



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda



CONTADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN

**AUDITORÍA A LOS RIESGOS
DE GESTIÓN Y CORRUPCIÓN**

INFORME DE CONTROL INTERNO

Octubre 20 de 2020

Apreciado Doctor: Pedro Luis Bohórquez Ramírez

El Grupo Interno de Trabajo GIT de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, el Decreto 1083 de 2015 y sus modificaciones, Decretos 019 y 2641 de 2012, 648 y 1499 de 2017; así como los lineamientos establecidos en la Guía de Auditoría para Entidades Públicas del DAFP, y las Resoluciones 364 de 2017 y 456 de 2018 emitidas por la CGN, tiene como función realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, los Riesgos y los procesos, contemplando como mínimo los procedimientos, actividades y actuaciones de la administración; con el fin de determinar la efectividad del Control Interno, el cumplimiento de la gestión y los objetivos de la Entidad, produciendo recomendaciones para asesorar a la alta dirección en busca del mejoramiento continuo; es de aclarar que las recomendaciones realizadas por el GIT, no son de obligatorio cumplimiento, solo son una Guía de asesoramiento; los líderes de proceso deben, a través de un análisis de causas establecer las acciones más apropiadas frente a las observaciones realizadas en el presente informe.

En cumplimiento al Programa General de Auditorías aprobado para la vigencia 2020 por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno CICCI, este GIT adelantó la evaluación a la Gestión de los riesgos de gestión y corrupción a los diez procesos de la entidad; a continuación se informan de manera general las fortalezas y debilidades producto del desarrollo de las auditorías, las fueron socializadas previamente con cada proceso, con la finalidad de concertar el plan de mejoramiento en el formato "CYE05-FR02".

Cordialmente,

MARITZA VELANDIA CARDOZO
Coordinador GIT de Control Interno

Elaboró: Daniela Pérez Ortiz
Maritza Velandia Cardozo

Tabla de Contenido

Objetivos, Alcance.....	.4
Metodología, Capacitación	5
Política de Administración del Riesgo	6
Riesgos de Gestión.....	7
Riesgos de Corrupción.....	20
Conclusión.....	29

OBJETIVO

Verificar la gestión realizada a los riesgos por proceso y de corrupción; analizando su identificación, análisis, valoración, indicadores y efectividad de los controles, acorde con las directrices establecidas por la alta dirección, política y metodología acogida por la CGN, para la vigencia 2020.

ALCANCE

Debido a la situación que se vive en el país, nos encontramos afrontando una Emergencia Sanitaria con ocasión de la pandemia generada por el coronavirus COVID –19, declarada como tal mediante Resolución N° 385 del 12 de marzo de 2020 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de igual forma, en el marco de dicha Emergencia Sanitaria, el Gobierno Nacional profirió el Decreto N° 593 del 24 de abril de 2020, mediante el cual se ordenó el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia.

Por lo tanto, la U. A. E. Contaduría General de la Nación, atendiendo los lineamientos del Gobierno Nacional, y con la finalidad de garantizar el bienestar y salud de todos los servidores públicos y contratistas de la entidad, expidió la Circular Interna N° 003 del 24 de marzo de 2020 y sus complementarias, mediante la cual se indicaron una serie de medidas relacionadas con el fin de dar cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio por parte de todos los servidores públicos y colaboradores de la Entidad, así como también el trabajo en casa bajo debida instrucción de los coordinadores o supervisores; es así como el GIT de Control Interno, procedió a realizar la auditoría en mención, a través de los medios electrónicos, solicitando la información requerida de manera virtual, por lo que mientras dure la emergencia, no se realizarán pruebas in situ, ni se requerirá documentación física, esto, sin dejar de un lado que si durante el proceso se regresara al trabajo presencial, se solicitará de ser necesario, dichos documentos para ser tenidos en cuenta.

El GIT de Control Interno realizó la auditoría de gestión a los riesgos por Proceso y Corrupción, identificados y gestionados por la CGN, para la vigencia 2020, mediante el seguimiento, verificación de las políticas y metodologías establecidas por la Entidad; de igual manera, se evaluó el seguimiento realizado durante el primer trimestre del presente año.

METODOLOGÍA

En aras de verificar la observancia de la normatividad vigente que regula la administración de los riesgos por parte de la entidad, el GIT de Control Interno en cumplimiento del plan de auditoría y sus objetivos, llevó a cabo las siguientes Etapas:

Etapa 1. Consultas de fuentes de información interna y externa, para fundamentar conceptualmente los referentes normativos, las directrices, política y metodología acogida por la CGN, para la vigencia 2020.

Etapa 2. Se efectuó una capacitación sobre la “Metodología DAPF - Administración del Riesgo y Diseño de Controles” e indicadores, con el ánimo de reforzar los conocimientos que se tienen en la gestión del riesgo, el cumplimiento de los objetivos del MECI de autocontrol, autogestión y autorregulación, así como la asignación y ejecución de las responsabilidades de las tres líneas de defensa en esta materia.

Etapa 3. Teniendo en cuenta el contexto actual de la emergencia sanitaria y en apoyo de las herramientas tecnológicas, el GIT de Control Interno para la ejecución de la auditoría realizó el análisis de la información suministrada por cada uno de los procesos relacionada con la gestión de los riesgos, donde se evaluó:

- ✓ El cumplimiento de la normatividad vigente.
- ✓ La aplicación de la metodología de gestión del riesgo adoptada por la CGN.
- ✓ La alineación con el contexto estratégico, objetivos de la Entidad, objetivos del proceso y PQRSD.
- ✓ La ejecución y efectividad de los controles e indicadores establecidos en la matriz de riesgos.
- ✓ La gestión en caso de haberse presentado la materialización de un riesgo, y
- ✓ El impacto que ha tenido la emergencia sanitaria con ocasión de la pandemia generada por el coronavirus COVID –19 en la gestión de los riesgos de la entidad.

Etapa 4. Los resultados de la auditoría se socializaron mediante un informe en el cual se comunicó la observancia y las debilidades que presentó cada proceso.

CAPACITACIÓN

En cumplimiento de lo establecido en el decreto 648 de 2017 con respecto al rol del enfoque hacia la prevención y con la finalidad de fortalecer la gestión de riesgos, controles e indicadores de la CGN, el GIT de Control Interno realizó una capacitación a todos los procesos a través de la plataforma Google Meet, relacionada con la “Guía para la administración

del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP V4, indicadores y el rol de las Líneas de Defensa en gestión del riesgo; a esta asistieron 29 servidores públicos entre contratistas y personal de planta en representación de los 10 procesos objeto de la auditoría.

1. POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DE RIESGO

1.1 ACTUALIZACIÓN

El GIT de Planeación en ejercicio del rol de gestión de los riesgos y en cumplimiento de lo establecido en los “ARTÍCULOS TERCERO MONITOREO Y REVISIÓN y ARTÍCULO CUARTO RESPONSABILIDADES” de la Resolución 501 de 2018 emitida por la CGN, efectuó mesa de trabajo para actualizar la política, la cual fue presentada para comentarios y aprobación en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCI, en la sesión del 30 de mayo de 2019, Acta No. 3; en el proceso de auditoría se evaluó la estructura de esta, con respecto a los parámetros establecidos por la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”, en las evidencias se observó el cumplimiento de las directrices; no obstante, se recomendó que en el numeral 4 GLOSARIO, se incorporaran las definiciones faltantes que se relacionan en la Guía en sus páginas 8 y 9, las cuales son mencionadas en la política.

