



**AUDITORÍA A LOS RIESGOS
POR PROCESO, INSTITUCIONAL Y DE CORRUPCIÓN**

INFORME DE CONTROL INTERNO

AGOSTO DE 2018

Respetado Doctor: Pedro Luis Bohórquez Rodríguez

El Grupo Interno de Trabajo (GIT) de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones, los Decretos 1537 de 2001, 019, 2482 y 2641 de 2012 y 943 del 21 de mayo de 2014; así como los lineamientos establecidos en la nueva Guía de Auditoría para Entidades Públicas del DAFP, y la Resolución 203 de 2015, tiene como función realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno en el componente de riesgos, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar la efectividad del Control Interno, el cumplimiento de la gestión institucional y los objetivos de la Entidad, produciendo recomendaciones en busca del mejoramiento continuo de la gestión de los riesgos; a continuación presentamos los resultados de la evaluación realizada al Proceso de Planeación Integral como parte integral al Informe ejecutivo.

En cumplimiento al Programa General de Auditorías aprobado para la vigencia 2018 por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, este GIT adelantó la evaluación a la gestión de los riesgos, a fin de conocer el grado de cumplimiento de la normatividad vigente, las directrices de la CGN y elevar las recomendaciones que sean necesarias en ejercicio del mejoramiento continuo, lo cual redundará en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.

Los procedimientos de auditoría se realizaron sobre la base de pruebas selectivas; un procedimiento de esta naturaleza, no puede identificar todas las desviaciones de control, sino solamente aquellas que estén presentes dentro de la muestra evaluada.

Este informe fue socializado a los líderes; para la suscripción del respectivo plan de mejoramiento de la CGN; los cuales se diligenciaron en el formato “CYE05-FR02 Plan de Mejoramiento”, remitidos por correo electrónico y publicado en la intranet.

Cordialmente

MARITZA VELANDIA CARDOZO
Coordinador GIT de Control Interno

Anexo: Archivo Excel Mapas de Riesgos por Proceso, Institucionales y de Corrupción evaluados.

Elaboró: Nubia Estela Porras Morales
John Sebastián Botero Holguín

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| Objetivo Alcance y Metodología | 4 |
| Política de Administración de Riesgo..... | 6 |
| Riesgos por Procesos e Institucionales | 11 |
| Riesgos de Corrupción..... | 20 |
| Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales..... | 26 |
| Riesgos de Salud y Seguridad en el Trabajo | 26 |
| Conclusión | 29 |

OBJETIVO

Verificar la gestión realizada a los Riesgos por Proceso, Institucionales y de Corrupción; Analizando su Identificación, Análisis, Valoración, e Indicadores propuestos, aprobados en Diciembre de 2017, además realizando seguimiento a los riesgos de la vigencia 2016, acorde con las Directrices Establecidas por la alta dirección, políticas, procedimientos y metodologías acogidas por la CGN.

Adicionalmente, se evaluará la identificación, valoración e indicadores a la Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales y del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia 2017.

ALCANCE

El GIT de Control Interno, realizará la auditoría interna de gestión a los riesgos por Proceso e Institucionales y de Corrupción, así como, a la Matriz de Aspectos e Impactos Ambientales y del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, identificados y gestionados por los procesos que conforman la CGN, para los aprobados en Diciembre de 2017, además realizando seguimiento a los riesgos de la vigencia 2016, a los cuales se les realizará una muestra cuando sea necesario y aplicación de la metodología para su correspondiente evaluación acorde con las Directrices Establecidas de la alta dirección, políticas, procedimientos y metodologías acogidas por la CGN

METODOLOGÍA

En cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan de Auditoría y las normas expedidas por los entes que regulan la administración de los riesgos que fueron adoptadas por la CGN, se determinó que el desarrollo de la auditoría se basará en la siguiente metodología:

Criterios

- PI11-POL01-Política de Administración de Riesgos, versión 8 del 30 de mayo de 2017.
- Guía para la Administración del Riesgo – versión 2011 del DAFP
- Guía para la Gestión del Riesgos de Corrupción” del 2015 del DAFP
- Guía para la Construcción y análisis de indicadores de Gestión, versión 3, noviembre 2015 del DAFP.
- Directrices establecidas por la CGN (formatos, procedimientos entre otros)

Universo

En concordancia con lo anterior, se efectuó el análisis al 100% de los riesgos en cuanto a la identificación y valoración de los controles, realizada por cada proceso en el año 2017.

De igual manera, se efectuaron pruebas In-situ con el objetivo de evaluar la pertinencia, efectividad y eficiencia en la ejecución de los controles, acciones y la medición, análisis y seguimiento de los indicadores año 2016 y 2017, asociados a los riesgos seleccionados, a continuación, se presentan los resultados de las pruebas de auditoría.

Pruebas

Las pruebas planteadas evalúan el grado de cumplimiento, completitud y viabilidad de la normatividad vigente y los procedimientos establecidos a las unidades auditables seleccionadas, las cuales están relacionadas con la gestión de los riesgos por procesos, institucionales, de corrupción, matriz de aspectos e impactos ambientales y seguridad y salud en el trabajo; así como, los indicadores, ejecución y efectividad de las acciones y controles. Para garantizar el acceso, cobertura, alcance y fidelidad de los resultados en el desarrollo de las pruebas, se solicitó al auditado el acompañamiento durante la ejecución de las mismas.

Para las oportunidades identificadas en el mapa de riesgos por procesos, el GIT de Control Interno evidencia que la CGN no cuenta con la metodología definida por el GIT de Planeación respecto de la gestión a los riesgos positivos (+), como sí la tiene para los riesgos negativos (-), lo que imposibilita pronunciarse sobre este tipo de oportunidades descritas por cada uno de los procesos.

Resultados

Se efectuó evaluación de la gestión de riesgos a los 10 procesos con los cuales se socializó su respectivo informe, en donde se enunciaron las fortalezas y debilidades a las cuales cada uno efectuará el respectivo plan de mejoramiento. En el presente informe se enuncian los resultados de manera muy general.

1. POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DE RIESGO

1.1 PUBLICACIÓN

Se realizó verificación de la publicación de las Políticas de Administración del Riesgo en la Página Web, en la Intranet de la CGN y en el aplicativo SIGI de la CGN.

Se ingresó por la página web de la CGN "<http://www.contaduria.gov.co>", menú CGN – Sistema integrado de Gestión – Riesgos, donde podemos encontrar la publicación del 1. Acto Administrativo y 2. Política de Administración de Riesgos, adicionalmente se realiza ingreso por la intranet de la entidad aplicativo SIGI (Sistema Integrado de Gestión Institucional), menú sistema integrado de gestión institucional, el cual nos remite al mismo sitio que al ingresar por la página web, donde encontramos los documentos antes mencionados, corroborando que las publicaciones por los diferentes ámbitos de consulta tanto externos como internos se presenta la misma información y la información actualizada, atendiendo al Artículo Sexto: Divulgación, de la resolución 273 del 22 de Septiembre de 2010, la Actividad Número 7 de las Políticas de Administración del Riesgo.

