**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Superintendencia del Subsidio Familiar

PRINCIPAL

Carrera 69 No. 25B - 44

Calle 45A No. 9 - 46, Bogotá

PBX: +57 (1) 348 78 00 FAX: +57 (1) 348 78 04

Línea de atención al ciudadano: +57 (1) 348 77 77

Línea gratuita nacional: 018000 910 110

www.ssf.gov.co - e-mail: [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Bogotá D.C., Colombia

**INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS**

**III TRIMESTRE 2017**



**Tabla de contenido**

[1. INFORMACIÓN GENERAL 3](#_Toc497376071)

[1.1 INTRODUCCION 3](#_Toc497376072)

[1.2 OBJETIVO 3](#_Toc497376074)

[1.3 CRITERIOS 3](#_Toc497376075)

[2. METODOLOGÍA 3](#_Toc497376076)

[3. RESULTADOS GENERALES 4](#_Toc497376077)

[5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 25](#_Toc497376078)

# INFORMACIÓN GENERAL

## INTRODUCCION

## En la Superintendencia del Subsidio Familiar, se establecieron los lineamientos para la Administración del Riesgo como una política de gestión por parte de la Alta Dirección, mediante la cual se da a conocer la metodología con las etapas para la identificación, el análisis, la valoración, el manejo y el seguimiento o monitoreo de los riesgos. La aplicación de la metodología más la evaluación de los riesgos, permite a la Entidad fortalecer su proceso de planificación, porque podrá definir las medidas de tratamiento más efectivas y determinar la forma más adecuada para controlarlo, de modo que se logre disminuir el impacto y la probabilidad de ocurrencia, para así alcanzar los objetivos Institucionales. Es así como, la Oficina de Control Interno en su rol de evaluador independiente, adelantó evaluación al mapa de riesgos de la Entidad, con el fin de verificar la efectividad de los controles así como de las acciones encaminadas al fortalecimiento de los mismos, de manera que se proporcioné información objetiva y razonable a la Alta Dirección, acerca del control de todos aquellos factores que impidan el logro de la misión institucional.

## OBJETIVO

Con el fin de dar cumplimiento a los criterios anteriormente mencionados, especialmente a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo DAFP Versión 3 en el cual menciona que los encargados de realizar acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados son los responsables de los procesos y que el encargado de realizar seguimiento a los riesgos que a nivel institucional han sido consolidados está a cargo de la Oficina de Control Interno, se hace necesario realizar dicho seguimiento con corte al 01 de julio al 30 septiembre de 2017 – **III Trimestre 2017**.

## CRITERIOS

* Ley 87 de 1993
* Decreto 4485 de 2009
* Decreto 943 de 2014 - Manual Técnico del MECI 2014
* Guía para la administración del riesgo emitida por el DAFP, Versión 3

# METODOLOGÍA

Para realizar este informe se tuvo en cuenta los siguientes documentos:

* Mapa institucional del riesgo que fue elaborado por la Oficina Asesora de Planeación, resultado de la consolidación de los veintiún (21) procesos, en acompañamiento de cada uno de los líderes de los procesos.
* Matriz que contiene la información de las actividades realizadas con respecto de los controles definidos frente a los cuarenta y nueve (49) riesgos de los procesos que fueron reportados por cada una de las dependencias y consolidado por la Oficina Asesora de Planeación.

La Oficina de Control Interno realizó una verificación aleatoria del cumplimiento de las actividades adelantadas en el trimestre relacionadas con las acciones plateadas para el manejo de los controles, mediante la observación de registros, entrevistas y evidencia objetiva.

# RESULTADOS GENERALES

De acuerdo al seguimiento realizado al consolidado enviado por la oficina de Planeación del mapa de riesgos institucional, se observó que para los Veintiún (21) procesos existentes en la SSF que se relacionan a continuación se tienen definidos Cuarenta y nueve (49) riesgos:



A continuación se presenta el análisis detallado de la revisión por proceso:

***DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO***

Este proceso presenta un (1) riesgo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Toma de  decisiones por parte de alta dirección de manera inacertada y/o inoportuna | -Comités directivos periódicos. -Auditorías internas y externas. -Informe de revisión por la Dirección -Informes de Gestión -Indicadores de Gestión -Reuniones de equipo de trabajo -Rendición de Cuentas a la ciudadanía -Audiencia Pública -Reportes a entidades de Control -Equipo Asesor Competente. -Oficinas Asesoras de Apoyo | 1. Se realizan Comités Directivos  2. Control a través de documentos  3. Seguimiento a los procedimientos establecidos para cada proceso  4. Toma de decisiones por parte de la alta dirección de manera acertada y oportuna  5, tomando acciones oportunas con base a la ejecución y seguimiento a los controles que se siguen.  6. verificación a los planes de mejoramiento y auditoria  7. se cuenta con evidencia en la ejecución y seguimiento a los controles que se siguen. | Se realizó la revisión de las evidencias de las actividades realizadas a los controles del proceso y se constató que:  -Se encuentran los registros de las Actas de tres Comités Directivos que se realizaron en el periodo.  -Se realizaron comunicaciones por medio de correo electrónico institucional, uno dirigido al Superintendente del Subsidio Familiar y el otro remitido al Superintendente Delegado para la Gestión, donde se solicitó la información para el consolidado de informes.  -En el tercer trimestre se adelanta las gestiones para la audiencia pública a realizarse en el mes de diciembre.   Se recomienda para los próximos reportes por parte de la dependencia, que la información diligenciada en las actividades realizadas sea de manera más específica y se relacione por cada control. |