RESULTADO SATISFACTORIO

1.2 PUBLICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN

La Resolución 501 del 2 de noviembre de 2018, “ARTICULO QUINTO: DIVULGACIÓN”, menciona: “la Política de Administración de Riesgos se divulgará a través de la Web...”; acorde a las pruebas de auditoría, el día 17 de junio de 2020, se evaluó el cumplimiento de la directriz, estableciendo que el GIT de Planeación en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno sesión de mayo 30 de 2019, socializó para aprobación y comentarios la política actualizada, de igual manera, realizó la solicitud de publicación en la página WEB de la entidad y el 10 de junio de 2019 se envió por correo electrónico a toda la entidad.

Para la vigencia 2020 en el primer seguimiento realizado a la gestión de riesgos y en cumplimiento de lo establecido en la resolución 501 artículo tercero el cual menciona: “La política de administración del riesgos se revisará mínimo una vez al año o cuando cambios en el contexto estratégico de la entidad así lo requiera”, se evidenció que el GIT de Planeación informó en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño que se realizó la revisión de la política y que esta no presentó ningún cambio; de igual manera lo Informó en el Equipo operativo del 4 de mayo de 2020.

RESULTADO SATISFACTORIO

2. RIESGOS DE GESTIÓN

La CGN tiene definido el mapa de procesos el cual se encuentra dividido en cuatro niveles: dos estratégicos, tres misionales, cinco de apoyo y uno de control y evaluación; cada proceso ha establecido acorde a los lineamientos de la entidad, los siguientes riesgos de gestión (Inherente y residual) para la vigencia 2020:

Imagen 1 Riesgos de Gestión por Procesos

PROCESO	RIESGO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	ZONA DE RIESGO RESIDUAL
PLANEACIÓN	1 Incumplimiento de los resultados de la planeación estratégica.	Extremo	Alto
	2 Incumplimiento en la generación de planes, proyectos e informes de seguimiento.	Alto	Alto
	3 Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes.	Extremo	Alto
	4 Pérdida de certificaciones en las normas de los sistemas integrados.	Extremo	Alto
	5 Fuga de conocimiento de la Entidad.	Moderado	Alto
COMUNICACIÓN PÚBLICA	1 Omisión de los gerentes públicos y líderes de proceso en el uso de los canales de comunicación pública	Alto	Moderado
	2 Omisión de los gerentes públicos y líderes de proceso en el cumplimiento de los requisitos de la información	Alto	Moderado
NORMALIZACIÓN Y CULTURIZACIÓN CONTABLE	1 Inoportunidad en la Expedición de conceptos	Alto	Moderado
	2 Inconsistencia técnica en la Regulación Contable	Alto	Moderado
	3 Inoportunidad en la publicación de la información relacionada con el Régimen de Contabilidad Pública	Alto	Moderado
CENTRALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	1 Incumplimiento en la cobertura necesaria para generar el estado de situación financiera y de resultados consolidado	Alto	Moderado
	2 Inexactitud en el reporte de la información necesaria para la generación de productos	Alto	Alto
	3 Inexactitud de la información suministrada en la asesoría por parte de los servidores públicos.	Extremo	Alto
CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	1 Inoportunidad en la entrega del balance general de la nación	Extremo	Alto
	2 Incumplimiento en la entrega de informes diferentes al balance general de la nación	Moderado	Bajo
	3 Inconsistencia de los datos del reporte y/o de los datos de los informes consolidados	Moderado	Bajo
	4 Desacierto o equivocación en el proceso de consolidación (parametrización)	Alto	Moderado
GESTIÓN HUMANA	1 Incumplimiento en la ejecución de las actividades programadas en el PIC.	Bajo	Bajo
	2 Incumplimiento de requisitos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.	Bajo	Bajo
	3 Incumplimiento de la normativa vigente de sueldos y prestaciones sociales	Moderado	Moderado
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	1 Posibilidad de pérdida de bienes o archivos documentales.	Alto	Moderado
	2 Posibilidad de incumplimiento en las etapas precontractual, contractual y/o postcontractual.	Extremo	Moderado
	3 Presentación inoportuna o errónea de los informes y/o reportes a antes de control o entidades externas.	Alto	Alto
	4 Posibilidad de trasapelar la mensajería enviada o recibida nacional e internacionalmente.	Alto	Bajo
GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS	1 Pago inoportuno a proveedores	Alto	Bajo
	2 Deficiencia en la ejecución del PAC.	Extremo	Moderado
	3 Pérdida de recursos financieros en la caja menor.	Alto	Alto
	4 Carencia o errores del CDP (Certificado de Disponibilidad Presupuestal).	Alto	Bajo
	5 Carencia o errores del RP (Registro Presupuestal).	Alto	Bajo
GESTIÓN TICs	1 Incumplimiento de la meta de los productos del Proyecto de Inversión " Fortalecimiento de la Plataforma Tecnológica"	Extremo	Moderado
	2 Interrupción de los servicios tecnológicos que soportan los procesos	Alto	Moderado
GESTIÓN JURÍDICA	1 Incumplimiento en términos legales, procesales y procedimentales.	Alto	Bajo
	2 Desacierto en los conceptos emitidos.	Alto	Bajo
CONTROL Y EVALUACIÓN	1 Detección de errores en las auditorías e informes ley	Alto	Moderado
	2 Omisión y/o inexactitud en el informe elaborado y reportado.	Alto	Moderado

Fuente: GIT de Control Interno

Matriz	Riesgos	Participación
Zona de Riesgo Baja	10	29%
Zona de Riesgo Moderado	15	43%
Zona de Riesgo Alta	10	29%
Zona de Riesgo Extrema	0	0%
Total Riesgos	35	100%

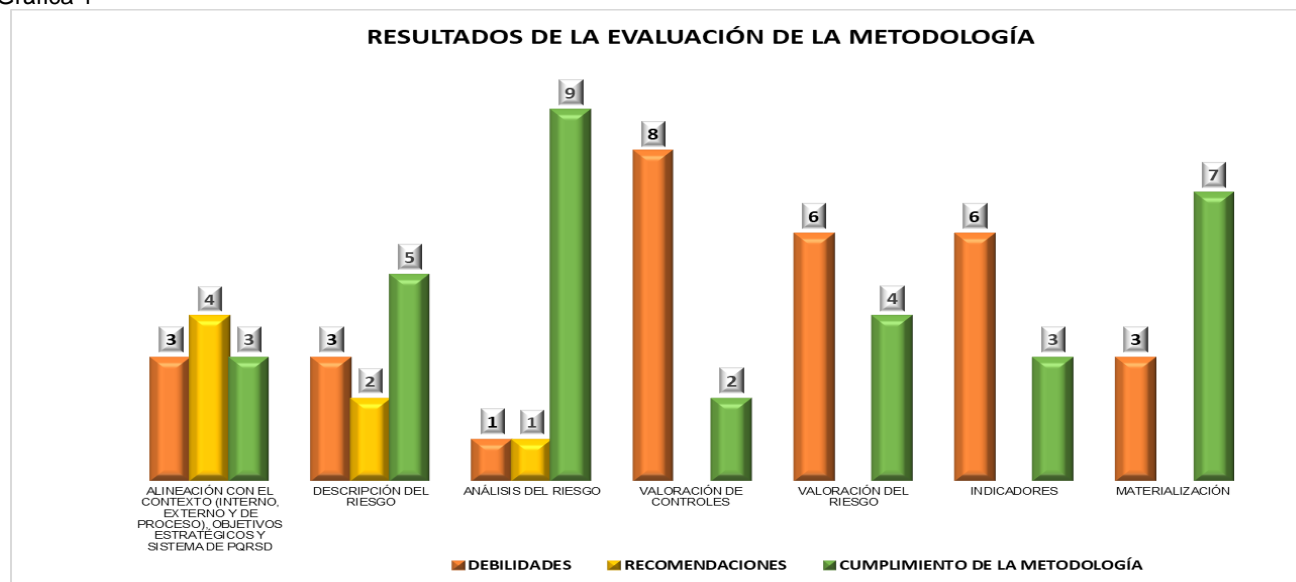
En la matriz se observa que, después de controles, de los 35 Riesgos de gestión el 29%(10) se encuentran en zona de riesgo baja, el 43%(15) en zona de riesgo moderado y el 29%(10) en zona de riesgo alta.