EL RESULTADO ES SATISFACTORIO

1.2 ACTUALIZACIÓN

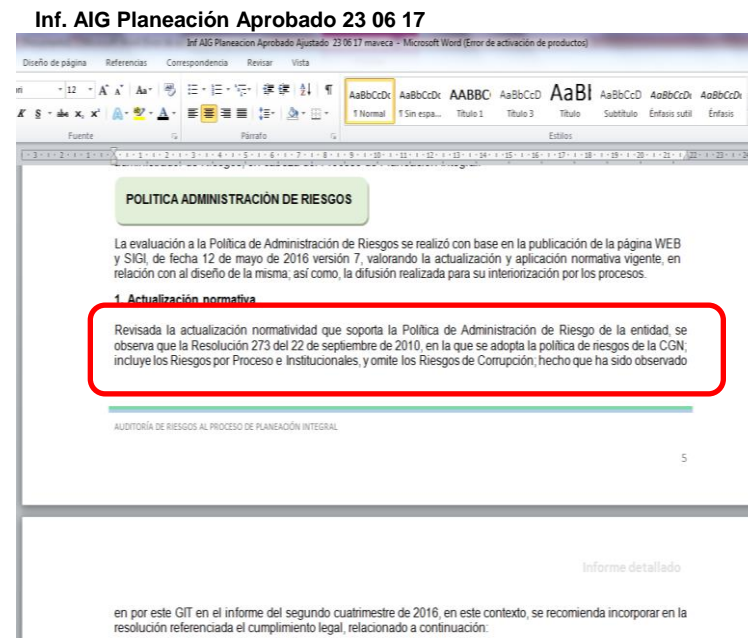
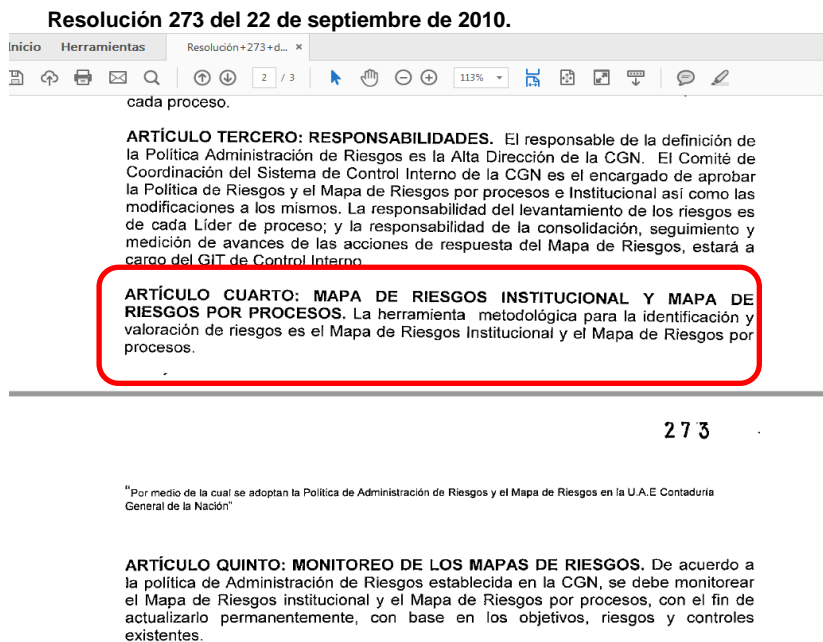
La Política de Administración de Riesgos se valoró con base en las Políticas publicadas por la entidad en los diferentes ámbitos de consulta descritos en el literal anterior, tanto interna como externa, donde se evalúa la actualización y aplicación de la normativa vigente.

OBSERVACIÓN

✓ Luego de revisar la Resolución 273 del 22 de septiembre de 2010 "*Por medio de la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos de la U.A.E Contaduría General de la Nación*" (CGN), que soporta la Política de Administración de Riesgos, publicada en dichos sitios, se ratifica la observación planteada durante la auditoría efectuada en el primer semestre del año 2017 a los Riesgos por proceso, institucional y de corrupción, respecto a: "*...incluye los Riesgos por Proceso e Institucionales, y omite los Riesgos de Corrupción; hecho que ha sido observado por este GIT en el informe del segundo cuatrimestre de 2016, en este contexto, se recomienda incorporar en la resolución referenciada el cumplimiento legal,....*", toda vez que las Políticas de Administración de Riesgos PI11-POL01 incorpora en su parte

metodológica Numeral 4. Los riesgos de corrupción, y a que la entidad adopta por medio de resoluciones las políticas de la misma y dicha resolución omite estos riesgos antes mencionados, por lo cual se fundamenta a continuación:

- La Ley 1474 de 2011, “**Artículo 73, 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. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el Mapa de Riesgos de Corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano (Subrayado Fuera de Texto).
- El Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012, Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, “**Artículo 1°.** Señálese como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento (Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano)”. (Subrayado Fuera de Texto).
- El Decreto 124 del 26 de enero de 2016, Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”. “**Artículo 2.1.4.2. Mapa de Riesgos de Corrupción.** Señálense como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción". (Subrayado Fuera de Texto).
- Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015; “3.1 Política de Administración del Riesgo de Corrupción La Política de Administración de Riesgos hace referencia al propósito de la Alta Dirección de gestionar el riesgo. Esta política debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad, con el fin de garantizar la eficacia de las acciones planteadas frente a los riesgos de corrupción identificados. Dentro del mapa institucional y de política de administración del riesgo de la entidad deberán contemplarse los riesgos de corrupción, para que a partir de ahí se realice un monitoreo a los controles establecidos para los mismos”. (Subrayado Fuera de Texto).
- ✓ Adicional a lo anteriormente valorado por parte de esta auditoría se evidencia en la Resolución 273 del 22 de septiembre de 2010, “**ARTICULO TERCERO: RESPONSABILIDADES.** El responsable de la definición de la Política Administración de Riesgos es la Alta Dirección de la CGN. El Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la CGN es el encargado de Aprobar la Política de Riesgos y el Mapa de Riesgos por proceso e Institucional así como las modificaciones a los mismos. La responsabilidad del levantamiento de los riesgos es de cada Líder de proceso; y la responsabilidad de la consolidación, seguimiento y medición de avances de las acciones de respuesta del mapa de riesgos, estará a cargo del GIT de Control Interno”. (Subrayado Fuera de Texto).



La cual se encuentra en contra vía del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), “RESOLUCIÓN No. 412 del 15 Septiembre de 2017, Por la cual se conforma y reglamenta el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se le asignan funciones y se dictan otras disposiciones”, donde en su “ARTÍCULO SEGUNDO. FUNCIONES DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. Numeral 7. Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta”. (Subrayado Fuera de Texto).

Dando cumplimiento al “Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 del DAFF, “Por medio del cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI. Artículo 1. Adóptase la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano (MECI), en el cual se determinan las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley 87 de 1993.

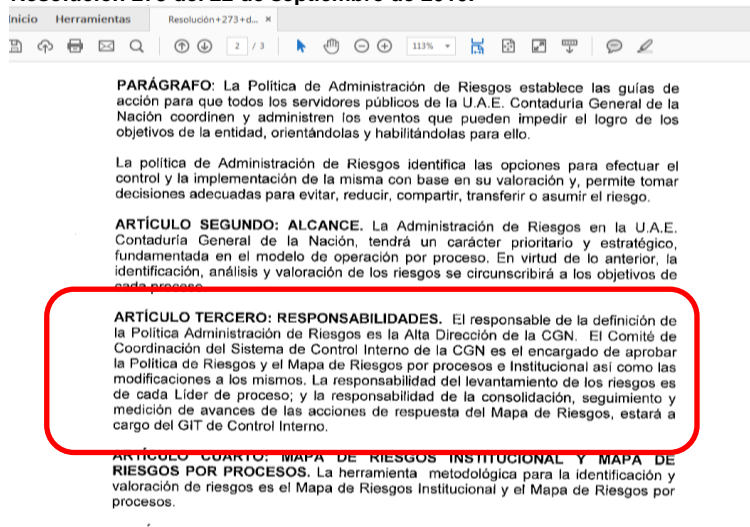
El Modelo se implementará a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, el cual hace parte integral del presente decreto, y es de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades del Estado”.

Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014, Numeral 1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo, Párrafo 3. *“La formulación de políticas está a cargo del Representante Legal de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno o quien haga sus veces...”*

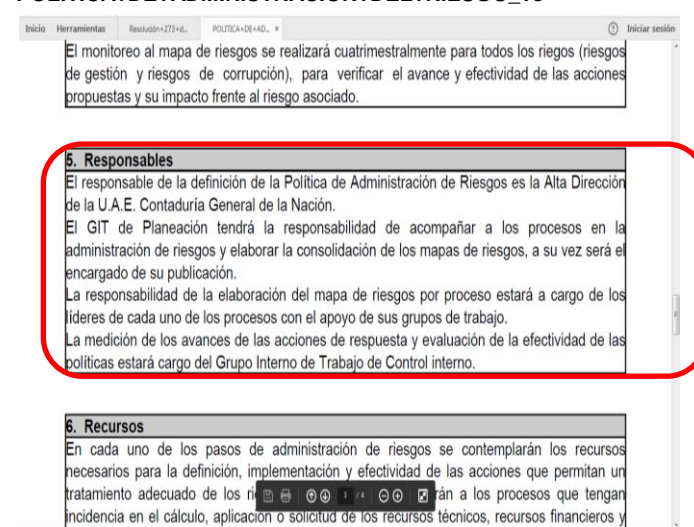
En concordancia a lo ya auditado es importante tener en cuenta para su actualización que las Políticas de Administración del Riesgo PI11-POL01 en su Numeral 5. *“Responsables: El GIT de Planeación tendrá la responsabilidad de acompañar a los procesos en la administración de riesgos y elaborar la consolidación de los mapas de riesgos, a su vez será el encargado de su publicación...”* (Subrayado Fuera de Texto), lo cual no concuerda con la Resolución 273 del 22 de septiembre de 2010, Artículo Tercero.

Es importante poner a consideración que a través del *“Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”* se dan las directrices para el nuevo modelo de gestión para las entidades, que contempla en su **“ARTÍCULO 2.2.22.1.5 Articulación y complementariedad con otros sistemas de gestión. El Sistema de Gestión se complementa y articula, entre otros, con los Sistemas Nacional de Servicio al Ciudadano, de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información”**.

Resolución 273 del 22 de septiembre de 2010.



POLITICA+DE+ADMINISTRACIÓN+DEL+RIESGO_v8



RECOMENDACIÓN

Actualizar la Resolución 273 del 22 de septiembre de 2010, “*Por medio de la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos de la U.A.E Contaduría General de la Nación*” (CGN) y las Políticas de Administración del Riesgo PI11-POL01, las cuales contemplen las observaciones realizadas en los numerales anteriores, además, aunque el desarrollo del nuevo modelo de gestión está en implementación se pone a consideración realizar dicha actualización teniendo en cuenta además los avances que el nuevo modelo de Gestión plantea como: “Articulación y complementariedad con otros sistemas de gestión”.

1.3 INTERIORIZACIÓN

Se realizó una entrevista a los servidores delegados para la administración del riesgo y la coordinadora del GIT en donde se les preguntó: **Conoce: 1.**“El análisis del Contexto Estratégico Organizacional formato PI11FOR01, donde se establecen los factores internos y externos que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de la entidad”; según la respuesta dada se evidencia que existe un conocimiento del contexto interno y externo institucional.

Y **2.** “la Política de Administración del Riesgo PI11-POL01”; de igual manera, se evidencia la interiorización de la política de administración de riesgos de acuerdo a las respuestas dadas.

OBSERVACIÓN

Como resultado de los procedimientos de auditoría en las entrevistas efectuadas en todos los procesos, se evidenció en algunos de estos, el desconocimiento del Contexto Interno y externo institucional, así como, la política PI11-POL01, siendo esto la base para gestionar los riesgos que le son propios de cada uno.

RECOMENDACIÓN

Generar estrategias para la interiorización de las normas y formatos expedidos por parte de Planeación, de tal manera que se identifiquen correctamente los riesgos del proceso y se gestione su valoración y control.

2. RIESGOS POR PROCESO E INSTITUCIONAL

Los Riesgos institucionales a 2018 Inherente y Residual por procesos tienen la siguiente conformación en la Mapa de calor

| | RIESGO | MATRIZ DE RIESGOS INHERENTE | | | MATRIZ DE RIESGOS RESIDUAL | | | |
|--|--------|--|---------------|----------------|----------------------------|--------------|------------------|----------|
| | | CALIFICACION | | EVALUACION | NUEVA CALIFICACION | | NUEVA EVALUACION | |
| | | PROBABILIDAD | IMPACTO | | PROBABILIDAD | IMPACTO | | |
| PLANEACION INTEGRAL | 1 | Incumplimiento en la generación de planes, programas, proyectos e informes de seguimiento. | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 2 | Inexactitud En La Información Utilizada Para Generar Planes, Programas, Proyectos E Informes De Seguimiento. | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 3 | Conflicto en la toma de decisiones | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 4 | Desacierto en La Toma de Decisiones. | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 5 | Desactualización de La Planeación Estratégica y el Modelo de Operación por Procesos | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 6 | Indiferencia en la Planeación estratégica, el modelo de operación y Gestión ambiental | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| COMUNICACION PUBLICA | 1 | Omisión de los procesos en el uso de los canales de comunicación pública | 5 CASI SEGURO | 3 MODERADO | EXTREMA | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA |
| | 2 | Omisión de los procesos en el cumplimiento de los requisitos de la información | 5 CASI SEGURO | 4 MAYOR | EXTREMA | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA |
| NORMALIZACION Y CULTURIZACION CONTABLE | 1 | Inoportunidad en la expedición de conceptos. | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADO |
| | 2 | Inconsistencia técnica en la Regulación Contable | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADO |
| | 3 | Desactualización de información relacionada con el Régimen de Contabilidad Pública | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADO |
| CENTRALIZACION DE LA INFORMACION | 1 | incumplimiento en el reporte de la información necesaria para la generación de productos | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 2 | inexactitud en el reporte de la información necesaria para la generación de productos | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 3 | asesoría o gestión inadecuada por parte de los servidores públicos | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| CONSOLIDACION DE LA INFORMACION | 1 | incumplimiento en la entrega del balance general de la nación | 1 RARO | 5 CATASTRÓFICO | ALTA | 1 RARO | 5 CATASTRÓFICO | ALTA |
| | 2 | incumplimiento en la entrega de informes diferentes al balance general de la nación | 2 IMPROBABLE | 3 MODERADO | MODERADA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA |
| | 3 | inconsistencia de los datos del reporte y/o de los datos de los informes consolidados | 4 PROBABLE | 3 MODERADO | ALTA | 2 IMPROBABLE | 3 MODERADO | MODERADA |
| | 4 | desacierto o equivocación en el proceso de consolidación (parametrización) | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 1 RARO | 4 MAYOR | ALTA |
| | 5 | inconsistencia en la digitación de la información suministrada por la entidad para su inscripción en el chip | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA |
| | 6 | inexactitud de información transmitida con diferentes unidades de reporte o información duplicada | 4 PROBABLE | 3 MODERADO | ALTA | 2 IMPROBABLE | 3 MODERADO | MODERADA |

