

INSTITUTO DE PLANIFICACION Y PROMOCION DE SOLUCIONES
ENERGETICAS PARALAS ZONAS NO INTERCONECTADAS IPSE

GRUPO CONTROL INTERNO

INFORME FINAL AUDITORIA DE GESTION DE RIESGOS

Bogotá D.C., julio de 2022



TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO A AUDITAR	4
2. OBJETIVOS DE AUDITORIA.....	5
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
3. ALCANCE DE AUDITORIA	5
4. NORMATIVA SOPORTE DE AUDITORIA	5
5. ANALISIS DE LA INFORMACION	7
5.1. POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	7
5.1.1. APROBACION DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	7
5.1.2. DECLARACION DE LA POLITICA.....	7
5.1.3. VERIFICACION DE LOS REQUISITOS DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS.....	8
5.2. PERFIL DE RIESGO DE LA ENTIDAD	8
5.3. ROLES Y RESPONSABILIDADES	9
5.4. IDENTIFICACION DE RIESGOS FRENTE A LAS CARACTERISTICAS O ATRIBUTOS DEL OBJETIVO DEL PROCESO	9
5.5. REDACCION DE LOS RIESGOS DE GESTION Y DE CORRUPCION	12
5.5.1. REDACCION RIESGOS DE GESTION	12
5.5.2. REDACCION DE RIESGOS DE CORRUPCION	12
5.6. VERIFICAR SI LOS ACTUALES CONTROLES DISEÑADOS CONTIENEN LAS VARIABLES REQUERIDAS PARA SU DISEÑO DEL CONTROL Y DETERMINAR LA SOLIDEZ DE LOS CONTROLES.....	14
5.6.1. RESPONSABLE DE LA EVALUACION DEL CONTROL.....	15
5.6.2. PROPOSITO DEL CONTROL	16
5.6.3. ACTIVIDADES DE CONTROL	16
5.6.4 OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE EJECUTAR EL CONTROL.....	17
5.6.5. EVIDENCIA DE CONTROL.....	17
5.7. TRATAMIENTO DE RIESGOS LAS ACCIONES PREVENTIVAS PARA AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES LA CALIFICACION DE LOS RIESGOS EN SU VALORACION FINAL ES MODERADA, ALTA O EXTREMA.....	18
5.8. ESQUEMA DE SEGUIMIENTO EN CASO DE LA MATERIALIZACION DEL RIESGO	19
6.HALLAZGOS DE AUDITORIA.....	20
7.. RECOMENDACIONES.....	27
8. PLAN DE MEJORAMIENTO.....	28



El futuro
es de todos

Minenergía





1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO A AUDITAR

Para garantizar el cumplimiento de la misión institucional, los objetivos estratégicos y de proceso, es importante que las entidades diseñen e implementen la gestión de riesgos, ya que con ella se mitigan las pérdidas y garantiza la continuidad del negocio.

Además de tener un plan que visualice los potenciales problemas y desarrollar estrategias que los aborden, la gestión o administración de riesgos contribuirán a mejorar las probabilidades de éxito de los objetivos que se ha trazado como organización.

La administración de riesgos garantiza que estos sean tratados y gestionados de forma tal que se cuiden los costos y se tomen decisiones exitosas para la entidad. Es decir, contribuirá al logro de los objetivos.

En virtud de lo anterior, el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones han diseñado una metodología a través de la Guía para la administración de riesgo y diseño de controles en entidades públicas con diferentes versiones a la fecha, con la cual se pretende que las entidades públicas manejen el riesgo, así como el control en todos los procesos brindando seguridad razonable frente al logro de los objetivos.

Por tal razón, en el marco de la guía en mención el Instituto de Planificación y Promoción de Soluciones Energéticas para Zonas No Interconectadas -IPSE- ha realizado e implementado una herramienta denominada Manual para la Gestión del Riesgo abril 2021 versión 1.0, en la cual se enmarca la política, la identificación, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento de los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad de la información para los 15 procesos que actualmente desarrolla el Instituto.