2.1 APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La CGN cuenta con una Política de Administración del Riesgo, en la cual se adoptaron los lineamientos definidos en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP V4; para su aplicación, el GIT de Planeación, en su rol como administrador del riesgo estableció los siguientes formatos: descripción del riesgo, análisis del riesgo, valoración de controles, valoración del riesgo y el mapa de riesgos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el GIT de Control Interno realizó pruebas de auditoría, con el objetivo de validar el cumplimiento de la política y la metodología mediante la implementación de estos formatos, por parte de los 10 procesos; los resultados de la evaluación se ilustran en la gráfica 1 y se exponen en el cuerpo de este informe.

Gráfica 1



Fuente GIT de Control Interno

2.1.1 ALINEACIÓN CON EL CONTEXTO (INTERNO, EXTERNO Y DE PROCESO), OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y SISTEMA DE PQRSD

El GIT de Control Interno elaboró una matriz con las debilidades y amenazas identificadas por la entidad para la vigencia 2019 y los objetivos estratégicos, donde se evaluó la alineación de los riesgos definidos por los procesos con el contexto interno, externo y a nivel del proceso, los objetivos estratégicos y el sistema de PQRSD; como resultado de las pruebas de auditoría, se evidenció que para la determinación de los riesgos el 40% (4) de los procesos tuvo en cuenta aquellos factores que podían afectar el logro de sus objetivos, así como el cumplimiento de la misión de la entidad; no obstante, para el 30% (3) se recomendó que evaluaran la posibilidad de asociar e incluir en la matriz de riesgos algunas amenazas y debilidades que tenían correlación directa con las causas identificadas; en cuanto al 30% (3) restante, se evidenció lo siguiente:

OBSERVACIÓN

- Dos procesos no tuvieron en cuenta aquellos factores internos o externos que podían afectar el logro de sus objetivos y el cumplimiento de la misión de la entidad, en la determinación de sus causas.
- Un proceso alinea sus causas con la debilidad 1 del contexto estratégico, no obstante, cuando se hizo la validación de la descripción relacionada, esta no correspondía con la descrita en el DOFA de la entidad. Lo anterior, denotó debilidad en la aplicación de los controles previos a la publicación definitiva dando lugar al incumplimiento parcial del principio de la calidad de la información establecido en la Ley 1712 de 2014, que reza: “Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad”. (Subrayado fuera de texto).

RECOMENDACIÓN

Teniendo en cuenta que el contexto estratégico de la entidad es la base fundamental para la determinación de las causas que pueden conllevar a la materialización del riesgo, es pertinente que algunos procesos revisen las amenazas y debilidades allí descritas para que se haga una correcta alineación con el riesgo; así como, implementar controles de verificación para garantizar que la información que se publique sea veraz y contemple los demás aspectos del principio de la calidad de la información.

2.1.2 DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Una vez verificada la alineación de los riesgos con el contexto externo, interno y de los procesos, se procedió con la revisión de la aplicación del formato “Descripción del Riesgo” el cual incluye las siguientes variables: riesgo, descripción,

tipo, causas y consecuencias potenciales, las cuales fueron verificadas durante el ejercicio de auditoría y como resultado de este se determinó que: el 50% (5) de los procesos aplicaron la metodología en el formato, asimismo los riesgos identificados en estos tenían correlación con la causas y las consecuencias allí descritas, para el 20% (2) el GIT de Control Interno recomendó que se evaluara la posibilidad de ajustar la tipología de los riesgos y con el 30% (3) restante, se establecieron las siguientes debilidades:

OBSERVACIÓN

- Algunas causas no contemplaban todos los aspectos del riesgo y los factores que podrían dar origen a la materialización, por lo que, al no ser tenidos en cuenta, no se controlaban y podrían afectar el logro de los objetivos del proceso y/o materialización del riesgo.
- Para un riesgo se identificó una consecuencia y al realizar el análisis de esta, se estableció que su redacción no correspondía a una consecuencia, toda vez que, era un evento o situación que podía entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del proceso (causa). De igual manera, se le sugirió al proceso contemplar la posibilidad de incorporar como una consecuencia el impacto que tendría la materialización de un riesgo en la imagen institucional.
- Un riesgo y una causa identificada en el formato “Descripción del Riesgo”, no eran coherentes con los relacionados en el mapa de riesgos vigencia 2020, denotando debilidades de control al momento de realizar la transcripción de datos entre formatos y en la aplicación de estos al interior del proceso dando lugar al incumplimiento parcial del principio de la calidad de la información establecido en la Ley 1712 de 2014, que reza: “Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad”.

RECOMENDACIÓN

El GIT de Control Interno, teniendo en cuenta la relevancia que tiene la correcta definición de las causas y las consecuencias potenciales en la gestión del riesgo, le sugirió a los procesos realizar los ajustes de conformidad con lo dispuesto en la metodología, con el fin de garantizar que las demás variables que se contemplen propendan por la mitigación de los riesgos; de igual manera, considerar la implementación de controles de verificación para garantizar que la información sea la misma en los diferentes medios.

2.1.3 ANÁLISIS DEL RIESGO

Este punto permite establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE), estos criterios deben ajustarse a la realidad histórica de los procesos; algunos calificaron la probabilidad de sus riesgos bajo el criterio de factibilidad, otros bajo el criterio de frecuencia y para la determinación del impacto tuvieron en cuenta las consecuencias potenciales descritas en la fase 1 de identificación del riesgo. No obstante, para un riesgo se sugirió reevaluar la probabilidad de “posible” a “improbable” atendiendo el criterio de frecuencia, teniendo en cuenta que el proceso definió el riesgo hace más de tres años y hasta la fecha no se ha materializado, de igual manera, en otro proceso se detectó la siguiente debilidad:

OBSERVACIÓN

Un proceso calificó los riesgos en el “Mapa de riesgo Inherente Antes de Controles” como altos, teniendo en cuenta la probabilidad e impacto definidos para este; no obstante, cuando se verificó el formato análisis del riesgo, los riesgos estaban calificados como moderado, no siendo coherente en ambos formatos.

RECOMENDACIÓN

Por el correcto diligenciamiento del mapa de calor se puede inferir que se tiene el conocimiento, por lo que se sugirió determinar cuál fue el inconveniente al diligenciar el formato y establecer los controles necesarios para que la información fuera coherente en todos los formatos.