| | RIESGO | MATRIZ DE RIESGOS INHERENTE | | | MATRIZ DE RIESGOS RESIDUAL | | | |
|------------------------------|--------|---|---------------|----------------|----------------------------|--------------|------------------|----------|
| | | CALIFICACION | | EVALUACIÓN | NUEVA CALIFICACION | | NUEVA EVALUACIÓN | |
| | | PROBABILIDAD | IMPACTO | | PROBABILIDAD | IMPACTO | | |
| GESTION HUMANA | 1 | Incumplimiento de los requisitos mínimos del programa de inducción y reintegración. | 4 PROBABLE | 3 MODERADO | ALTA | 2 IMPROBABLE | 3 MODERADO | MODERADA |
| | 2 | Inexactitud en la formulación del PIC. | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 1 RARO | 4 MAYOR | ALTA |
| | 3 | Deficiencia en la ejecución del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la CGN. | 4 PROBABLE | 3 MODERADO | ALTA | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA |
| | 4 | Incumplimiento de las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo. | 4 PROBABLE | 3 MODERADO | ALTA | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA |
| | 5 | No pago oportuno de la nómina y la seguridad social | 1 RARO | 4 MAYOR | ALTA | 1 RARO | 4 MAYOR | ALTA |
| GESTION ADMINISTRATIVA | 1 | Perdida de bienes de la entidad | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA |
| | 2 | Perdida y deterioro de los documentos del archivo central | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA |
| | 3 | Contratación no oportuna de los bienes y/o servicios de la institución | 3 POSIBLE | 2 MENOR | MODERADA | 1 RARO | 2 MENOR | BAJA |
| | 4 | Descripción incompleta de necesidades y cantidades requeridas de los bienes y servicios para la CGN | 3 POSIBLE | 2 MENOR | MODERADA | 2 IMPROBABLE | 2 MENOR | BAJA |
| | 5 | Incumplimiento de la normatividad vigente en la materia o del manual interno de contratación | 3 POSIBLE | 2 MENOR | MODERADA | 1 RARO | 2 MENOR | BAJA |
| GESTION RECURSOS FINANCIEROS | 1 | Pérdida de títulos valores y soportes | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA | 1 RARO | 1 RARO | BAJA |
| | 2 | Inexactitud en el PAC | 5 CASI SEGURO | 2 MENOR | ALTA | 3 POSIBLE | 2 MENOR | MODERADA |
| | 3 | Reconocimiento no oportuno de Obligaciones por falta de Cupo PAC en el sistema SIIF. | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA | 1 RARO | 1 RARO | BAJA |
| | 4 | Presentación extemporánea e inconsistente de la información a la contaduría general de la nación | 1 RARO | 4 MAYOR | BAJA | 1 RARO | 4 MAYOR | MODERADA |
| GESTION TIC'S | 1 | Incumplimiento en la ejecución del Plan de acción | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 1 RARO | 4 MAYOR | ALTA |
| | 2 | Deficiencia en la prestación de servicios de los sistemas de Información | 4 PROBABLE | 5 CATASTRÓFICO | EXTREMA | 3 POSIBLE | 5 CATASTRÓFICO | EXTREMA |
| | 3 | Vulnerabilidad en la seguridad informática de los componentes de hardware y software de la entidad | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| GESTION JURIDICA | 1 | Incumplimiento en términos legales, procesales y procedimentales. | 2 IMPROBABLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA |
| | 2 | Desacuerdo en los conceptos emitidos | 3 POSIBLE | 3 MODERADO | ALTA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADA |
| CONTROL Y EVALUACION | 1 | Detección de errores en las auditorias e informes | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 1 RARO | 4 MAYOR | ALTA |
| | 2 | Omisión y/o Inexactitud en el informe elaborado y reportado. | 4 PROBABLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 2 IMPROBABLE | 4 MAYOR | ALTA |
| | 3 | Incumplimiento en la publicación de la ejecución de las acciones aprobadas en el plan de mejoramiento (CGR y AGN) | 3 POSIBLE | 4 MAYOR | EXTREMA | 1 RARO | 3 MODERADO | MODERADO |

PAGINA WEB FECHA DE PUBLICACIÓN: 22 de Diciembre de 2018

| MATRIZ DE RIESGOS INHERENTE | | | | | | |
|-----------------------------|-------------|----------------|---------------|---|--|--------------|
| | | IMPACTO | | | | |
| | | INSIGNIFICANTE | MENOR | MODERADO | MAYOR | CATASTROFICO |
| PROBABILIDAD | RARO | | | GF (1 Y 3) | GH (5) GF (5) | CONIF (1) |
| | IMPROBABLE | | | CONIF (2) GJ (1) | GF (2) | |
| | POSIBLE | | GA (3, 4 y 5) | NYCC (1,2 Y 3) CONIF (5) GA (1 y 2) GJ (2) | PI (4, 5) CONIF (4) GH (2) GTI (1 Y 3) EYC (1 Y 3) | |
| | PROBABLE | | GF (2) | CONIF (3 y 6) GH (1, 3 Y 4) | PI (1, 2, 3 Y 6) CI (1,2 Y 3) EYC (2) | GTI (2) |
| | CASI SEGURO | | GF (1 Y 3) | CP (1) | CP (2) | |

| MATRIZ DE RIESGOS RESIDUAL | | | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------|------------|--|--|--------------|
| | | IMPACTO | | | | |
| | | INSIGNIFICANTE | MENOR | MODERADO | MAYOR | CATASTROFICO |
| PROBABILIDAD | RARO | GF (1 Y 3) | GA (3 y 5) | NYCC (1,2 Y 3) CONIF (2, 5 y 3) GA (1 y 2) GF (1 Y 3) GJ (1 Y 2) EYC (3) | CONIF (4) GH (2 Y 5) GF (5) GTI (1) EYC (1) | CONIF (1) |
| | IMPROBABLE | | GA (4) | CONIF (3 y 6) GH (1) | PI (1, 2, 3, 4, 5 Y 6) CI (1,2 Y 3) GTI (3) EYC (2) | |
| | POSIBLE | | GF (2) | CP (1) GH (3 Y 4) | CP (2) | GTI (2) |
| | PROBABLE | | | | | |
| | CASI SEGURO | | | | | |

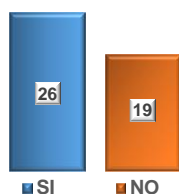
| |
|----------|
| Baja |
| Moderada |
| Alta |
| Extrema |

- PLANEACIÓN INTEGRAL (PI)
- COMUNICACIÓN PÚBLICA (CP)
- NORMALIZACIÓN Y CULTURIZACIÓN CONTABLE (NYCC)
- CENTRALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN (CI)
- CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN (CONIF)
- GESTIÓN HUMANA (GH)
- GESTIÓN ADMINISTRATIVA (GA)
- GESTIÓN FINANCIERA (GF)
- GESTIÓN TIC'S (GTI)
- GESTIÓN JURIDICA (GJ)
- EVALUACION Y CONTROL (EYC)

La evaluación a la identificación, análisis de las causas y consecuencias de los riesgos por proceso e institucionales, se realiza a los 10 procesos con base en la metodología adoptada por la CGN a través de PI11-POL01 Políticas de Administración del Riesgo, PI-PRC11 procedimiento Administración del Riesgo, Guía para la Administración del Riesgo 2011 del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, como parte de los documentos de apoyo para esta evaluación; teniendo en cuenta lo anterior, enunciaremos los aspectos que se evidenciaron debilidades de control: .

2.1 IDENTIFICACIÓN

Cumplimiento de la Metodología



Se revisó el formato PI11FOR02 identificación del riesgo, con el fin de verificar la coherencia entre la información diligenciada y posteriormente compararlo con lo publicado en el mapa de riesgos de la página WEB.

OBSERVACIÓN

Como resultado de las pruebas, se evidenciaron debilidades en 26 riesgos de 45, en cuanto al cumplimiento de la metodología, toda vez que:

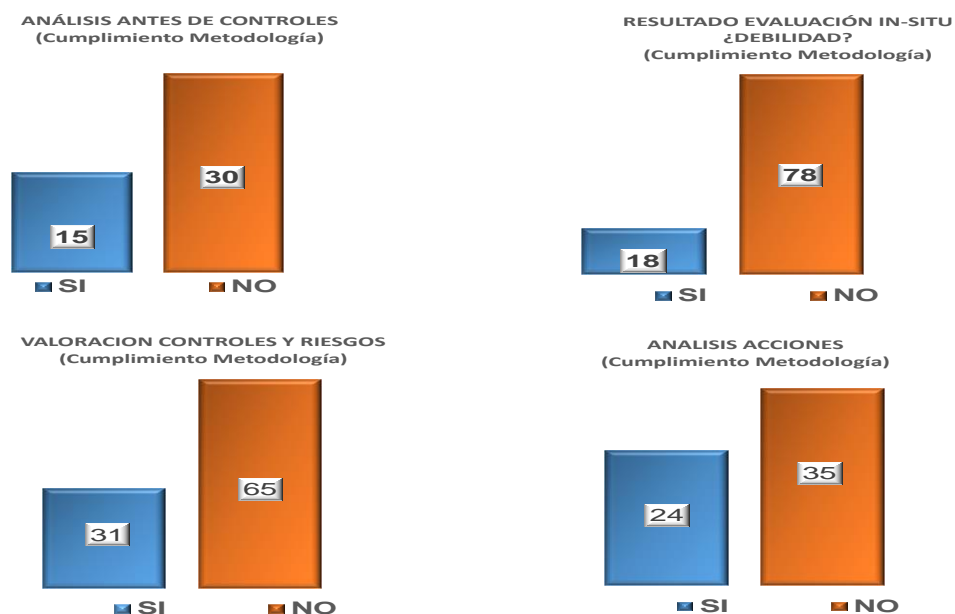
1. Se relacionan riesgos en los formatos y no en la Mapa publicado
2. La información no es coherente entre el Mapa y los formatos.
3. Se relacionan riesgos en la Mapa publicado pero no los formatos