***PLANEACIÓN INSTITUCIONAL***

Este proceso presenta cinco (5) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Inadecuada  asesoría en los planes institucionales | -Actualización permanente de lineamientos institucionales, sectoriales y nacionales. -Elaboración de planes de manera concertada con las aéreas  -Matrices de seguimiento -Capacitaciones externas e internas -Revisión y aprobación en Comité -Participación por parte de la ciudadanía y funcionarios en propuesta de planes para ser ajustados. -Socialización y divulgación de los planes a nivel institucional y a los grupos de interés. | -Mediante comunicación de junio 30 de 2017, se solicitó a las áreas remitir a la O.A.P. la Ejecución del Plan de Acción correspondiente al Segundo trimestre de 2017. Una vez consolidada se envió a las áreas para retroalimentación el 23 de julio de 2017. Mediante memorando No.3-2017-001224 - Exp.1031/2017/MEM de agosto 4 de 2017, se envió al Sr. Superintendente y Oficina de Control Interno, el Informe de Ejecución del Plan de Acción. Se solicitó el 31 de julio de 2017 a la Oficina de Comunicaciones la publicación en el portal corporativo del Informe de Ejecución.  -Se ajustó el PAAC de acuerdo con los requerimiento del FURAG, se puso a disposición de la ciudadanía para la participación en la formulación y ajuste, supuso a disposición d ellos funcionarios de la SSF, para la revisión.  -Se revisaron las Estrategias (componentes del PAAC), En reunión con los líderes de proceso se aprobó realizar un ajuste de acuerdo a las necesidades de cada proceso, para presentación ante el Comité Directivo.  -Se realizó ajuste al Plan Estratégico Institucional, se creó un nuevo objetivo de contexto interno donde se articularon las estrategias institucionales que se encuentran en implementación en cumplimiento a políticas nacionales, Lo anterior se realzó a partir de las observaciones y calificación obtenida en transparencia en este componente. | Se observa que el proceso de planeación institucional, realiza una serie de actividades que apuntan a los controles establecidos en la mitigación del riesgo. |
| Falta o  inadecuado seguimiento a los proyectos de inversión | -Revisar y avalar oportunamente por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación el reporte realizado por el funcionario encargado de seguimiento. | -Se han remitido por parte de la OAP los correos de recordatorio sobre el reporte de la ejecución presupuestal.   -Se ha realizado un monitoreo sobre las áreas que no han reportado a tiempo el seguimiento a la ejecución presupuestal. | Se observa que el control establecido, se gestiona por parte de la dependencia. |
| Falta de asesoría y /o acompañamiento en la implementación, sostenimiento y mejora de los Sistemas de Gestión | -Contar con herramienta tecnológica actualizada para implementación, consulta y seguimiento de los sistemas. -Revisión por la Dirección. -Acompañamiento y asesoría en cumplimiento de los requisitos contemplados en la norma. -Monitoreo periódico de indicadores y riesgos institucionales. -Capacitaciones relacionadas con los sistemas de gestión. -Sensibilizaciones sobre la aplicación de los sistemas. | -Se realizaron reuniones con personal de ISOLUCION, con la finalidad de configurar al aplicativo en la nueva versión 4,6  -Se realizaron capacitaciones a los funcionarios, donde se les ilustró el nuevo ambiente del aplicativo y los módulos de documentación, indicadores, actas y mejora.  -Se brindó a acompañamiento a las dependencias en revisión de procedimientos y estructura documental  -Se consolidó el seguimiento de riesgos de gestión del segundo trimestre de todos los 21 procedimientos  -Se realizó revisión en ambiente de prueba y producción a la información migrada en el aplicativo ISOLUCION  -Se realizó reunión con referentes para definir directrices para trabajar actualización de documentación e indicadores. | Detallan las actividades realizadas a cada control determinado para mitigar el riesgo. |
| No elaborar y/o no realizar seguimiento a estrategia de rendición de cuentas | -Capacitaciones. -Elaboración participativa con las áreas y la ciudadanía de la estrategia de rendición de cuentas -Cumplimiento del procedimiento de rendición de cuentas institucional -Asignación de recursos en el presupuesto anual institucional. -Cumplimiento al cronograma institucional -Cumplimiento al cronograma de actividades de la estrategia de rendición de cuentas. | Se revisaron las Estrategias (componentes del PAAC), En reunión con los líderes de proceso se aprobó realizar un ajuste de acuerdo a las necesidades de cada proceso, para presentación ante el Comité Directivo. | Para realizar un mayor seguimiento a los controles es importante que en el reporte se detallen las actividades gestionadas para los demás controles contemplados, así como hacer referencia a lo programado en el cronograma institucional en el periodo a reportar y las actividades realizadas para la estrategia de rendición de cuentas. |
| Error en los cálculos para estimación de la cuota de sostenibilidad | -Información remitida por la Coordinación de recursos financieros y dirección financiero contable es certificada por los líderes. -Matriz programada calculo de contribución por caja -Revisión por parte de el jefe de Oficina de Coordinación Financiera Dirección Financiero contable y Asesora Jurídica | -Se solicitó y se recibió la información debidamente certificada por la Coordinación de recursos financieros y dirección financiero contable.  -Se realizó la Matriz con los cálculos de contribución por caja  -Se realizó la revisión por parte del jefe de Oficina Asesora de Planeación, Coordinación Financiera , Dirección Financiero contable y Asesora Jurídica, Asesoría del Despacho y la firma de la Superintendente. | Se observa la gestión de los controles definidos. |

***GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO***

Este proceso presenta un (1) riesgo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| No realizar el  adecuado monitoreo y seguimiento a los riesgos institucionales | -Plan anticorrupción  y atención al Ciudadano. -Guía institucional de Gestión integral del Riesgo. -Procedimiento administración de riesgos institucionales. -Proceso Gestión Integral del Riesgos. -Política institucional de gestión integral del riesgo. -Cronograma Gestión del Riesgo. -Reporte por líderes de área a Oficina de Control Interno. -Informes de seguimiento y monitoreo a la efectividad de los controles. -Auditorias Internas | -Se realizó solicitud de seguimiento a todos los riesgos de los 21 procesos institucionales, se consolidó el reporte y se remitió a la Oficina de Control Interno.  -Se atendió la Auditoria del proceso integral de Gestión de riesgo por parte de la Oficina Asesora de Planeación donde no se generó ninguna no conformidad.  -Se realizó seguimiento a los riesgos de corrupción a 31 de agosto de 2017  -Por parte de la Oficina de Control Interno se generaron los informes de evaluación de controles a riesgos de gestión y corrupción y fueron enviados a la alta dirección | Los controles formulados para el manejo de éste riesgo se aplicaron de manera eficaz. |