2.1.4. VALORACIÓN DE CONTROLES

En este punto se verificó que las actividades de control definidas por la primera línea de defensa mitigaran las causas que hacen que el riesgo se materialice y cumplieran con los 6 pasos para su diseño; por lo que, durante el proceso de auditoría, el GIT de Control Interno evaluó que los controles establecidos por los procesos cumplieran con estos criterios y que además la evaluación de los mismos estuviera acorde con la guía. Es importante aclarar que los procesos contemplaron los seis aspectos en el diseño del control y que aplicaron la metodología; sin embargo, se evidenciaron debilidades en la determinación de algunas variables las cuales se enuncian a continuación:

OBSERVACIÓN

- Acorde a la Guía, el control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, etc.) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo. Por lo que el GIT de Control Interno evaluó si prevenía o detectaba de manera oportuna el riesgo, si era coherente entre la descripción y definición del control evidenciando las siguientes debilidades:

- ✓ La periodicidad definida para un control, no era oportuna y coherente con la ejecución y finalidad del mismo, toda vez que el proceso determino que se realizaría de forma “anual”, desestimando los factores internos y externos los cuales pueden variar en cualquier momento
- ✓ Algunos procesos identificaron la periodicidad como “Permanente”, no siendo esta la más apropiada teniendo en cuenta que debería ser específica como lo estipula la Guía (diaria, mensual, trimestral, semestral, anual).
- ✓ Un proceso definió una periodicidad de “Anual o por requerimiento”, la cual era inapropiada teniendo en cuenta que se trataba de un control preventivo, por lo que la ejecución de éste debía realizarse con más frecuencia; para evitar que se genere un incumplimiento que provocara la materialización del riesgo; así mismo, dicha periodicidad no era coherente con la forma en que el proceso decía que realizaba la actividad de control.
- ✓ La periodicidad definida como “Mensual” para un control, no correspondía con su ejecución toda vez que se hacía de manera quincenal.
- ✓ Para un control, en el nombre se estableció “periódicamente” y en su diseño se especificó que la ejecución sería “ANUAL”, no siendo coherente la información en el mismo formato.
- La Guía establece que “El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo, con el objetivo de llevar acabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución...”, al validar el propósito de los controles establecidos por cada proceso y si estos atacaban las causas, se evidenció que:
 - ✓ El propósito del control identificado por un proceso no mitigaba la totalidad el riesgo, exponiéndolo a un potencial riesgo de materialización.
 - ✓ Varios controles establecidos no tenían correlación con las causas identificadas para los riesgos, razón por la cual la vulnerabilidad de ocurrencia de estos era mucho mayor debido a que la actividad de control no estaba previniendo la causa que lo genera.
- Las directrices de la guía mencionan que: “El control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control es confiable para la mitigación del riesgo”, el GIT de Control Interno cuando evaluó la observancia de esta, encontró las siguientes inconsistencias.
 - ✓ Para un control en la definición del campo “como se realiza”, no presentaba correlación con la forma en que se efectuaba y las evidencias resultantes de su ejecución.

- ✓ Se debe actualizar en el cómo se realiza de un control, el nombre del comité que aparece allí establecido, dado que no corresponde a los existentes en la entidad.
- ✓ Para algunos riesgos, se definió un control y en el campo “como se realiza” no se especificó claramente la forma en como este se ejecutaba al interior del proceso, por lo que no fue posible evaluar si la fuente u origen de la información era confiable para la mitigación del riesgo.
- La Guía establece que: “El control debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control. Al momento de evaluar si un control está bien diseñado para mitigar el riesgo, si como resultado de un control preventivo se observan diferencias o aspectos que no se cumplen, la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones. Sigamos con nuestros ejemplos prácticos de ayuda, para la interiorización de estos conceptos.”, al evaluar el cumplimiento de este paso se encontró lo siguiente:
 - ✓ Un control identificado correspondía a las observaciones o desviaciones de otro control del mismo proceso.
- En la Guía se establece: “El control debe dejar evidencia de su ejecución. Esta evidencia ayuda a que se pueda revisar la misma información por parte de un tercero y llegue a la misma conclusión de quien ejecutó el control y se pueda evaluar que el control realmente fue ejecutado de acuerdo con los parámetros establecidos y descritos anteriormente: 1. Fue realizado por el responsable que se definió. 2. Se realizó de acuerdo con la periodicidad definida. 3. Se cumplió con el propósito del control. 4. Se dejó la fuente de información que sirvió de base para su ejecución. 5. Hay explicación a las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control”. al validar el cumplimiento de lo establecido se evidenció que:
 - ✓ Las evidencias descritas en algunos controles no correspondían a la forma en como éste se llevaba a cabo al interior de algunos procesos.
 - ✓ Las evidencias descritas en algunos controles no eran las mismas que se encontraban registradas en el mapa de riesgos para la vigencia 2020, de algunos procesos.
 - ✓ El nombre del Comité que aparece citado en las evidencias del control no correspondía con el nombre oficial “Comité Institucional de Gestión y Desempeño”, dado mediante Resolución interna No. 193 de junio de 2019; de igual manera las evidencias allí descritas no eran las mismas que se encontraban relacionadas en el mapa de riesgos vigencia 2020.

- ✓ En un control se estableció una evidencia la cual en su descripción estaba incompleta, lo anterior dificultaba la ejecución de este y dio lugar al incumplimiento parcial del principio de la calidad de la información establecido en la Ley 1712 de 2014, pues al encontrarse incompleta su redacción no sería posible ejecutar el control.
- Cuando el resultado de las calificaciones del control o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96, los procesos deben establecer un plan de acción que permita tener unos controles bien diseñados; sin embargo, durante el ejercicio de auditoría, en dos procesos no se evidenciaron las acciones llevadas a cabo para fortalecer algunos controles, que por ser de carácter detectivos el peso de su diseño dio como resultado 95.
- Un proceso identificó un control, el cual debía reajustar teniendo en cuenta que las actividades allí establecidas son competencia de otro proceso, conllevando a una extralimitación de funciones por parte del GIT que estableció en control.
- Los riesgos y las causas descritas en el formato “valoración de controles”, por algunos procesos no correspondían con los relacionados en el formato “Descripción del riesgo” y en el mapa publicado para la vigencia 2020, denotando debilidad de control al momento de realizar la transcripción de datos entre formatos e incumplimiento parcial del Principio de la calidad de la información establecido en la Ley 1712 de 2014.

RECOMENDACIÓN

Dada la importancia en el cumplimiento de los 6 pasos del diseño e implementación de controles como mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos estratégicos y de proceso, el GIT de Control Interno sugirió tener en cuenta las observaciones enunciadas en los informes de cada proceso, para que se hagan los correctivos necesarios y si es el caso se sustituya o se reemplace y así poder garantizar una adecuada mitigación de los riesgos; de igual manera, se debería realizar un análisis de las causas que pueden conllevar a la materialización del riesgo y relacionarla con los controles que tienen, para asociarlos de manera coherente o si es necesario crear otros controles.

2.1.5 VALORACIÓN DEL RIESGO

Una vez se determinó la solidez individual de los controles, se procede con el cálculo de la solidez del conjunto de éstos, para lo cual se hace uso del formato “valoración del riesgo” y su resultado indica los posibles desplazamientos en probabilidad e impacto en la matriz de calor para obtener el riesgo residual (después de controles). Durante el proceso de auditoría a este punto, se evidenció que, aunque los procesos acogieron los lineamientos dados por la Guía y realizaron los desplazamientos en la matriz de manera correcta, se presentaron las siguientes debilidades:

OBSERVACIÓN

- La calificación residual de un riesgo, en el formato valoración del riesgo, no correspondía con la del mapa de riesgos de gestión publicado en la página web para la vigencia 2020, denotando debilidad de control al momento de realizar la transcripción de datos entre formatos e incumplimiento parcial del Principio de la calidad de la información establecida en la Ley 1712 de 2014.
- Analizada la valoración del riesgo, se evidenció que algunos procesos no realizaron los desplazamientos para obtener el riesgo residual, por lo que el GIT de Control Interno efectuó el ejercicio partiendo de la calificación dada por los procesos, en el formato análisis del riesgo, cuyo comparativo como ejemplo se observa en la imagen.