2.2 ANÁLISIS DE LAS CAUSAS Y CONSECUENCIA

En el proceso de auditoría al realizar el análisis de la existencia, coherencia de la información y razonabilidad a los formatos, PI11FOR03 Análisis del Riesgo, PI11FOR04 Valoración de controles y PI11FOR05 Valoración del riesgo, se evidenció en algunos procesos el cabal cumplimiento de la metodología determinada por el GIT de Planeación, toda vez que los formatos corresponden a lo establecido y la coherencia en la valoración de controles.

En la valoración de controles y riesgos, se busca confrontar los resultados del análisis del riesgo inicial (Inherente) frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (Residual); para precisar los aspectos que lo componen, se involucra en el diseño del control ítems como por ejemplo: “*cómo se lleva a cabo el control*”, “*Quién es el responsable de la ejecución*”, “*Cuál es la periodicidad*” y la efectividad del control, lo que permite evidenciar la ejecución, documentación, seguimiento y trazabilidad, que al final van a ser objeto de análisis en la mitigación del riesgo.

Revisando la información suministrada por los procesos se evidencian debilidades en el análisis y valoración de los controles y los riesgos así:



OBSERVACIÓN

Es de aclarar que las observaciones enunciadas a continuación son generales y no se presentaron en todos los procesos.

1. Se observa que en las columnas de Calificación (Probabilidad e Impacto) se registra la nueva calificación después de valorados los controles, metodología que según la Guía 2011, se debe de registrar la calificación anterior obtenida durante el Análisis del Riesgo formato PI11FOR03.
2. Se identifica que en el Mapa de Riesgos enviado para su consolidación y posterior publicación, las fechas de finalización del cronograma después de valorado el riesgo no fue actualizado.
3. El formato PI11FOR03 y PI11-FOR05 se diligencia pero no en su totalidad, se realizan modificaciones a este, siendo un documento contralado por calidad e incorporado en el SIGI.
4. En los formatos PI11FOR03, PI11FOR04 y PI11-FOR05 relacionan riesgos, que no están en el mapa de riesgos publicado en la WEB.
5. La calificación no es coherente dado que hay una en el formato y otra diferente en el mapa de riesgos.
6. Falta diligenciar la evaluación de algunos controles.

7. Se observaron debilidades en la ejecución de los controles y no fue suministrada en algunos procesos información para la evaluación.
8. En la valoración de los controles se evidencia que se calificó como de "Impacto", pero analizándolo, este corresponde a un control de "probabilidad".
9. Al corroborar la calificación de los ítems en el formato de valoración de los controles, frente a la ejecución de los mismos se evidencia que se da un puntaje máximo y según las pruebas se observa que el control no se realiza, disminuyendo este su calificación.
10. Se valoran y se dan puntajes a controles que no están relacionados en el mapa de riesgos.
11. En Mapa de riesgos publicado en la WEB se identifican controles, pero no se relaciona en los formatos PI11FOR03 y PI11FOR05, consultados los servidores públicos, estos manifiestan no conocerlos.
12. Se valoran controles a los que no se asocian riesgos.
13. En la valoración del control en el formato PI11FOR04 le asignan un puntaje a un ítem; sin embargo el puntaje total informado es "0", lo que deja en duda si el riesgo está bien valorado.
14. Desconocimiento por parte del gestor en el proceso de algunos controles identificados en el Mapa publicado en la WEB por proceso y no se encuentran en el formato PI11FOR04 y PI11-FOR05, pero en la Mapa de riesgo si hay calificación, desplazamiento del riesgo inherente y un nuevo riesgo residual, sin realizar valoración en el formato establecido.

RECOMENDACIÓN

Realizar un análisis de causa raíz de la debilidad y crear o fortalecer controles que garanticen la coherencia, oportunidad, confiabilidad e integridad de la información publicada en la página WEB. De igual manera es imperativo generar estrategias, controles y seguimientos que avalen la observancia de las directrices establecidas para la gestión del riesgo, la realización de las mediciones y el respectivo monitoreo a los indicadores, ejecución de los controles y así disminuir el potencial riesgo de una materialización.

De igual manera, interiorizar en los procesos el estricto cumplimiento de las metodologías, directrices y la política de seguridad de la información establecidas por la CGN, que garanticen la disponibilidad, integridad y confiabilidad de la información, tanto de los servidores entrantes y salientes; de igual manera, las responsabilidades adquiridas desde el líder y los servidores que gestionan el riesgo.

2.3 INDICADORES

Se verifico la existencia de las hojas de vida de los indicadores planteados para las vigencias 2017 y 2018, información sustentada por los procesos, en la que se evidencia que el indicador para algunos procesos no ha tenido modificación entre las vigencias antes mencionadas; adicionalmente se evaluó la revisión de la medición del indicador para la vigencia 2017 y su

respectivo seguimiento efectuado por el proceso; así como, la ejecución y efectividad de las acciones identificadas en el mapa de riesgos para la ejecución de la vigencia 2017.

OBSERVACIÓN

La Guía para la Administración del Riesgo 2011 que establece,

“Todas las acciones contempladas dentro del mapa, unido a la información reportada por los indicadores, suministrará la información requerida para el seguimiento respectivo a los mapas” así como también, la Política de Administración del Riesgo en su numeral 4.4 Monitoreo y Medición estipula que: “Para realizar el seguimiento a las acciones de respuesta y su efectividad se tendrá en cuenta lo definido en el mapa de riesgos por proceso, específicamente los indicadores de cada acción establecida (...)”
(Subrayado Fuera de Texto).

1. Con base en lo anterior, como procedimiento de auditoria se realizó una entrevista con la funcionaria responsable del GIT, evidenciando que las acciones planteadas se vienen ejecutando; sin embargo, no se observa la medición del indicador planteado
2. Se evidencia que la medición de los indicadores no obedece a la descripción realizada dentro de la hoja de vida de estos, además, se realiza seguimiento del indicador el cual no se identifica en el mapa de riesgos para la vigencia 2017; de otro lado se observa que las hojas de vida de los indicadores para la vigencia 2018 presentan unidades de medida que no son coherentes con el indicador y lo que se quiere medir.
3. Teniendo en cuenta lo anterior se puede observar que las hojas de vida de los indicadores en algunos casos hacen referencia al riesgo, sin embargo, no se presenta coherencia entre esta y lo que se planteó como indicador en el mapa de riesgos.
4. Las acciones planteadas por el proceso se vienen desarrollando; sin embargo, la medición de un indicador, no se está midiendo como lo afirmaron en el proceso de auditoría.
5. Para algunos indicadores no se pudo comprobar la medición, ya que no fue suministrada la información, tanto del seguimiento como hoja de vida del indicador.
6. Para algunos indicadores, fue suministrado el seguimiento, sin hoja de vida, al igual que el indicador anterior se solicita realizar unificación de la fórmula.
7. Algunos indicadores del mapa de riesgos, según los auditados son iguales con los indicadores de gestión; sin embargo la fórmula de estos es distinta.