***CONTROL FINANCIERO CONTABLE DE LAS CCF***

Este proceso presenta cuatro (4) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Error al definir el cuociente departamental y al calcular la cuota monetaria departamental | -Verificar la veracidad y confiabilidad de la información remitida por las CCF para proyección de la resolución.  -Resolución debe contar con visto bueno de la Oficina Jurídica. | -Verificación detallada de la información reportada por cada Caja de Compensación, comparando con lo informado en el año anterior y evaluando su comportamiento. Remisión de oficios a las CCF, cuando presentan datos inconsistentes para ser corroborados. \*- Una vez validada la información definitiva de las CCF, es verificada y aprobada por la oficina Jurídica. | Se recomienda para los próximos reportes ser mas específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles, teniendo en cuenta que no se hizo referencia a cuales fueron los oficios remitidos a las CCF, cuando presentan datos inconsistentes. Por otra parte, no se indica el número y fecha de la resolución. |
| Error al calcular  los valores de transferencia de recursos de CCF que no ejecutaron el 55% | -Verificar la veracidad y confiabilidad de la información remitida por las CCF para proyección de la resolución.  -Resolución debe contar con visto bueno de la Oficina Jurídica. | \* Verificación detallada de la información reportada por cada Caja de Compensación, comparando con lo informado en el año anterior y evaluando su comportamiento. \*Remisión de oficios a las CCF, cuando presentan datos inconsistentes para ser corroborados. \*- Una vez validada la información definitiva de las CCF, es verificada y aprobada por la oficina Jurídica. | Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles definidos, teniendo en cuenta que no se hizo referencia a cuales fueron los oficios remitidos a las CCF, cuando presentan datos inconsistentes. Por otra parte, no se indica el número y fecha de la resolución. |
| Error en el reporte de las cifras del estado de situación financiera de las CCF | Verificar la información  reportada en el sistema de información gerencial-SIGER. | \* Verificación del cargue completo de la información en las fechas indicadas, para el segundo trimestre de 2017. \* Verificar y validar que la información reportada no tenga inconsistencias. \*De las CCF que presentaron inconsistencias, se requirió mediante oficio para que efectuarán las correcciones respectivas y la reportaran nuevamente en el SIREVAC. \*Y por último, se verifica y valida en el SIGER la correcciones realizadas por la CCF. | Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles definidos, teniendo en cuenta que no se hizo referencia a cuales fueron los oficios remitidos a las CCF, cuando la información reportada por las CCF en el SIREVAC es inconsistente. |
| Informes de visita sin  la capacidad técnica y oportuna que permitan generar seguimiento a la información Financiero Contable | -Capacitación y actualización a los funcionarios de la Delegada en temas inherentes al Sistema de Subsidio Familiar. -Resolución No. 045 de 2017, artículo 6, procedimiento de visita. -Revisión y aprobación de los informes de visita por parte del Director de Gestión Financiera y Contable, Director para la Gestión de las CCF y Superintendente Delegado para la Gestión. | \* Las visitas realizadas a las CCF se realizaron conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 045 de 2017, en sus diferentes etapas, desde la planeación hasta le emisión del informe final y seguimiento a los planes de mejoramiento. \*Los informes resultantes de las visitas ordinarias, como los planes de mejoramiento y su seguimiento, son verificados, evaluados y por consiguiente, sujetos a modificaciones y correcciones propuestas por los respectivos Directores Financiero Contable y para la Gestión de las CCF, y el Superintendente Delegado para La Gestión, y luego ser aprobados por los mismos. | Mediante la verificación de este control se evidenció que en el III trimestre se realizaron 5 Visitas: COMFACESAR, COMFAGUAJIRA, COMCAJA, COMFAMILIAR ATLANTICO CAMACOL. Los registros se conforman en una carpeta con los papeles de trabajo, como también archivos digitales de la información solicitada para el desarrollo de la visita. Igualmente, los informes preliminar y final resultantes de la visita fueron debidamente aprobados por los respectivos responsables: Director de Gestión Financiera y Contable, Director para la Gestión de las CCF y Superintendente Delegado para la Gestión, como consta en los respectivos oficios emitidos a las CCF.   Se recomienda para los próximos reportes hacer referencia a las actividades desarrolladas respecto del control de capacitación y actualización, ya que no se observa la gestión del mismo. |

***COMUNICACIÓN PÚBLICA***

Este proceso presenta un (1) riesgo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Deterioro o perdida de la imagen institucional por comunicación Publica | -Conocimiento previo de los temas de interés por parte de la ciudadanía  -Contratación de personal idóneo para los requerimientos necesarios en la comunicación de la Entidad  -Revisión y aprobación de material previo a la publicación -Estrategia de Comunicación Institucional. -Cumplimiento de lineamientos legales | Consejos de redacción para definición de temas a comunicar. | Si bien el Consejo de redacción está documentado a través de las actas de las reuniones, se recomienda asociar la información más detallada acerca de los consejos de redacción d (como actas, correos, comunicaciones o listados de asistencia).  También se sugiere se detalle y soporte la gestión adelantada frente a cada control para mitigar el riesgo en el periodo, debido a que no se reportaron las actividades gestionadas de los demás controles. |

***EVALUACION DE GESTIÓN DE LAS CCF***

Este proceso presenta dos (2) riesgo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Emisión de  Informes de gestión sin la capacidad técnica y oportuna que permitan generar seguimiento a la gestión de las CCF. | -Capacitación y actualización a los funcionarios de la Dirección para la Gestión de las CCF en temas inherentes al Sistema de Subsidio Familiar. -Revisión y aprobación de los informes de Evaluación de Gestión de las Cajas de Compensación Familiar por parte del Director para la Gestión de las CCF. | El Director para la Gestión de Cajas de Compensación Familiar, revisó y aprobó los informes de Evaluación de Gestión de las Cajas del I y II trimestre de 2017 en los componentes de población, Ley 115 del 94 y límite máximo de inversiones.  El informe de los demás componentes, se aplazó, teniendo en cuenta que en los comités estadísticos donde se estudia la modificación a la circular 020, las Cajas de Compensación Familiar solicitaron plazo para el cargue de información. | Dado que los controles son diferentes para los dos riesgos definidos en el proceso de evaluación de gestión de las CCF, se recomienda que el reporte de las actividades realizadas sobre dichos controles, se diligencie por separado.  Por otra parte, no se observa en el reporte referenciadas las actividades realizadas para los controles de “capacitación y actualización”, “de requerimientos de información” y del control de “verificación y validación periódica de los tiempos y del contenido de la información que se reporta por la SSF”, que permitan determinar la gestión y eficacia de dichos controles. Por lo que se sugiere, realizar de forma más detallada la descripción de acciones para minimizar cada riesgo y que sean soportados. |
| Presentación de informes fuera de los términos o con inconsistencias. | -Verificación y validación periódica de los tiempos y del contenido de la información que se reporta por la SSF. -Requerimientos de información a los entes vigilados. -Revisión y aprobación de los informes por parte del Director para la Gestión de las CCF. |