Imagen 2

Mapa de calor elaborado por los procesos

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTRÓFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
1-Rara vez	Green	Green	Green	Yellow	Red

Mapa de calor elaborado por el GIT de Control Interno

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTRÓFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	R3	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	R1, R2	Red
1-Rara vez	Green	Green	Green	Yellow	Red

Mapa de Riesgo Residual-Despues de Controles

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTRÓFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
1-Rara vez	Green	Green	Green	Yellow	Red

Mapa de Riesgo Residual-Despues de Controles

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTRÓFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
1-Rara vez	Green	Green	R1	R2, R3	Red

Fuente GIT de Control Interno

- Un proceso determinó que el control que es de carácter detectivo, el cual ayuda a disminuir directamente el impacto mas no la probabilidad, cuando se realizó la revisión en el formato destinado para tal fin, fue posible evidenciar que el proceso no tuvo en cuenta lo estipulado por la Guía al momento de seleccionar la opción para los posibles desplazamientos del riesgo en la matriz de calor, toda vez que desplazo el riesgo erróneamente por probabilidad. Ver imagen 3.

Imagen 3
Formato Valoración del Riesgo

Tabla ilustrativa 8. Resultados de los posibles desplazamientos de la probabilidad y del impacto de los riesgos				
Solidez del conjunto de los controles	Controles ayudan a disminuir la probabilidad	Controles ayudan a disminuir el impacto	# columnas en la matriz de riesgo que se desplaza en el eje de la probabilidad	# columnas en la matriz de riesgo que se desplaza en el eje de Impacto
fuerte	directamente	directamente	2	2
fuerte	directamente	indirectamente	2	1
fuerte	directamente	no disminuye	2	0
fuerte	no disminuye	directamente	0	2
moderado	directamente	directamente	1	1
moderado	directamente	indirectamente	1	0
moderado	directamente	no disminuye	1	0
moderado	no disminuye	directamente	0	1

Fuente GIT de Control Interno

RECOMENDACIÓN

En cumplimiento de la metodología, se sugiere realizar el desplazamiento del riesgo inherente en probabilidad e impacto, para calcular el riesgo residual y así poder determinar si el análisis y evaluación de los controles fue apropiado para la mitigación de los riesgos.

2.1.6 INDICADORES

De acuerdo con lo especificado en la Guía del DAFP, los indicadores de riesgo permiten monitorear el cumplimiento (eficacia) e impacto (efectividad) de las actividades de control, con el fin de medir el avance o detectar fallas en el logro de los objetivos o cumplimiento de las metas en un periodo de tiempo determinado y así tomar decisiones relacionadas con su manejo, para que el riesgo no se materialice, en concordancia con lo anterior, la CGN tiene establecida la herramienta para gestionar los indicadores en un formato denominado “hoja de vida del indicador”; el GIT de Control Interno evaluó el cumplimiento de la metodología mediante el análisis a las hojas de vida de los indicadores establecidos por los procesos, como resultado de las pruebas de auditoría fue posible determinar que, aunque algunos procesos cumplen con la aplicación de la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión v4; se evidenciaron las siguientes debilidades:

OBSERVACIÓN

- Algunos procesos han definido los indicadores como tipo de “eficiencia” y “tecnología”, contraviniendo lo especificado en la Guía.

- Algunos procesos no registraron los análisis correspondientes a los resultados obtenidos por cada medición trimestral.
- En el campo (Formula para calcular el indicador), un proceso debería ajustar el numerador, toda vez que al realizarse la operación como esta ahí, el resultado no se obtiene de una vez, lo que implica ir a mirar las observaciones para poder determinar cómo se está obteniendo el resultado.
- Un proceso tuvo imprecisión en la descripción, toda vez que mencionó las fechas establecidas en el manual de correspondencia, siendo lo correcto el procedimiento de las PQRSD, Ley 1755 “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.
- Para un proceso el nombre del indicador no coincide con el relacionado en el formato PI19-FOR04, en el cual se identifica “Actualización y publicación del régimen de Contabilidad Pública (indicador semestral y cualitativo trimestral)”.
- Para un proceso la unidad de medida establecida en la hoja de vida fue “porcentaje” y en el formato PI19-FOR04 la medición está dada para el primer trimestre en días, no siendo esta consistente.
- Un proceso identificó como la tipología del indicador de “Efectividad”, la cual no corresponde teniendo en cuenta que, por el objetivo y la estructura de este, se debería considerar como un indicador de eficacia.
- Algunos procesos elaboraron las hojas de vida de los indicadores en formatos que no correspondían a los vigentes, motivo por el cual no fue posible realizar la evaluación de estos en cuanto al cumplimiento de la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión v4.
- El objetivo y la tipología “Efectividad” de un indicador establecidos por un proceso no son coherentes con la formula, toda vez que el resultado arrojado de la medición muestra el cumplimiento.

RECOMENDACIÓN

Dada la importancia que tienen los indicadores como instrumento para la gestión del riesgo, sería pertinente que algunos procesos establecieran los indicadores de riesgos teniendo en cuenta los aspectos contemplados en la Guía para la Construcción de Indicadores de Gestión v4 del DAFP; por otra parte siendo la hoja de vida una herramienta de identificación, control y gestión de estos, sería oportuno que los procesos tuvieran en cuenta las observaciones enunciadas en el informe y las ajustaran acorde a las directrices de la entidad y la Guía.

2.2. MATERIALIZACIÓN

Para la validación de este punto, el GIT de Control Interno además de hacer uso de la entrevista remota, recurrió a informes y sesiones de comités; como resultado de la evaluación se evidenció que a tres procesos se les materializaron los riesgos y además no cumplieron con lo establecido en la política de administración del riesgo; los cuales se enuncian a continuación:

- En el “Informe sobre el uso de canales de comunicación CGN por parte de los procesos y cumplimiento de los requisitos de la información” el cual fue socializado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en la sesión de abril, se informó que para el primer cuatrimestre del año 2020 se materializaron los riesgos del proceso de Comunicación. Ver imagen 4.

Imagen 4
Incumplimiento de los requisitos y uso de los canales de la información



Contenidos generados en el I Trimestre de 2020

Proceso / Gerencia Pública	Contenidos Generados			Total contenidos generados en el I Trimestre	Cumplimiento de requisitos					
	Enero	Febrero	Marzo		Enero		Febrero		Marzo	
					Si	No	Si	No	Si	No
Planeación Integral	12	17	20	49	12	-	14	3(1)	19	1(1)
Comunicación Pública	19	88	107	214	19	-	88	-	107	-
Normalización y Culturización Contable	3	18	16	37	3	-	18	-	16	-
Centralización de la Información	3	6	4	13	2	1(1)	5	1(1)	4	-
Consolidación de la Información	5	3	10	18	4	1(1)	3	-	10	-
Gestión Humana	14	58	38	110	14	-	53	5(1)	36	2(1)
Gestión Administrativa	0(1)	1	1	2	-	-	1	-	1	-
Gestión Recursos Financieros	0(1)	0(1)	1	1	-	-	-	-	1	-
Gestión TICS	1	3	6	10	1	-	3	-	5	1(1)
Gestión Jurídica	0(1)	1	6	7	-	-	1	-	6	-
Control y Evaluación	4	3	1	8	4	-	3	-	1	-
Despacho - Gerencia Pública	6	60	52	118	6	-	60	-	51	1(1)
Secretaría General - Gerencia Pública	1	0(1)	4	5	1	-	-	-	3	1(1)
TOTAL	68	258	266	592	66	2(1)	249	9(1)	260	6(1)

Fuente informe de Comunicación Pública

Teniendo en cuenta la reincidencia en la materialización de los riesgos del proceso, sería procedente que cuando esta se detecte, se informe por escrito al GIT de Planeación y al proceso que dio origen a la materialización, con el fin de que ambas instancias procedan de conformidad con lo estipulado en la Política para la Administración del Riesgo de la CGN y asimismo, se garantice la oportunidad en el tratamiento y que no se dé una posterior repetición; todo esto en razón a que este tipo de acciones deben ser de aplicación inmediata y a corto plazo para restablecer, cuanto antes, la normalidad de las actividades para el logro de los objetivos del proceso.