RECOMENDACIÓN

De acuerdo con la importancia que genera la medición de los indicadores planteados para cada una de las acciones en el seguimiento a los riesgos, se deben tomar las acciones pertinentes para que la medición se realice de tal manera que se minimice la exposición del riesgo a su materialización.

2.4. MATERIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS

Se indaga a los procesos evaluados, si hay o no materialización de los riesgos a fin de corroborar la materialización, se evaluaron otras fuentes de información que confirmaran la respuesta dada por los procesos, esto respecto de los riesgos establecidos para la vigencia 2017, que fueron publicados y aprobados en la vigencia 2016; con la cual se pudo establecer la materialización de algunos riesgos transversales:

Teniendo en cuenta que dos riesgos identificados por los procesos son transversales a todos los procesos que integran la CGN y son quienes efectúan las acciones para gestionar y minimizar su materialización; con base en los informes trimestrales presentados por el Proceso de Comunicación Pública y a las pruebas de auditoría se evidenciaron debilidades de control en cuanto al cumplimiento de los requisitos de información, toda vez que estos reinciden, lo cual conlleva a una materialización del riesgo.

- Una vez analizado el informe suministrado por el proceso de Comunicación Pública, se pudo evidenciar las acciones realizadas para gestionar y minimizar los riesgos, sin embargo, también se observa dentro de este la materialización del riesgo “*Omisión de los procesos en el cumplimiento de los requisitos de la información*”; en estos es reiterada la observación del incumplimiento de los requisitos en la publicación de la información como se demuestra a continuación:

Cuadro 1

| MES | CARACTERÍSTICA INCUMPLIDA | FRECUENCIA |
|-----------|--|------------|
| OCTUBRE | Oportunidad para la fecha de publicación | 2 |
| | Ortografía | 3 |
| NOVIEMBRE | Precisa | 1 |
| | Ortografía | 1 |
| DICIEMBRE | Manual de identidad visual corporativa | 1 |
| | Ortografía | 3 |

2. Se evidencia materialización del riesgo *“Incumplimiento en el reporte de la información necesaria para generar planes, programas, proyectos e informes de seguimiento.”*, por la no entrega de información en el plazo establecido del GIT, como se puede evidenciar en informe de seguimiento del indicador *“Oportunidad en la entrega de información completa de planes e indicadores”*, sin embargo se evidencia la gestión realizada por el GIT de planeación a fin de consolidar el informe de Gestión del Año 2017.
3. De igual manera se observa la materialización del riesgo *“Oportunidad en la Emisión de conceptos y solución de consultas”*; y se reitera la observación de la denominación del riesgo como *“Inoportunidad en la expedición de conceptos”*.

RECOMENDACIÓN

Es importante que se establezca un plan de mejoramiento en los procesos que reinciden en el incumplimiento de los requisitos de la información, el cual parta de un análisis de la causa raíz del incumplimiento y las debilidades de control; e implementar las acciones pertinentes para mitigar una vez más su materialización.

3. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Los Riesgos de Corrupción a 2018 Inherente y Residual por procesos tienen la siguiente conformación en la Mapa de calor.

| PROCESO | No | RIESGO | RIESGO INHERENTE | | | | RIESGO RESIDUAL | | | |
|--|----|---|------------------|---------|-------|-------------|-----------------|---------|-------|-------------|
| | | | PROBABILIDAD | IMPACTO | TOTAL | ZONA RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | TOTAL | ZONA RIESGO |
| PLANEACIÓN INTEGRAL | 1 | Concentración de conocimiento. | 4 | 10 | 40 | ALTA | 3 | 10 | 30 | ALTA |
| COMUNICACIÓN PÚBLICA | 1 | Uso indebido de la información para obtener un beneficio particular. | 1 | 10 | 10 | BAJA | 1 | 10 | 10 | BAJA |
| NORMALIZACIÓN Y CULTURIZACIÓN CONTABLE | 1 | Manipulación de conceptos y expedición de normas. | 1 | 10 | 10 | BAJA | 1 | 10 | 10 | BAJA |
| | 2 | Tráfico de influencias en atención a solicitudes de capacitación. | 1 | 10 | 10 | BAJA | 1 | 10 | 10 | BAJA |
| CENTRALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN | 1 | Soborno para no realizar requerimientos de las diferentes categorías omisas | 1 | 20 | 20 | MODERADA | 1 | 20 | 20 | MODERADA |
| | 2 | Tráfico de influencias en atención a solicitudes. | 1 | 20 | 20 | MODERADA | 1 | 20 | 20 | MODERADA |
| | 3 | Recibir dádivas por manipular la información recibida de las Entidades Públicas | 1 | 20 | 20 | MODERADA | 1 | 20 | 20 | MODERADA |
| CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN | 1 | Tráfico de influencias en la expedición de certificaciones y recibo de información contable | 1 | 10 | 10 | BAJA | 1 | 10 | 10 | BAJA |
| GESTIÓN HUMANA | 1 | Decisiones ajustadas para modificación al manual de funciones y beneficiar intereses particulares | 1 | 20 | 20 | MODERADA | 1 | 20 | 20 | MODERADA |
| GESTIÓN ADMINISTRATIVA | 1 | Hurto de los bienes durante su uso, almacenamiento o suministro. | 4 | 20 | 80 | Extrema | 2 | 20 | 40 | Alta |
| | 2 | Direccionamiento de las especificaciones técnicas | 4 | 20 | 80 | Extrema | 2 | 20 | 40 | ALTA |
| GESTIÓN TICS | 1 | Manipulación o adulteración de los sistemas de información | 4 | 10 | 40 | ALTA | 3 | 10 | 30 | ALTA |
| | 2 | Establecer necesidades de bienes y servicios sin justificación real, dentro del proceso | 1 | 20 | 20 | MODERADA | 1 | 10 | 10 | BAJA |
| GESTIÓN JURÍDICA | 1 | Favorecer intereses personales y/o particulares | 2 | 10 | 20 | MODERADA | 1 | 10 | 10 | BAJA |
| CONTROL Y EVALUACION | 1 | Omisión intencional de posibles actos de corrupción o irregularidades administrativas. | 1 | 20 | 20 | MODERADA | 1 | 10 | 10 | BAJA |
| | 2 | Manipulación de los informes. | 3 | 10 | 30 | ALTA | 2 | 10 | 20 | MODERADA |

FECHA DE PUBLICACIÓN: 22 de Diciembre de 2017

| | | MATRIZ DE RIESGOS INHERENTE | | |
|--------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| | | IMPACTO | | |
| | | Moderado | Mayor | Catastrofico |
| PROBABILIDAD | CASI SEGURO | | | |
| | PROBABLE | | PI (1) GT (1) | GA (1,2) |
| | POSIBLE | | EYC (2) | |
| | IMPROBABLE | | GJ (1) | |
| | RARO | | CP (1) NC (1,2) CON (1) | CI (1,2,3) GH (1) GT (2) EYC (1) |

| | | MATRIZ DE RIESGOS RESIDUAL | | |
|--------------|-------------|----------------------------|---|----------------------|
| | | IMPACTO | | |
| | | Moderado | Mayor | Catastrofico |
| PROBABILIDAD | CASI SEGURO | | | |
| | PROBABLE | | | |
| | POSIBLE | | PI (1) GT (1) | |
| | IMPROBABLE | | EYC (2) | GA (1,2) |
| | RARO | | GJ(1) CP (1) NC (1,2) CON (1) GT (2) EYC (1) | CI (1,2,3) GH (1) |

| |
|----------|
| Baja |
| Moderada |
| Alta |
| Extrema |

- PLANEACIÓN INTEGRAL (PI)
- COMUNICACIÓN PÚBLICA (CP)
- NORMALIZACIÓN Y CULTURIZACIÓN CONTABLE (NC)
- CENTRALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN (CI)
- CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN (CON)
- GESTIÓN HUMANA (GH)
- GESTIÓN ADMINISTRATIVA (GA)
- GESTIÓN FINANCIERA (GF) SIN RIESGO DE CORRUPCIÓN
- GESTIÓN TIC'S (GTI)
- GESTIÓN JURIDICA (GJ)
- EVALUACION Y CONTROL (EYC)

De conformidad con los resultados obtenidos, se presenta la evaluación realizada por este GIT a los Riesgos de corrupción, partiendo de su concepto, el cual es indicado en la Guía del DAFP como: “*Uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado.*”, y es así como, se evaluó en las etapas de identificación, análisis, valoración y medición.

