cuanto la incorporación de riesgos de control contable, conforme a lo señalado en el numeral 5.1.4 ítem 1 de este documento.

Además, la aplicación de documentos internos tales como:

- Anexo “Instrucciones para la construcción de los Objetivos institucionales”, que hace parte del Proceso de Administración SIG, código DG-E-P-023-AX-001-V7.
- El Procedimiento de Gestión de Riesgos, tarea 2, de la actividad No 6. Hacer El Seguimiento a los Riesgos, según formato DG-E-P-022-F-002-V7. según formato DG-E-P-022-F-002-V7.
- Procedimiento “Gestión de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora”, código DG-C-P-014-v13 con vigencia 14 de diciembre de 2020



b. Validar la aplicación de las recomendaciones en los informes de seguimiento efectuados en el primer y segundo cuatrimestre de 2022.

Las observaciones y recomendaciones realizadas por la Oficina de Control Interno, en sus dos informes cuatrimestrales siguen sin ser atendidas por los responsables de la administración de riesgos. Estas se relacionan con aspectos importantes en cuanto a la debida aplicación de la *“Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas”*. Así mismo, no recibió evidencia de las acciones tomadas sobre las recomendaciones de informes anteriores, tal como se establece en memorando No. 019-DG-2022 del 2022-04-21.

c. Evaluar el seguimiento a los riesgos institucionales durante el período del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2022.

Siendo el tercer cuatrimestre el seguimiento que consolida el comportamiento de los riesgos durante la vigencia 2022, se puede indicar que persiste la desarticulación de las etapas en la gestión del riesgo con el contexto de la organización, debido a que se presentan observaciones en la operación y comprensión en el desarrollo de estas, la trazabilidad del nivel del riesgo, en su análisis, valoración y autoevaluación (cierre global de la eficacia de la No conformidad asociada), donde se mantiene el mismo nivel del evento no deseado, sin que los controles existentes y aplicados en la No conformidad hayan contribuido a su gestión para disminuir el nivel del riesgo (ver tablas 2,4,7,9,12,14 y 16 del documento anexo del informe). Por otra parte, se detectaron riesgos de corrupción que deben permanecer dentro del nivel alto o extremo y aparecen registrados en nivel moderado (ver tabla 14 del documento anexo del informe para los riesgos GA-100 y GA-101).

La valoración del riesgo y de control requiere aplicarse tal como lo establece la *“Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas”*, posibilitando con ello la generación de alertas tempranas dentro del ciclo de la gestión del riesgo y evitar su materialización.

d. Revisar los riesgos materializados durante la vigencia de 2022 y las acciones tomadas para controlar su mitigación.

Los riesgos materializados en la Entidad no han sido actualizados en la etapa de la gestión del riesgo y no se evidenció el registro de monitoreo de las acciones tomadas al respecto, en el del módulo de riesgos del aplicativo ISOLUCIÓN.



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

Página 14 de 14

Para mayor información del presente documento se puede consultar el anexo del Informe de Seguimiento de Riesgos Institucionales.

Los resultados del presente informe fueron socializados parcialmente a la Oficina de Planeación, debido a que el Jefe de Planeación tomó la decisión de no continuar con la actividad.

Atentamente,

NÉSTOR FAN LEÓN NIÑO

Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: Anexo del Informe de Seguimiento de Riesgos Institucionales
Consolidado de Observaciones y recomendaciones

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

Fecha de elaboración: 2023-01-31