Bajo el enfoque del modelo de las tres líneas defensa, esta auditoria se enmarcará en la gestión del riesgo que ha realizado la gerencia operativa (todos los procesos) o primera línea de defensa, así mismo se verificará el actuar de la segunda línea de defensa en cabeza de planeación institucional y por último la tercera línea de defensa.

Es así que, en el marco de las funciones de la tercera línea de defensa correspondiente a Control Interno, se desarrolla esta evaluación (aseguramiento) independiente sobre la gestión de riesgos en el Instituto.

2. OBJETIVOS DE AUDITORIA

2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la administración de riesgo realizada por parte de los diferentes procesos del Instituto, mediante la verificación de los criterios contemplados para la identificación de riesgos, el diseño, aplicación y evaluación de la efectividad de los controles.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1. Verificar la implementación de las actividades descritas en la política de riesgos del Instituto
- 2.2. Verificar que la actual política de riesgos del Instituto cumple con los lineamientos establecidos en la Guía de Administración del Riesgos y el diseño de controles en las entidades públicas DAFP- versión 4 octubre de 2018
- 2.3. Verificar el contexto interno y externo de los procesos del IPSE
- 2.4. Verificar la identificación de riesgos frente a las características o atributos del objetivo del proceso
- 2.5. Verificar la redacción de los riesgos de gestión y de corrupción
- 2.6. Verificar si los actuales controles diseñados contienen las variables requeridas para su diseño
- 2.7. Verificar la solidez del conjunto de controles diseñados a los riesgos institucionales
- 2.8. Verificar en el tratamiento de riesgos las acciones preventivas para aquellos casos en los cuales la calificación de los riesgos en su valoración final es moderada, alta o externa.
- 2.9. Verificar el esquema de seguimiento en caso de la materialización del riesgo

3. ALCANCE DE AUDITORIA

Esta auditoría inicia con la revisión del Manual de Gestión de Riesgos la política allí declarada, posterior a través de una muestra selectiva se analizará la identificación, valoración, tratamiento y monitoreo a los riesgos de los procesos del Instituto definidos en la matriz institucional con corte a 31 de diciembre de 2021.

4. NORMATIVA SOPORTE DE AUDITORIA

- Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.

Artículo 2. Objetivos del sistema de control interno: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos



- Decreto Nacional 648 de abril de 2017 de la Presidencia de la República. Modifica y adiciona el decreto 1083 de 2015. Reglamentario del sector de Función Pública.

Artículo 17. Artículo 2.2.21.5.3. del Decreto 1083 de 2015, quedará así: “Las unidades u oficinas de control interno desarrollaran su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con los entes externos”.

- Ley 1474 de 2011 de la Presidencia de la República. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y efectividad de la gestión pública.

Artículo 73. Plan anticorrupción y atención al ciudadano que deben elaborar anualmente todas las entidades incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

- Decreto 1499 de 2017 de la Presidencia de la República. Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

Artículo 2.2.23.1.” El sistema de control interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y de Gestión-MIPG-, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades”.

- Guía para la gestión de riesgo de corrupción 2015, Secretaria de Transparencia
- Guía para la Administración del riesgo de la Función Pública Versión 4 de octubre de 2018
- Guía para la Administración del riesgo de la Función Pública Versión 5 de julio de 2021
- ISO 31000 Gestión del riesgo, principios y directrices
- ISO 9001:2015 Norma Técnica de Calidad
- Manual de Gestión de Riesgos IPSE-ME- M01 de 26 de abril de 2021 versión 1
- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 3100. Gestión de Riesgos y Directrices

5. ANALISIS DE LA INFORMACION

5.1. POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

5.1.1. APROBACION DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

La aprobación de la política de administración de riesgos de acuerdo con la Guía para la Administración de Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4, señala que quienes son encargados de establecer la política es la alta dirección con la participación del Comité Institucional de Control Interno.