3.1. IDENTIFICACIÓN

Cumplimiento de la Metodología



■ DEBILIDADES SI ■ DEBILIDADES NO

La “*GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN*” del DAFP establece que para la identificación se debe tener en cuenta las fuentes, sus causas y sus consecuencias, con base en información histórica, análisis, necesidades de las partes involucradas, desarrollados en el contexto interno y externo. A partir de este marco teórico el GIT de Control Interno evaluó el cumplimiento estableciendo lo siguiente:

OBSERVACIÓN

1. El formato 1 donde se identifican y valoran los riesgos de corrupción, no fue suministrado por algunos procesos, por lo que el GIT de Control Interno baso la verificación de los riesgos de corrupción con la información pública en la página WEB.
2. El riesgo y la descripción en el “formato 1” su contenido es igual, como se evidencia en el formato establecido, es de anotar que la descripción es explicar de manera detallada y ordenada, cómo es el riesgo. la cual sirve para identificar los controles, las acciones y los indicadores.

RECOMENDACIÓN

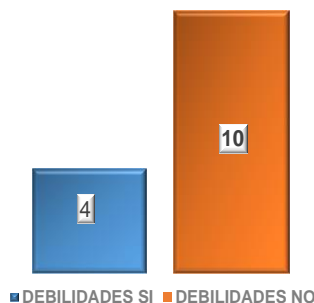
Se debe de replantear la descripción de los riesgos en el formato No 1. Establecido por parte de planeación Integral, con el fin de que esta sea realmente una representación de como es el riesgo de corrupción identificado, al que está expuesta la Contaduría General de la Nación y donde concurren como se mencionó anteriormente los componentes de “*acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado*”.

Adicionalmente, la identificación y valoración de los riesgos de corrupción, en razón a que el proceso de Gestión Recursos Financieros, lo integra las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad quienes manejan recursos públicos para el normal funcionamiento de la CGN, los cuales son asignados a través del presupuesto público, por lo anterior, recomendamos que el proceso identifique los riesgos de corrupción, partiendo del componente que exista la probabilidad del uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

3.2. VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN.

✓ Análisis del riesgo de Corrupción.

ANÁLISIS RIESGO INHERENTE
Cumplimiento de la Metodología



Acorde con la orientación del DAFP y con base en la información suministrada por los GIT, se efectuaron pruebas enfocadas a evaluar el análisis del riesgo de corrupción en cuanto a la determinación del impacto y probabilidad de ocurrencia y así determinar el riesgo inherente y su determinación en la zona de riesgo.

El Servidor Público encargado de los riesgos, manifiesta sobre las situaciones presentadas en el hurto de los bienes; si bien es cierto se ha presentado incidentes, han sido con elementos que no son de la entidad si no de funcionarios que laboran en ella.

La Guía para la gestión del riesgo de corrupción, presenta la evaluación que deben realizar las entidades sobre los Riesgos de corrupción, partiendo de su concepto, el cual es indicado en la Guía del DAFP como: “*Uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio*

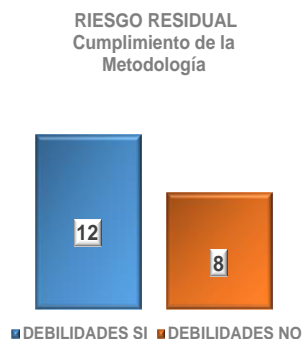
privado”.

OBSERVACIÓN

1. El GIT de Control Interno, no tuvo acceso al formato 1 donde se identifica y valora los riesgos de corrupción, por lo que se abstiene en pronunciarse respecto de la correcta utilización de la metodología implantada mediante el formato 1 para la valoración del riesgo, sin embargo, es importante mencionar que la información fue solicitada por correo electrónico, así como, al servidor público responsable de los riesgos, no obstante, se identifica dentro del mapa de riesgos la valoración.
2. El GIT de Control Interno encuentra la valoración razonable para algunos riesgos, que su probabilidad es nivel 4 (Probable); esto teniendo en cuenta que el riesgo de pérdida de bienes, está identificado únicamente sobre los de la entidad; puesto que si bien es cierto se han perdido elementos dentro de ella, los activos son de propiedad de terceros.
3. No se identifica en la matriz de los riesgos por corrupción el proceso de Gestión de Recursos Financieros

RECOMENDACIÓN

De acuerdo con la metodología establecida por el GIT de Planeación, se debe realizar la identificación y valoración de los riesgos de corrupción mediante el formato 1 con el fin de facilitar el análisis del riesgo de corrupción en los procesos, para así dar cumplimiento a la metodología implementada por el GIT de Planeación, se sugiere consultar la Guía de la Gestión del Riesgo de Corrupción de 2015.

✓ Evaluación del Riesgo de corrupción.

Para la evaluación del riesgo de corrupción en cuanto al análisis de los controles se tomó como base lo documentado por los GIT, lo cual se corroboró con las instrucciones de la “GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN”, en cuanto a la naturaleza, documentación y clase de control, con el objetivo de ratificar el riesgo residual.

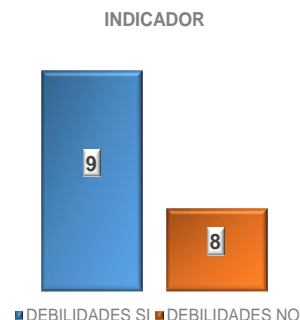
OBSERVACIÓN

1. En algunos procesos no suministraron al GIT de Control Interno, el diligenciamiento del formato 1 donde se evalúa el riesgo de corrupción, por lo que éste se abstiene en pronunciarse respecto de la correcta utilización de la metodología.
2. Algunos procesos no entregaron la totalidad de la información del seguimiento de los controles.
3. Para determinar el impacto de ocurrencia y la valoración del control los procesos responden la encuesta en el formato 1 relacionadas en la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción, los cuales presentaron observaciones como:
 - En algunos riesgos de corrupción los procesos responden que no “Dar lugar a procesos sancionatorio, Dar lugar a procesos fiscales y Dar lugar a procesos penales; teniendo en cuenta el impacto que produciría en la CGN la materialización de los riesgos es conveniente que se tenga en cuenta en la calificación del riesgo estos criterios.
 - Se relacionan controles, pero no se diligencia la encuesta del punto 4 “Controles existentes” para los riesgos identificados en el formato 1.
 - Para las preguntas “El Control es Automático? y El control es Manual?”, la respuesta no es coherente toda vez que el control no es automático y si lo califican como tal.
4. Los procesos suministran evidencias relacionadas con el desarrollo de las acciones asociadas a cada uno de los controles identificados en el mapa; sin embargo, estos no fueron valorados como lo establece la metodología.

RECOMENDACIÓN

Es imperativo generar estrategias, identificar la causa raíz de las debilidades mencionadas, establecer controles y seguimientos que avalen la observancia de las directrices establecidas para la gestión del riesgo de corrupción, la realización de las mediciones, el respectivo monitoreo a los controles y las acciones para así disminuir el potencial riesgo de materialización.

1.3. INDICADORES



Se verificó la existencia de la hoja de vida de los indicadores planteados en el Mapa de Riesgos de Corrupción para la vigencia 2018, adicionalmente se realizó el seguimiento del indicador para la vigencia 2017.