- En el Comité Evaluador de Activos Fijos, en la sesión del 03 de julio, se abordó el tema de pérdida de los activos fijos (televisor y un equipo de cómputo) y la gestión que se ha efectuado ante la compañía de seguros; información que fue ratificada durante la entrevista remota a los riesgos de gestión y corrupción que se llevó a cabo el día 26 de agosto, por lo que se reafirmó la materialización del riesgo “Posibilidad de pérdida de bienes o archivos documentales” en el proceso de Gestión Administrativa y el incumplimiento de lo establecido en la Política para la Administración del Riesgo de la CGN, numeral 18 “ACCIONES PARA SEGUIR EN CASO DE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO”.
- El riesgo “Incumplimiento de la normatividad vigente de sueldos y prestaciones sociales”, se materializó para el primer cuatrimestre del año 2020, toda vez que se incumplió con la normatividad legal vigente en relación con los descuentos de nómina superiores al 50% para el mes de febrero del año 2020. Ver imagen 5.

Imagen 5
FEBRERO DE 2020

APELLIDOS Y NOMBRES	CC	PRUEBA PARA VERIFICAR QUE EL DESCUENTO REALIZADO NO SEA MAYOR AL 50% DE LOS INGRESOS						
		TOTAL DEVENGADO	TOTAL DEDUCCIONES	Descuentos de Ley	Valor Dctos después de los dctos de ley.	50% después de descuentos	Pagos en que superan el 50% de dcto	Porcentaje en que se excede
QUIROGA FORERO HUGO SAIR	176792	1.810.147,00	1.044.106	140.000	904.106	835.073,50	-69.032,50	-8%

RECOMENDACIÓN

El GIT de Control Interno considera que acorde a lo estipulado en la Política para la Administración del Riesgo de la CGN, sería procedente que los procesos informen por escrito al GIT de Planeación la materialización del riesgo con el fin de que este proceda de conformidad con lo estipulado en la Política y asimismo se garantice la oportunidad en el tratamiento y que no se dé una posterior repetición; todo esto en razón a que este tipo de acciones deben ser de aplicación inmediata y a corto plazo para restablecer, cuanto antes, la normalidad de las actividades para el logro de los objetivos del proceso.

3. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

La CGN tiene definido un mapa de procesos el cual se encuentra dividido en cuatro niveles: dos estratégicos, tres misionales, cinco de apoyo y uno de control y evaluación; cada proceso ha establecido acorde a los lineamientos de la entidad, los siguientes riesgos de corrupción a excepción del proceso “Gestión Recursos Financieros” para la vigencia 2020:

Imagen 6 Riesgos de Gestión por Corrupción

PROCESOS	RIESGO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	ZONA DE RIESGO RESIDUAL
PLANEACIÓN	1 Posibilidad de recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros a cambio de información de la CGN	Extremo	Alto
COMUNICACIÓN PÚBLICA	1 Alteración de la información.	Alto	Alto
NORMALIZACIÓN Y CULTURIZACIÓN CONTABLE	1 Posibilidad de recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros a cambio de información de la CGN	Extremo	Alto
CENTRALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	1 Soborno para no realizar requerimientos establecidos por la CGN	Alto	Alto
CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	1 TRÁFICO DE INFLUENCIAS EN LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICACIONES Y RECIBO DE INFORMACIÓN CONTABLE	Alto	Alto
GESTIÓN HUMANA	1 Posibilidad defavorecer intereses particulares al modificar el manual de Funciones.	Alto	Alto
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	1 Direccionamiento de las especificaciones tecnicas para favorecer a terceros	Extremo	Alto
GESTION TICS	1 Utilización inapropiada de la información de la entidad para favorecer intereses particulares.	Alto	Alto
	2 Posibilidad de invertir en bienes y servicios que no se necesiten en la entidad para el beneficio propio o de terceros.	Alto	Alto
GESTIÓN JURÍDICA	1 Intervención en una decisión o concepto jurídico para beneficio propio o de un tercero.	Extremo	Extremo
CONTROL Y EVALUACIÓN	1 Omisión intencional de posibles actos de corrupción o irregularidades administrativas.	Alto	Alto
	2 Manipulación de los informes.	Alto	Alto

Fuente: GIT de Control Interno

Matriz	Riesgos	Participación
Zona de Riesgo Baja	0	0%
Zona de Riesgo Moderado	0	0%
Zona de Riesgo Alta	11	92%
Zona de Riesgo Extrema	1	8%
Total Riesgos	12	100%

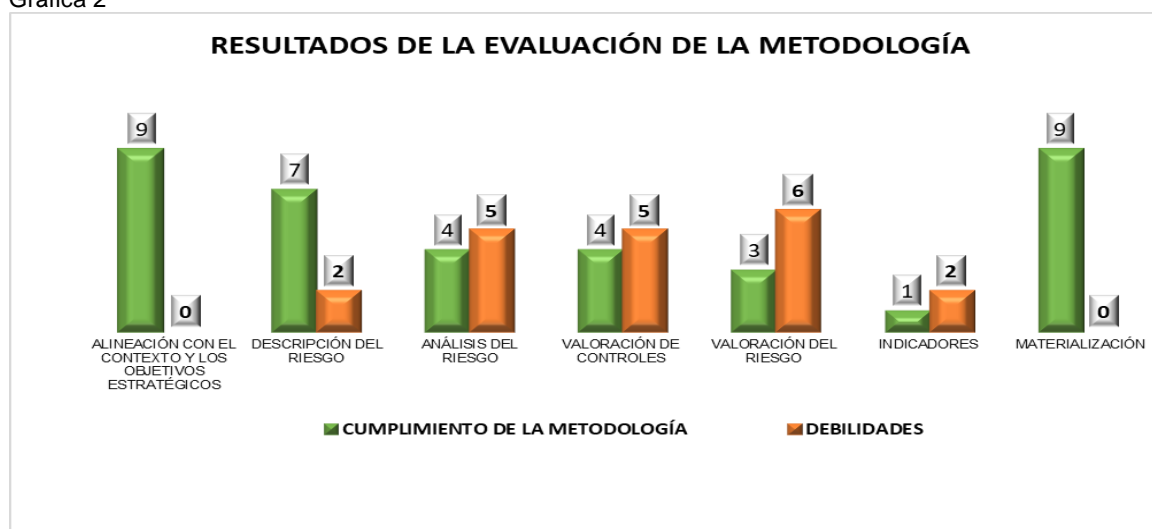
Se observa que después de controles, de los 12 Riesgos de corrupción el 92%(11) se encuentra en zona de riesgo alta y el 8%(1) en zona de riesgo extrema; así mismo, es importante reiterar que los riesgos de corrupción no pueden ser calificados en zona baja.

3.1 APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La CGN cuenta con una Política de Administración del Riesgo, en la cual se adoptaron los lineamientos definidos en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP V4; para la aplicación de la Política, el GIT de Planeación en su rol como administrador del riesgo estableció los siguientes formatos: descripción del riesgo, análisis del riesgo, valoración de controles, valoración del riesgo y el mapa de riesgos.