***VISITAS A ENTES VIGILADOS***

Este proceso presenta cuatro (4) riesgos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Incumplimiento  en los términos de entrega de los informes de visita a los entes vigilados. | -Resolución No. 045 de 2017, artículo 6, procedimiento de visita. -Aplicativo de visitas a entes Vigilados, con el fin de hacer seguimiento a los términos y estandarización del proceso de inspección y vigilancia.  -Revisión y aprobación de los informes de visita por parte del Director de Gestión Financiera y Contable, Director para la Gestión de las CCF y Superintendente Delegado para la Gestión. | En el Tercer trimestre de 2017, se practicaron 5 visitas ordinarias cumpliendo los términos de envío de los informes con la debida revisión y aprobación de los informes de visita. | Se observa que los controles establecidos deben ser revisados y si es necesario reformularlos para evitar la materialización del riesgo, en razón a que uno de sus controles como lo es, la Resolución No. 045 no es una herramienta que permita documentar el seguimiento al incumplimiento de los términos de la entrega de los informes, dicha resolución en su contenido establece los términos para el procedimiento de visita a entes vigilados.  Ahora bien, en cuanto al control de aplicativo de visitas a entes vigilados, de acuerdo a la información que tiene la Oficina de Control, dicho módulo en el sistema Esigna no se ha puesto en funcionamiento a la fecha del presente seguimiento. |
| Falta de  seguimiento a los planes de mejoramiento producto de las visitas. | -Resolución No. 045 de 2017, artículo 6, procedimiento de visita. -Aplicativo de visitas a entes Vigilados, con el fin de hacer seguimiento a los términos y estandarización del proceso de inspección y vigilancia.  -Revisión y aprobación de los informes de seguimiento a los planes de mejoramiento por parte del Director de Gestión Financiera y Contable, Director para la Gestión de las CCF y Superintendente Delegado para la Gestión. | La efectividad de esta actividad ha sido alta, puesto que los términos de seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos en la Resolución 045 de 2017, se dejaron ajustados para darle oportuna respuesta a los mismos. | Se observa que los controles establecidos deben ser revisados y si es necesario reformularlos para evitar la materialización del riesgo, en razón de que uno de sus controles como lo es, la Resolución No. 045 no es una herramienta que permita documentar la falta de seguimiento a los planes de mejoramiento, la resolución en su contenido establece los términos para que la Delegada efectué seguimiento a los avances presentados por las CCF.  Ahora bien, en cuanto al control de aplicativo de visitas a entes vigilados, de acuerdo a la información que tiene la Oficina de Control, dicho módulo en el sistema Esigna no se ha puesto en funcionamiento a la fecha del presente seguimiento. |
| Emisión de Informes de visita sin la capacidad técnica y oportuna que permitan generar seguimiento a la gestión de las CCF. | -Capacitación y actualización a los funcionarios de la Delegada en temas inherentes al Sistema de Subsidio Familiar. -Resolución No. 045 de 2017, artículo 6, procedimiento de visita. -Revisión y aprobación de los informes de visita por parte del Director de Gestión Financiera y Contable, Director para la Gestión de las CCF y Superintendente Delegado para la Gestión. | El cumplimiento al procedimiento establecido para el proceso Visitas a Entes Vigilados se puede verificar con las carpetas de visita, en las cuales reposan los soportes de cumplimiento de los términos y de la consistencia y objetividad de los informes de visita. | Es importante especificar y evidenciar las acciones que se adelantaron en el trimestre de como gestionan los controles, se recomienda referenciar en los próximos reportes el control de capacitaciones y actualizaciones a funcionarios. Se sugiere revisar los controles definidos para evitar la materialización del riesgo. |
| Incumplimiento al Plan Anual de visitas de IVC | -Cumplimiento del Plan Anual de Visitas. -Resolución No. 045 de 2017, artículo 6, procedimiento de visita. -Aplicativo de visitas a entes Vigilados, con el fin de hacer seguimiento a los términos y estandarización del proceso de inspección y vigilancia. | En el Tercer trimestre de 2017, se practicaron 5 visitas ordinarias cumpliendo los términos de envío de los informes con la debida revisión y aprobación de los informes de visita. | Se recomienda realizar de forma más detallada la descripción de acciones por cada uno de los controles establecidos para minimizar el riesgo identificado.  En cuanto al control de aplicativo de visitas a entes vigilados, de acuerdo a la información que tiene la Oficina de Control, dicho módulo en el sistema Esigna no se ha puesto en funcionamiento a la fecha del presente seguimiento.  Se sugiere fortalecer los controles así como formular aquellos que estén orientados a las causas que pueden generar la materialización del incumplimiento al plan anual de visitas IVC. |

***ESTUDIOS ESPECIALES Y EVALUACION DE PROYECTOS***

Este proceso presenta dos (2) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Inadecuado  concepto sobre planes, programas, proyectos de inversión y servicios sociales. | -Capacitación y actualización de normas. -Revisión y aprobación de los conceptos por parte del Superintendente Delegado. -Sede electrónica  -Módulo de proyectos. -Realización de mesas de trabajo. | Se ha realizado el proceso de evaluación de proyectos definido institucionalmente, tanto para los proyectos recibidos de manera física y a través de la Sede electrónica en el módulo de proyectos. | Se verifica que los controles están documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo. Se recomienda por parte de la OCI, diligenciar en los reportes las actividades realizadas por cada control. |
| Inoportunidad   en reporte de información estadística | -Capacitación y actualización en el manejo de los sistemas de información. -Elaboración y entrega de oficios de requerimiento a las CCF. -Sensibilización de la oportunidad y calidad de la información reportada a las CCF -Capacitación en normatividad vigente -Sistema de Información SIREVAC y SIGER. | A través del Comité Técnico Estadístico se dieron indicaciones y recomendaciones en cuanto a los reportes de información estadística enviada a la SSF por las CCF. | Los controles están documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo. Se recomienda por parte de la OCI, diligenciar en los reportes las actividades realizadas por cada control. |