OBSERVACIÓN

1. No se evidencia la hoja de vida del indicador planteado por parte de algunos GIT en el Mapa de Riesgos de Corrupción de la vigencia 2018.
2. En algunos procesos el auditado informa de un indicador como corrupción, al cual se evidencia seguimiento, *sin embargo, el indicador del mapa de riesgos aprobado para la vigencia 2017 fue definido diferente.*
3. La acción realizada para minimizar el riesgo para la vigencia 2017, no es coherente con el control y acción planteada dentro del mapa de riesgos.
4. En el diligenciamiento de las acciones del Mapa de Riesgos de Corrupción se presenta una diferencia con lo establecido en el formato 1, puesto que se evidencia que las descripciones de estas son desiguales en cada una de ellas.
5. No se evidencia seguimiento en algunos procesos al indicador del mapa de riesgos aprobado para la vigencia 2017; es importante señalar que la Política de Administración del Riesgo establece que las mediciones de estos indicadores aunados a las acciones hacen parte del seguimiento a los riesgos.

RECOMENDACIÓN

Es fundamental hacer la hoja de vida de los indicadores, toda vez que sirve como referente para una efectiva gestión del indicador y a su vez asegurar que la información que éste entregue, sea fácil de interpretar, realizar seguimiento al control y la acción establecida dentro del Mapa de riesgos y se minimice la exposición al riesgo.

De acuerdo con la importancia que genera la medición de los indicadores planteados para cada una de las acciones en el seguimiento a los riesgos, se debe realizar un análisis de causas del porque se presentaron las debilidades enunciadas anteriormente y tomar las acciones pertinentes, para que la medición se realice de tal manera que obedezca al indicador planteado; así como, reevaluar la efectividad y ejecución de los controles que dan aseguramiento a la información para que garanticen la uniformidad y coherencia en los diferentes documentos, y así no dar lugar a confusiones en el momento de ser consultada.

4. MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

IDENTIFICACIÓN

Se verifica lo realizado por parte del GIT de Planeación Integral a través del cuadro de aspectos e impactos ambientales perspectiva ciclo de vida como se establece en la Actividad 2 del PI-PRC 27, de los cuales se valoraron los aspectos de mayor incidencia aplicables por la función de la CGN artículos como: Luminarias, Papel, Tóner de impresoras y elementos como computadores, servidores, video beam, teléfonos, televisores, impresoras, ascensores; a los cuales se les han diseñado mecanismos de control en la fase ciclo de vida “fabricación” que contempla *ESTUDIOS PREVIOS, PLIEGO DE CONDICIONES “REQUISITOS AMBIENTALES”*; de igual manera se verificó la existencia de los programas para el manejo del impacto y aspecto ambiental y sus indicadores asociados a la matriz de la CGN, la cual se encuentra publicado en la WEB y SIGI.

EL RESULTADO ES SATISFACTORIO

5. RIESGOS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

El proceso, elaboró la identificación y valoración de la matriz de peligros del Sistema de Salud y Seguridad en el trabajo de la CGN, socializada a través de charlas con el fin de prevenir a los funcionarios sobre los riesgos en cada uno de los pisos que conforman el edificio donde opera la CGN, así como, la implementación de medidas de seguridad.

OBSERVACIÓN

Al verificar la información publicada en la Intranet, se evidencian debilidades de control en cuanto a la calidad, integridad y oportunidad de la información con relación a:

1. Los riesgos publicados se encuentran desactualizados, de lo que informo el funcionario responsable que el ítem señalado en la gráfica 1 debe quitarse ya que no corresponde a los riesgos; durante el proceso de auditoría el responsable modificó la publicación en la intranet, corrigiendo lo afirmado en la auditoría, tal como se muestra evidencia en la gráfica 2, en donde elimina el ítem de riesgos y reubica la “matriz de peligros y riesgos seguridad y salud en el trabajo” como “ “identificación de peligros y valoración de riesgos y determinación de controles”.

GRAFICA 1

- MATRIZ DE PELIGROS Y RIESGOS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- PLAN DE INTERVENCIÓN ARL POSITIVA VIGENCIA 2017
- MATRIZ DE COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LA CGN.
- PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PSICOSOCIAL
- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PVE PSICOSOCIAL 2017
- QUE HACER EN CASO DE ENFERMEDAD LABORAL
- PROGRAMA SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- ACCIDENTE DE TRABAJO
- POLÍTICA DEL SG - SST
- Contáctenos - Email: copasst@contaduria.gov.co
- PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DME

LECCIONES APRENDIDAS 2017

LECCIONES APRENDIDAS 2016

LECCIONES APRENDIDAS 2015

FORMATOS

RIESGOS

- Matriz de Riesgos
- Informe Matriz de Riesgos
- Riesgos Asociados

COPASST

GRAFICA 2

- BRIGADA DE EMERGENCIAS CGN
- PLAN de Preparación y prevención de Emergencias
- ¿COMO ACTUAR EN CASO DE EMERGENCIA?
- REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
- INDUCCIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2017
- MATRIZ DE COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LA CGN.
- PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PSICOSOCIAL
- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PVE PSICOSOCIAL 2017
- QUE HACER EN CASO DE ENFERMEDAD LABORAL
- ACCIDENTE DE TRABAJO
- POLÍTICA DEL SG - SST
- Contáctenos - Email: copasst@contaduria.gov.co
- PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DME

LECCIONES APRENDIDAS 2017

LECCIONES APRENDIDAS 2016

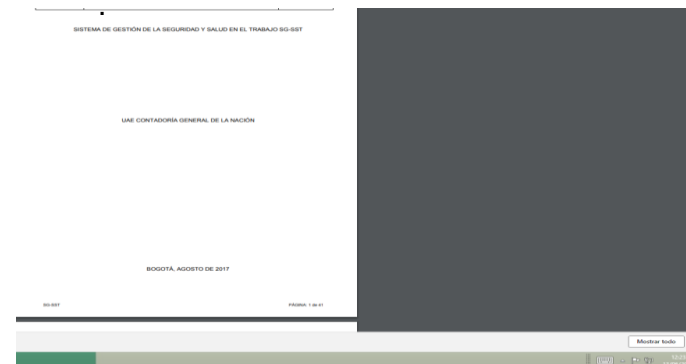
LECCIONES APRENDIDAS 2015

FORMATOS

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES

COPASST

2. El programa del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, relaciona la fecha de publicación julio 2016, por lo que se encuentra desactualizado, toda vez que durante el proceso de auditoría se observa la nueva publicación con fecha de agosto de 2017.



3. Por otra parte, la publicación Plan de Intervención Programa de Vigilancia Epidemiológica publicada en la Intranet le falta relacionar la segunda parte del informe donde se comunica el cumplimiento del programa propuesto.

RECOMENDACIÓN

Es importante reevaluar la efectividad y ejecución de los controles en cuanto a las publicaciones para que garanticen la razonabilidad, oportunidad e integridad de la información, siendo este un medio de comunicación a todos los servidores de la CGN; de igual manera se debería realizar una revisión de toda la información allí contemplada y actualizar la que sea necesaria.

CONCLUSIÓN

El GIT de Control Interno concluye que los 10 procesos evaluados toman como base para la gestión de los riesgos la metodología establecida como directriz de la CGN, al igual que la normatividad vigente para los riesgos de proceso institucionales y de Corrupción, de igual manera es de resaltar que los controles y acciones son ejecutados siendo estos efectivos; sin embargo, en el proceso de auditoría se presentaron debilidades y la materialización de algunos riesgos transversales.

Es importante no perder de vista, que todas las acciones y controles contemplados en los mapas de riesgos, vinculadas con la información arrojada de las mediciones a los indicadores, corresponden al seguimiento efectivo a la mitigación de los riesgos, y que estos blindan el cumplimiento de los objetivos del proceso, en este contexto, se concertaron Planes de Mejoramiento, a partir de la evaluación realizada a los riesgos por proceso, institucionales y de corrupción, que presentan debilidad y/o susceptibles de ser fortalecidos; involucrando el diseño y medición de los indicadores asociados.