Teniendo en cuenta lo anterior el GIT de Control Interno realizó pruebas de auditoría a los (9) procesos que reportaron riesgos de corrupción, con el objetivo de validar el cumplimiento de la política y metodología mediante la implementación de estos formatos, los resultados de la evaluación se ilustran en la gráfica 2 y se enuncian en el cuerpo de este informe

Gráfica 2



Fuente: GIT de Control Interno

3.1.1 ALINEACIÓN CON EL CONTEXTO Y LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Para validar el cumplimiento de este punto, el GIT de Control Interno elaboró una matriz con las debilidades y amenazas identificadas por la entidad para la vigencia 2019 y los objetivos estratégicos, donde se evaluó la alineación de los riesgos definidos por el proceso con el contexto interno, externo y a nivel del proceso; como resultado de las pruebas de auditoría, se evidenció que para la determinación del riesgo de corrupción, los procesos tuvieron en cuenta aquellos factores que podían afectar el logro de sus objetivos, así como el cumplimiento de la misión de la entidad.

RESULTADO SATISFACTORIO

3.1.2 DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Una vez verificada la alineación de los riesgos con el contexto externo, interno y de los procesos, se procedió con la revisión de la aplicación del formato “Descripción del Riesgo” el cual incluye las siguientes variables: riesgo, descripción, tipo, causas y consecuencias potenciales; las cuales fueron verificadas durante el ejercicio de auditoría y como resultado de este se determinó que el 78% (7) de los procesos aplicaron la metodología en el formato, asimismo los riesgos identificados en estos tenían correlación con la causas y las consecuencias allí descritas, mientras que para el 22% (2) procesos restante determinó las siguientes debilidades:

OBSERVACIÓN

- Un riesgo identificado no tiene correlación con la descripción establecida en el formato y la causa está identificada como un riesgo.
- El GIT de Control Interno evidenció que las causas asociadas al riesgo de un proceso eran de gestión y no de corrupción
- La causa de un riesgo, acorde a como esta identificada, se consideraría un riesgo de corrupción

RECOMENDACIÓN

El GIT de control Interno, teniendo en cuenta la relevancia que tiene la correcta definición de las causas, en la gestión del riesgo, le sugirió a los procesos ajustar las causas asociadas a estos y así garantizar que las demás variables que se contemplan propendan por la efectiva mitigación de los riesgos.

3.1.3. ANÁLISIS DEL RIESGO

Este punto permite establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE), estos criterios deben ajustarse a la realidad histórica de los procesos; algunos calificaron la probabilidad de sus riesgos bajo el criterio de factibilidad otros bajo el criterio de frecuencia y para la determinación del impacto tuvieron en cuenta las consecuencias potenciales descritas en la fase 1 de identificación del riesgo. No obstante, en algunos procesos se detectaron las siguientes debilidades:

OBSERVACIÓN

- Algunos procesos no tuvieron en cuenta los criterios dados por la metodología para calificar el impacto. Ver imagen 7

Imagen 7
Análisis del riesgo

NIVEL	DESCRIPCIÓN
5	Elevado Responder afirmativamente de 12 a 19 preguntas
4	Medio Responder afirmativamente de 6 a 11 preguntas
3	Moderado Responder afirmativamente de 1 a 5 preguntas

No	Pregunta	si	no
1	Si el riesgo de corrupción se materializa podría afectar al grupo de Funcionarios del Proceso?		
2	Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	Afectar el cumplimiento de la misión de la Entidad?		
4	Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la Entidad?		
5	Generar pérdida de confianza de la Entidad, afectando su reputación?		
6	Generar pérdida de recursos económicos?		
7	Afectar la Generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	Dar lugar al deterioro de calidad de vida de la comunidad por la pérdida de bienes o servicios o los recursos públicos?		
9	Generar pérdida de información de la Entidad?		
10	Generar intervención de órganos de control, de la fiscalía u otro ente?		
11	Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	Dar lugar a procesos fiscales?		
14	Dar lugar a procesos penales?		
15	Generar pérdida de estabilidad del sector?		
16	Ocasional lesiones físicas o pérdidas de vidas humanas?		
17	Afectar la imagen regional?		
18	Afectar la imagen nacional?		
19	Genera caos ambiental?		

- Verificado el ejercicio del cálculo de la probabilidad e impacto del riesgo, para determinar el riesgo inherente se observó que para un proceso el criterio escogido para calificar la probabilidad fue “posible”, definido por la Guía como “el evento que puede ocurrir en algún momento” y la frecuencia establecida “al menos una vez en los últimos 2

años”; sin embargo, al realizar la trazabilidad se evidenció que no se habían materializado los riesgos en el tiempo contemplado; por lo tanto, el criterio de probabilidad que se ajusta a este riesgo sería improbable “evento que puede ocurrir en cualquier momento” “Frecuencia: al menos una vez en los últimos 5 años” o rara vez.

- Un proceso calificó el riesgo en el “Mapa de riesgo Inherente Antes de Controles” como Extremo, teniendo en cuenta la probabilidad e impacto definidos para este; no obstante, cuando se verificó el formato análisis del riesgo está calificado como alto, no siendo coherente en ambos formatos.
- Un proceso escogió como medida de respuesta para mitigar el riesgo de corrupción “Evitar el Riesgo”, no siendo esta una opción porque esto implicaría abandonar las actividades que dan lugar al riesgo, dentro de las cuales está la actualización al manual de funciones y competencias laborales.

RECOMENDACIÓN

Dada la importancia que tiene realizar un adecuado análisis de los riesgos, los procesos deben tener en cuenta los criterios que da la Guía y replantear si es necesario el tratamiento que se le va a dar al riesgo, así como la calificación de la probabilidad e impacto teniendo en cuenta el contexto actual del proceso; de igual manera, el GIT de Control Interno sugiere que se determine cuál fue el inconveniente al diligenciar el formato y establecer los controles necesarios para que la información sea completa y coherente.

3.1.4 VALORACIÓN DE CONTROLES

En este punto se verificó que las actividades de control definidas por la primera línea de defensa mitigaran las causas que hacen que el riesgo se materialice y cumplieran con los 6 pasos para su diseño; por lo que, durante el proceso de auditoría, el GIT de Control Interno evaluó que los controles establecidos por los procesos cumplieran con estos criterios y que además la evaluación de estos estuviera acorde con la Guía. Es importante aclarar que los procesos contemplaron los seis aspectos en el diseño del control y que aplicaron la metodología; sin embargo, se evidenciaron debilidades en la determinación de algunas variables, las cuales se enuncian a continuación:

OBSERVACIÓN

- Para algunos procesos se evidenció debilidad de control porque las evidencias descritas en el formato valoración de controles no correspondían con las relacionadas en el mapa de riesgos para la vigencia 2020.
- Las “observaciones o desviaciones” de un control no eran coherentes con la forma en que se realizaba la actividad de control.

- Para un control el proceso definió la periodicidad “diaria” y en la descripción de este menciona reuniones periódicas, con lo que se puede inferir que el nombre y la periodicidad no son coherentes; de igual manera, este no está atacando la causa.
- La periodicidad descrita en el formato valoración de controles, no corresponde con la relacionada en el mapa de riesgos vigencia 2020, denotando debilidad de control al momento de realizar la transcripción de datos entre formatos e incumplimiento parcial del principio de la calidad de la información establecido en la Ley 1712 de 2014.
- Un proceso aplicó la metodología no obstante se evidenció debilidad en la determinación de algunas variables y la relación con la causa como (la causa no es de corrupción, las actividades de control son de gestión y el propósito no es coherente con el control).

RECOMENDACIÓN

Dada la importancia en el diseño e implementación de controles como mecanismos para dar tratamiento a los riesgos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos estratégicos y de los procesos, el GIT de Control Interno sugiere tener en cuenta las observaciones enunciadas en los informes de cada proceso para que se hagan los ajustes necesarios y si es el caso se elimine o se reemplace el control así poder garantizar que su ejecución sea efectiva y mitigue los riesgos.