***CONTROL LEGAL DE LAS CCF***

Este proceso presenta Dos (2) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Extemporaneidad  en el Inicio de acciones, adopción de decisiones y adelantamiento de trámites | -Libro radiador -Herramienta tecnológica GTSS -Cultura de Autocontrol en cada funcionario -Matriz de seguimiento a radicados -Asignación a funcionarios | Se realizó capacitación a los funcionarios el 10 de agosto de 2017, en procedimiento administrativo sancionatorio | Se recomienda al momento de registrar las acciones, asociar el soporte de valoración de controles determinados para mitigar el riesgo y ser más detallados al momento de registrar dichas acciones por cada control. |
| Emisión de actos administrativos basados en normas derogadas o desactualizadas | -Consulta permanente de la normatividad,. Mesas de trabajo para discusión y análisis de jurisprudencia. -Conceptos, directrices y jurisprudencia vigente Normograma -Actualización permanente por parte de los funcionarios.  -Revisión y aprobación por asesor y jefe de oficina. | Se realizó capacitación a los funcionarios el 10 de agosto de 2017, en procedimiento administrativo sancionatorio, se retroalimenta en las reuniones las necesidad del autocontrol | Cada una de los controles creados para el Riesgo debe asociar el soporte de valoración de acciones de forma detallada lo que genera la mitigación del riesgo.  También se sugiere se detalle y soporte la gestión adelantada frente a cada control, debido a que no se reportaron las actividades gestionadas de los demás controles. |

***INTERACCIÓN CON EL CIUDADANO***

Este proceso presenta Dos (2) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Perdida de la credibilidad y confianza de la entidad | -Seguimiento al aplicativo de PQRSF -Capacitación al personal sobre la normatividad. -Correos de seguimiento de estado de tramites a cargo | 1. Revisión periódica del aplicativo 2. Se realizó el 28 de Agosto la capacitación por parte de la Oficina Jurídica el tema "Derecho de Petición". 3. Se realizó el 19 de septiembre la capacitación de entidades garantes de trámites y ss a la población sorda. 4. Correo electrónico por parte del jefe a cada uno de sus funcionarios sobre el estado de la PQRSF | La OCI evidencio que para el tercer trimestre del 2017, se realizó el reporte de las actividades para este riesgo, contemplando los controles para su mitigación. |
| Respuestas inadecuadas a ciudadanos | -Capacitación a personal. -Revisión de los proyectos de respuesta por el Jefe de Oficina | Revisión por parte del jefe de los requerimientos y respuestas elaborados por cada uno de los funcionarios del área. | Se verifica que los controles están documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo. |

***GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION***

Este proceso presenta cuatro (4) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Daño, perdida  y destrucción de activos tecnológicos y activos físicos | -Tercerización del centro de datos. -Seguridad de la infraestructura (sede 26) -Seguimiento y control al mantenimiento y soporte de los activos de la información y activos físicos.  -Copias de respaldo de la información de la Entidad. -Sistema de gestión de seguridad de la Información. -Inventario de los activos TIC físicos y de información | a) Infraestructura Central de Computo ubicada en un Data Center Externo (Contrato 068/2017 vigente hasta 31 agoto 2018) b) Restricción física (Políticas de seguridad del Data Center) y lógica (Asignación de roles y privilegios a través de Directorio Activo) a personal no autorizado a la Infraestructura Central de Computo c) Monitoreo permanente a la Infraestructura Central de Computo d)Continuidad en la realización de copias de seguridad a la información de la entidad. e) Matriz de seguimiento del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) f) Actualización continúa del Inventario de activos TIC físicos y de información. | Se verifica que los controles están documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo.  Se recomienda para los próximos reportes diligenciar las actividades realizadas por cada control. |
| Acceso no  autorizado a la infraestructura tecnológica | -Políticas y Normas del Sistema de Seguridad de la información.  -Protocolos diseñados e implementados. - Restringir y controlar la asignación y uso de derechos de acceso privilegiado. -Roles y permisos a través de Directorio Activo. -Restricción de la zona de acceso -Implementación de Redes independientes para acceso a funcionarios y contratista de la Red de Invitados | a) Aplicación y cumplimiento de la Resolución 0159 de 2016, por la cual se adoptaron los Manuales de Políticas y Normas de Seguridad de la Información. b) Asignación controlada de roles y privilegios a carpetas compartidas c) Configuración y actualización de roles y privilegios a usuarios en el Directorio Activo (DA) d) Ingreso a áreas restringidas por medio de equipos biométricos e) Redes separadas para funcionarios y visitantes. | Se verifica que los controles están documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo.  Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles definidos. |
| Incidentes en los servicios de información | -Aplicación del procedimiento de Gestión de proveedores Aplicación del procedimiento de Gestión de atención de incidentes Registro y gestión de incidentes a través de software de control de incidentes.Catalogo de servicios de información Validar la correcta gestión de derechos de acceso privilegiados a los Sistemas de Información de la SSF | a) Exigencia a los proveedores el cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicios (ANS)b) Contrato de la mesa de serviciosc) Herramienta proporcionada por el proveedor de mesa de serviciosd) Mantener actualizado el Catalogo de Servicios de Información. | Se verifica que los controles están documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo.  Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles definidos. |
| No disponibilidad  de software y herramientas tecnológicas | Aplicación de Control de acceso a los sistemas de Información por el Portal Institucional ( Intranet, Extranet e Internet) Aplicación de la Política de Backup  Contratos de soporte, manteniendo y gestión de la Operación de los Sistemas de Información | a) Accesos controlados a través de usuario y contraseña al portal institucional b) Realización de copias de seguridad de acuerdo a políticas de copias de respaldo. c) Contratos vigentes del soporte de los Sistemas de Información. | Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles definidos.  En el seguimiento realizado al proceso, se verifica que los controles están documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo. |