3.1.5 VALORACIÓN DEL RIESGO

Una vez se determinó la solidez individual de los controles, se procede con el cálculo de la solidez del conjunto de estos, para lo cual se hace uso del formato “valoración del riesgo” y su resultado indica los posibles desplazamientos en probabilidad e impacto en la matriz de calor para obtener el riesgo residual (después de controles). Durante el proceso de auditoría a este punto, se evidenció que los procesos acogieron los lineamientos dados por la Guía y realizaron el desplazamiento en la matriz de manera correcta.

OBSERVACIÓN

Analizada la valoración del riesgo, se evidenció que algunos procesos no realizaron los desplazamientos para obtener el riesgo residual, por lo que el GIT de Control Interno efectuó el ejercicio partiendo de la calificación dada por el proceso, en el formato análisis del riesgo, cuyo comparativo se observa en la imagen 8.

Imagen 8
 Mapa de riesgo inherente y residual
 Elaborado por el proceso

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTROFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
1-Rara vez	Green	Green	Yellow	Yellow	Red

Mapa de Riesgo Residual-Despues de Controles

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTROFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
1-Rara vez	Green	Green	Yellow	Yellow	Red

Fuente GIT de Control Interno

Elaborado por el GIT de Control Interno

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTROFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	Yellow R1	Red
1-Rara vez	Green	Green	Yellow	Yellow R1	Red

Mapa de Riesgo Residual-Despues de Controles

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	1-INSIGNIFICANTE	2-MENOR	3-MODERADO	4-MAYOR	5-CATASTROFICO
5-Casi seguro	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
4-Probable	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
3-Posible	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2-Improbable	Green	Green	Yellow	Yellow R1	Red
1-Rara vez	Green	Green	Yellow	Yellow R1	Red

RECOMENDACIÓN

En cumplimiento de la metodología, se sugiere realizar el desplazamiento del riesgo inherente en probabilidad para calcular el riesgo residual y así poder determinar si el análisis y evaluación de los controles fue apropiado para la mitigación de los riesgos.

3.1.6. INDICADORES

Los indicadores de riesgo permiten monitorear el cumplimiento (eficacia) e impacto (efectividad) de las actividades de control, con el fin de medir el avance o detectar fallas en el logro de los objetivos o cumplimiento de las metas en un periodo de tiempo determinado y así tomar decisiones relacionadas con su manejo, para que el riesgo no se materialice.

Una vez realizado el análisis a las hojas de vida de los indicadores de riesgos de los tres procesos que reportaron, fue posible evidenciar las siguientes debilidades

OBSERVACIÓN

- La tipología “Efectividad” de un indicador no era coherente con el objetivo y a la formula.
- En la matriz de riesgos de corrupción enviada por un proceso se relacionó un indicador, no obstante, cuando se hizo la verificación de la información con la matriz publicada en la página web para la vigencia 2020, se pudo constatar que en el campo del indicador se especificó “N/A”, no siendo coherente la información en ambos medios, lo que da lugar al incumplimiento parcial del principio de la calidad de la información establecido en la Ley 1712 de 2014.
- De acuerdo con lo especificado en la Guía del DAFP los indicadores que miden la gestión del riesgo deben ser de tipo “Eficacia y Efectividad”, una vez revisado el indicador definido por un proceso, se observó que el indicador relacionado en el formato fue clasificado como tipo “riesgo”, contraviniendo lo especificado en la Guía.

RECOMENDACIÓN

Dada la importancia que tienen los indicadores como instrumento para la gestión del riesgo y en cumplimiento de la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión v4, se sugiere ajustar los indicadores de acuerdo con lo estipulado en la metodología.

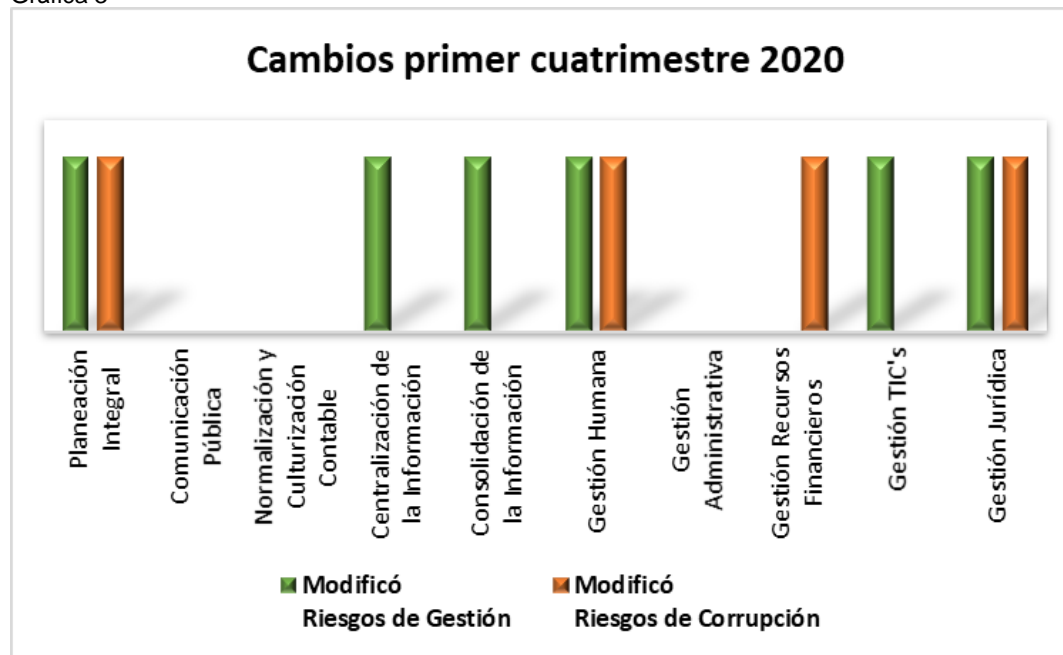
3.2. MATERIALIZACIÓN

En la revisión realizada a las evidencias aportadas por los diferentes procesos, no se evidenció que los riesgos de corrupción se hubiesen materializado.

4. SEGUIMIENTO PRIMER CUATRIMESTRE 2020

Para el desarrollo de este punto, se revisaron los mapas de riesgos de gestión y corrupción que resultaron del seguimiento al primer cuatrimestre del año 2020 y que se encontraban publicados en la página web, en el espacio de participación ciudadana; con el fin de identificar si los procesos realizaron ajustes o modificaciones a los riesgos durante este periodo, a continuación, se presenta la gráfica donde se muestran los procesos que hicieron cambios a sus riesgos:

Gráfica 3



Fuente: GIT de Control Interno

4. PLANES DE MEJORAMIENTO

Para verificar la efectividad de las acciones establecidas por los procesos en los planes de mejoramiento de la auditoría de riesgos vigencia 2019, el GIT de Control Interno revisó que no se presentara reincidencia sobre las mismas observaciones con la evaluación riesgos de gestión y corrupción 2020; como resultado de las pruebas de auditoría se evidenció que ocho procesos cerraron con efectividad las acciones y solo dos procesos incurrieron en varias de las debilidades que habían sido enunciadas en el informe del año inmediatamente anterior, por lo que se recomendó a estos dos procesos realizar un análisis de lo sucedido para que se garantice una mayor efectividad en el cierre de las acciones.

CONCLUSIÓN

Como resultado del ejercicio de auditoría a los riesgos fue posible deducir que los procesos, para la determinación y gestión de sus riesgos aplicaron los lineamientos establecidos por el DAFP en la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas v4” y directrices de la entidad, permitiendo asegurar de manera razonable el logro de los objetivos; no obstante, se detectaron aspectos susceptibles de ser mejorados.