***GESTION DOCUMENTAL***

Este proceso presenta Dos (2) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Pérdida de tipos o  expedientes documentales por falta de acciones para la eficiente administración | -Procedimiento para la administración de documentos.  -Procedimiento para el préstamo de expedientes documentales. -Diseño y aprobación del Programa de Gestión Documental.  -Diseño y aprobación de Plan Institucional de Archivos – PINAR. | \* Seguimiento y aplicación de los procedimientos documentales para el buen manejo y control de los mismos, desde que se recibe la solicitud de consulta ó préstamo por parte del funcionario por medio del formato "formato de control de préstamo y/o consulta de documentos", donde se registra: fecha de solicitud y devolución del documento, No. Carpeta; No Folios y firma del solicitante. Igualmente se han realizado actividades contempladas en el PINAR, las cuales ayudan a mitigar el riesgo. \*El día 4 de septiembre de 2017, se aprobó la actualización del PGD y PINAR por parte del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo. \* En septiembre se radicaron las TRD en el AGN, para su Convalidación. La aplicación de las TRD, está sujeta a la decisión del AGN. | Se observa por parte de la OCI que el proceso Gestión documental, realiza una serie de actividades que apuntan a los controles establecidos en la mitigación del riesgo. |
| Perdida de información por catástrofe natural (inundación, terremoto, etc) | Diseño y aprobación de Plan Institucional de Archivos - PINAR | \*El 4 de septiembre de 2017, se aprobó el PINAR \*En el PINAR está contemplado el diseño e implementación del Sistema Integrado de Conservación para el año 2020. | El control establecido para este riesgo, se encuentra documentado, se aplica y es efectivo para minimizar el riesgo |

***PROCESOS DISCIPLINARIOS***

Este proceso presenta Dos (2) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Vencimiento de  términos ocasionando la prescripción de las conductas | -Libro de radicaciones de control interno Disciplinario. -Seguimiento a los términos de las diferentes etapas del proceso. -Expediente o archivos de las investigaciones disciplinarias. | Verificar que los controles están siendo efectivos para la prevención de la mitigación del riesgo. | Para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles definidos.  En la revisión se observa que los controles son efectivos y se encuentran documentados. |
| Nulidad total o parcial del proceso disciplinario | -Libro con radicado de Control Interno Disciplinario. -Seguimiento a los términos de las diferentes etapas del proceso. -Expediente o archivo de las investigaciones disciplinarias | Verificar que los controles están siendo efectivos para la prevención de la mitigación del riesgo. | Para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades, de tal manera que soporten la gestión adelantada frente a los controles definidos.  En la revisión se observa que los controles son efectivos y se encuentran documentados. |

***GESTION JURIDICA***

Este proceso presenta tres (3) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Emisión de conceptos débiles y/o erróneos | -Capacitación de Personal. -Revisión y aprobación por Jefe de Oficina. -Herramienta para consulta de normatividad. -Acceso a información a Plataforma Institucional | Los funcionarios han asistido a las capacitaciones programadas por la SSF.  Los conceptos proyectados fueron revidados y aprobados por la jefe de Oficina.  Para la consulta de normatividad se utilizaron las diferentes herramientas de internet, Códigos.  Aun se cuenta con el acceso de consulta a los conceptos emitidos por la Oficina en la herramienta ESIGNA. | La OCI evidenció que los controles son aplicados, sin embargo se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades frente a los controles definidos. |
| Inefectividad de la acción coactiva respecto de las acreencias a favor de la SSF | -Revisión y aprobación por parte de la jefe de Oficina. -Matriz de Control de estados de los sancionados. -Matriz de recaudos de cobros coactivos.  -Personal Capacitado. -Informe trimestral de gestión de las actuaciones administrativas. | Parte del personal ha sido capacitado y esta capacitación se ha retroalimentado a todos los funcionarios del proceso.  El jefe de Oficina revisa y aprueba todo lo proyectado por el personal.  Se diligencia y actualiza permanentemente las matrices de control de estado de expedientes y de recaudo. Se realiza dentro del término correspondiente el informe de gestión de actuaciones administrativas en el Plan de Acción. | Los controles se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo, se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades frente a los controles definidos. |
| Inadecuada  defensa de tipo procesal | -Matriz de procesos judiciales actualizada. -Ekogui -Plataforma Tecnológica Institucional -Portal  Corporativo | Se ha reportado y actualizado la matriz, el ekogui y el portal corporativo  Se ha realizado seguimiento a los procesos judiciales.  La actuación de la entidad ha sido oportuna en las etapas procesales fuera de Bogotá.  Se cuenta con los medios técnicos para realizar la revisión de los procesos. | Los controles se aplican, se encuentran documentados y son efectivos para minimizar el riesgo.  Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades frente a los controles definidos. |

***GESTION FINANCIERA***

Este proceso presenta tres (3) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Inadecuada programación de pagos. | -Registro de las necesidades de recursos en las fechas establecidas por el PAC. -Programación de los recursos con la documentación soporte de los pagos | Se verificaron los soportes de las obligaciones durante el trimestre Se realizó el registro oportuno de las necesidades PAC en el SIIF nación | Los controles establecidos para el riesgo, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo.  Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades frente a los controles definidos. |
| Inexactitud de la información presupuestal contable y financiera. | -Inducción y capacitación al personal por parte de SIIF Nación -Conciliaciones de cuentas. | Análisis y verificación de saldos. Verificación de la naturaleza del saldo de las cuentas contables. Conciliación de saldos con las áreas que reportan información contable. Conciliación de saldos de operaciones recíprocas con entidades del estado. | Los controles establecidos para el riesgo, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo.  Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades frente a los controles definidos. |
| Inoportunidad en la Presentación de Informes a Entes de Control | -Seguimiento al (los) oficio(s) de requerimiento(s) por parte de los Entes de Control | Seguimiento al (los) oficio(s) de requerimiento(s) por parte de los Entes de Control | Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades frente al control definido. |

***CONTRATACION ADMINISTRATIVA***

Este proceso presenta un (1) riesgo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Incumplimiento  a los principios y fines de la contratación administrativa | -Diligenciamiento y Seguimiento a la Base de Datos “Contratación SSF”.  -Someter ante el Comité Asesor de Contratación los procesos que sean en cuantía igual o superior a la licitación pública. -Verificación de los documentos recibidos para adelantar el proceso por el abogado asignado. -Asegurar la existencia del oficio de aprobación de vigencias futuras del Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Planeación (DNP) y Ministerio del Trabajo en caso que se requiera. -Adelantar procesos sin que se cuente con el respaldo presupuestal requerido. -Publicación de los procesos en el SECOP. -Revisión por parte de Coordinadora del Grupo de Gestión Contractual. -Actualización permanente de lineamientos institucionales. -Capacitaciones periódicas a los actores del proceso. | Actualización de la base de datos de los Contratos Suscritos por la Superintendencia del Subsidio Familiar.   Realización de Comités de Contratación para los procesos de Contratación que superan el valor de la menor cuantía para su aprobación.  Verificación de cumplimiento de todos los requisitos legales para la Contratación, revisión de todos los documentos necesarios por parte de la oficina que requiere la Contratación y por parte del Contratista.  Verificación de Certificado de vigencias futuras, en caso de que este se requiera para adelantar el   Verificación del respaldo presupuestal a través del CDP requerido.  Publicación en el Secop en el término establecido por la Ley de los documentos que conforman cada proceso.  Revisión de todas las actuaciones adelantadas por los Abogados del Grupo de Gestión Contractual por parte de la Coordinadora del Grupo de Gestión Contractual.  Revisión de los manuales, decretos y resoluciones de la entidad.  Actualización en normatividad Jurídica a través de las Suscripciones de Contexto Jurídico y Legis.   Durante el período de julio 1 al 30 de septiembre de 2017 se recibieron 69 solicitudes para gestión contractual, las cuales, se adelantaron oportunamente así: Contratos celebrados: 25, Prorrogas y Adiciones: 23, Prorrogas: 1, Desistidos: 1, Devueltos: 3 , Otrosí Modificatorios: 2, En trámite: 7 | La OCI evidencia que los controles en este proceso se aplican, se encuentran documentos y son efectivos para minimizar el riesgo. |

***RECURSOS FISICOS***

Este proceso presenta Dos (2) riesgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Inexistencia  de bienes y servicios necesarios para el normal funcionamiento de la entidad | -Seguimiento periódico del Plan anual de adquisición  -Realizar la planeación precontractual previa de los bienes y servicios solicitados | Durante el III Trimestre del 2017, se realizaron las siguientes contrataciones dentro de las fechas establecidas en el PAA: \* Contratos 084; 083;082;081: se Adquirió a través de la Tienda Virtual del Estado Colombiano el suministro del Dotación para los funcionarios de la Superintendencia del Subsidio Familiar que tenga derecho por ley. \* Contrato 097:Contratar el servicio de localización, numeración, recarga y mantenimiento de extintores actuales, así como la señalización, soportes e instalación de los mismos para las sedes de la Superintendencia del Subsidio Familiar, en cumplimiento de la normatividad NTC 3808, NTC 2885 y NSR 10 Titulo J. \*Contrato 090: Prestar los servicios profesionales para la identificación, clasificación y valoración del inventario Propiedad Planta y Equipo para el proceso de convergencia de la Superintendencia del Subsidio Familiar a las nuevas Normas Internacionales de Contabilidad para el sector público - NICSP. \* Contrato 076: Realizar la implementación, socialización y seguimiento del plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA) en la Superintendencia del Subsidio Familiar. \* El 28 de septiembre se entregaron los Estudios Previos para: Contratar los servicios de certificación digital abierta para el aseguramiento jurídico y técnico de las comunicaciones electrónicas emanadas por la Superintendencia de Subsidio Familiar. | La oficina de Control Interno luego de revisar el presente riesgo evidenció que no se ha materializado el riesgo debido a los controles formulados, documentados y aplicados.  Dado que los controles son diferentes para los dos riesgos definidos en el proceso, se recomienda que el reporte de las actividades realizadas sobre dichos controles, se diligencien por separado.  documentado,  el riesgo. |
| Desempeño  Deficiente de los procesos administrativos de bienes y servicios | -Realizar periódicamente seguimiento a los contratos de bienes y servicios | El control está documentado, se aplica y es efectivo para minimizar el riesgo. |

***ALMACEN E INVENTARIOS***

Este proceso presenta Un (1) riesgo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Pérdida de recursos físicos de la Entidad | -La base de datos se maneja a través de la herramienta (NEON). -Toma física general anual de la Entidad. -Muestra Aleatoria que se hace en el primer semestre al 10% de los cuentadantes. -Implementación del modulo de Entrada y salidas de bienes de la Entidad en la plataforma Esigna.  -Aseguramiento de los bienes de la Entidad mediante solicitud de emisión de pólizas. - Inspecciones mensuales del almacén.  - Entrega mensual de boletines de los movimientos diarios de almacén al área financiera contable | \*Se ha adelantado la revisión, actualización y verificación de los activos.  \*Se envío cronograma para revisión y actualización del Inventario por cuentadante.  En el momento se está adelantando esta actividad.  \*Se realizan los controles y seguimiento de los bienes de la entidad, por medio de las solicitudes que realizan los funcionarios para la solicitud del ingreso y salida de equipos vía Esigna o correo electrónico en los casos que dicha plataforma no esté funcionando.  \*Las solicitudes de entrada y salida se han realizado a través de la aplicación ESIGNA. \*Los bienes de la entidad se encuentran asegurados, mediante pólizas de aseguramiento vigentes.  \*Se está entregando mensualmente el reporte de depreciación al Grupo de Gestión Financiera. | La Oficina de Control Interno verificó los controles establecidos para mitigar los riesgos asociados para el proceso Almacén e inventarios y evidenció que ningún riesgo se ha materializado, teniendo en cuenta la aplicación de los controles existentes. |

***NOTIFICACIONES***

Este proceso presenta Un (1) riesgo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| inoportuna notificación de los Actos Administrativos de la SSF | -Monitorear las guías de control de correspondencia 472. -Matriz de seguimiento a resoluciones.  Plataforma Tecnológica. -Capacitaciones. -Revisión y supervisión por jefe de Oficina de Grupo de Gestión de Notificaciones y certificaciones. -Contrato interadministrativo de mensajería. | Con el propósito de mitigar el riesgo y en cumplimiento de los controles identificados se realizaron las siguientes actividades: \*Cuadro de Seguimiento de Resoluciones. \*Libro de Entrega al CDI con entrega a 472. \*Libro de Radicación de Actos Administrativos. \*Cuadro de Control de Avisos. | El proceso de notificaciones ante cada control establecido se encuentra documentado y actualmente se aplican en el periodo, mitigando el riesgo.  Se recomienda para los próximos reportes ser más específicos en el diligenciamiento de las actividades frente a los controles definidos. |

***GESTION DE TALENTO HUMANO***

Este proceso presenta cuatro (4) riesgos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** |
| Inoportunidad en la Liquidación de Nómina | -Revisión periódica de los resultados de la nómina -Seguimiento al cronograma de nómina | | \*Personal adecuado para liquidación de nomina. \*Revisión de un profesional especializado de la nomina final. \*Revisión final por la coordinación del GGTH. \*Formalización de nomina por Secretaría General. | Para realizar un mayor seguimiento a los controles es importante que en el reporte se detallen las actividades gestionadas para los controles contemplados, se haga de manera mas especifica. |
| Deficiente  seguimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | -Cronograma de actividades. -Registro de asistencia a capacitaciones. -Reportes del SG-SST | | \*Se cuenta con personal idóneo para el diseño y ejecución del SG-SST. \*Se ha dado cumplimiento al cronograma anual establecido. \*Se tiene control de asistencia de todas las actividades programadas. | El control está documentado, se aplica y es efectivo para minimizar el riesgo. |
| Incumplimiento del Plan Institucional de Capacitación y Formación | -Cumplimiento del cronograma establecido. -Citaciones a capacitaciones. -Registros de Asistencia. | | \*Se ha dado cumplimiento con todos los cursos de entrenamiento en el puesto de trabajo programados. \*Se realizan oportunamente las citaciones para cada capacitación programada. \*Se tiene control de asistencia de todas las capacitaciones realizadas. | Los controles establecidos en el proceso, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo. |
| Vencimiento de prorrogas de nombramientos de encargos y provisionalidad | -Actualización y seguimiento de la base de planta de personal | | \*El GGTH diariamente realiza la actualización de planta de personal. | El riesgo se encuentra documentado en el periodo registrado, se aplica y es efectivo para minimizar el riesgo. |

***EVALUACION Y CONTROL***

Este proceso presenta Dos (2) riesgos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **CONTROLES** | | **ACTIVIDADES  REALIZADAS (Reporte Dependencia)** | **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES OCI** | |
| Incumplimiento  de informes y reportes de Ley | | -Cronograma de la Oficina.  -Reuniones mensuales. -Solicitar la información a las dependencias con oportunidad -Designar responsables de elaboración, revisión y validación de reportes e informes de acuerdo a cada tema. -Revisión de los informes y reportes por parte del jefe de la OCI. | Se realizaron (26) veinte seis informes tanto internos como externos, de acuerdo a lo programado en el plan de trabajo, en el tercer trimestre del 2017. | | Se evidencia en el seguimiento realizado al riesgo, que no se ha materializado debido a los controles formulados ya que se encuentran gestionados y documentados.  Se recomienda realizar para los próximos reportes por parte de la dependencia, que la información diligenciada en las actividades realizadas sea de manera más específica y se relacione por cada control. |
| Incumplimiento  del Plan Anual de Auditorías Internas y Especiales | | -Verificación y seguimiento del programa de auditorías -Reuniones mensuales | Se realizaron en total (9): Seis (6) Auditorías Internas y se realizaron tres (3) arqueos de caja menor, de acuerdo a lo programado en plan de trabajo, en el tercer trimestre del 2017. | | Los controles se encuentran documentados, se aplican y son efectivos para minimizar el riesgo.  Se Recomienda que en el reporte se detallen las actividades gestionadas para el control de reuniones mensuales, se haga de manera más especifica. |

1. **SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS MATERIALIZADOS INFORME ANTERIOR PERIODO I Y II TRIMESTRE DE 2017**

Se observa que los riesgos materializados en el I y II trimestre del 2017, los dueños del proceso reportaron a la Oficina de Control Interno las acciones de mejora a relacionar, debido a que no se tenía acceso a la herramienta Isolución.





## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La Oficina de Control interno, después de revisar las evidencias de las acciones para la mitigación de los riesgos concluye de manera general el cumplimiento en la ejecución y control de las acciones contempladas en el mapa de riesgos. Se presentan las siguientes recomendaciones:

* Con los nuevos nombramientos y reubicaciones de cargos que se realizan en la entidad, se recomienda a los líderes de los procesos realizar el empalme correspondiente y capacitar a los funcionarios en los procedimientos existentes y de esta manera evitar que los riesgos se materialicen.

* Al realizar los reportes en las "actividades realizadas" los líderes de los procesos deben generar observaciones más puntuales, no tan generales, que demuestren que cada control es gestionado en el periodo, asimismo evidenciar que se encuentran documentados.
* Se recomienda, que los líderes de los procesos realicen un análisis y establezcan la naturaleza del control, para determinar que se están aplicando en la actualidad y si han sido efectivos para minimizar el riesgo, que pueden ser:

-Preventivo: Evitan que un evento suceda.

-Detectivo: Permiten registrar un evento después de que ha sucedido.

-Correctivo: No prevén que un evento suceda, pero permiten enfrentar la situación una vez se ha presentado.

* Es importante socializar y divulgar los mapas de riesgos identificados a los servidores públicos y a los contratistas que intervienen en el proceso, esto con el fin que contribuya al cumplimiento de los controles o en general al fortalecimiento de la gestión de riesgos.
* Se recomienda que el líder del proceso y el funcionario (s) responsable de los procesos, deben tomar la responsabilidad frente al seguimiento de los controles que están a su cargo de acuerdo a las funciones establecidas y realizar las actividades en cada periodo.
* Se recomienda analizar la conveniencia de realizar una nueva valoración de controles donde se revise la clasificación si son preventivos o correctivos y si la escala afectada es la probabilidad o el impacto, también revisar la evaluación de los criterios de los controles ya que puede presentarse que el control se está aplicando pero no está siendo efectivo, y asegurase que las acciones descritas en el control este articuladas con las causas que ocasionan el riesgo.

**JOSE WILLIAM CASALLAS FANDIÑO**

Oficina de Control Interno

Elaborado: Liza Rojas Carrascal