Es así que se verificó las actas de reunión del Comité Institucional de Control Interno vigencia 2020 y 2021, encontrando que en el acta No 002 de 22 de diciembre de 2020 se establece en el orden del día “ *5.Someter a Aprobación la Política de Administración del Riesgo, por parte del Líder del Grupo de Planeación y Gestión Documental*” en el desarrollo de este numeral se planteó lo siguiente “ *El área de Planeación informa que la política de gestión de riesgos ya fue tratada en espacios anteriores, encontrándose en la actualidad realizándose algunos ajustes, para lo cual se dio traslado del Manual del sistema de gestión del riesgo a las diferentes instancias a fin de recibir observaciones que serán integradas a la política propuesta con los ajustes propuestos*”.

Posterior se conoció que a través del acta -No 20211020002886 del Comité de Gestión y Desempeño de fecha 26 de abril de 2021 en el punto 3 del orden del día aprobó dicho comité la política y metodología de gestión de riesgos.

Esta situación va en contravía a lo establecido en el decreto 648 de 2017 artículo 2.2.2.1.1.16 numeral g, puesto que señala como una de las funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno “*someter a aprobación del representante legal la política de administración de riesgos y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta*”, en su calidad de línea estratégica en el marco del esquema de líneas de defensa.

5.1.2. DECLARACION DE LA POLITICA

La política es una declaración de la dirección y los lineamientos generales que fija una entidad frente a la gestión de riesgo. Se evidencia la declaración de la política, se observa que existe un lineamiento sobre el tratamiento, manejo y seguimiento de riesgos para el Instituto.



5.1.3. VERIFICACION DE LOS REQUISITOS DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

La guía de administración de riesgos y diseño de controles para las entidades públicas versión 4, señala que “la política de administración del riesgo puede convertirse en un manual o guía de riesgos” tal como sucede en la actualidad con el Manual sobre riesgos que cuenta el Instituto, se resalta la importancia de cumplir con cada uno de los siguientes lineamientos:

1. Objetivo: “se debe establecer su alineación con los objetivos estratégicos de la entidad y gestionar los riesgos a un nivel aceptable” (DAFP, versión 4, pág. 21)
2. Alcance: “La administración de riesgos debe ser extensible y aplicable a todos los procesos de la entidad (...)”.
3. Niveles de aceptación al riesgo: “Decisión informada de tomar un riesgo particular. Para el riesgo de corrupción es inaceptable”.
4. Niveles para calificar el impacto: “Esta tabla de análisis variará de acuerdo con la complejidad de cada entidad (...)”.
5. Tratamiento de riesgos: “proceso para mejorar el riesgo (...)”
6. Periodicidad para el seguimiento de acuerdo con el nivel de riesgos residual.

De acuerdo a los lineamientos anteriormente señalados, la política que actualmente cuenta el Instituto se debe robustecer en cuanto a la definición del alcance, y la periodicidad de seguimiento por cada una de las líneas de defensa.

5.2. PERFIL DE RIESGO DE LA ENTIDAD

Se revisó el Manual de Gestión de Riesgos y luego se consultó a Planeación Institucional sobre el perfil de riesgos del Instituto, observando que no se ha determinado el perfil de riesgo por proceso a nivel de la Entidad, solo se ha establecido el perfil de riesgo por cada uno. Aspecto que resulta esencialmente necesario para apoyar a la administración a considerar el tipo, la severidad, y las interdependencias de los riesgos, y cómo pueden afectar el desempeño en relación con la estrategia y los objetivos de la Entidad.

Aplicando el perfil de riesgo por proceso el Instituto debe gestionar de manera más efectiva los riesgos a los que se encuentran expuestos. Los elementos que se incorporan en el perfil de riesgo son: i) apetito del riesgo; ii) tolerancia al riesgo y iii) capacidad del riesgo.

Lo anterior en atención a lo establecido por el DAFP en su documento Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 el cual establece *“hacer seguimiento y pronunciarse por lo menos cada trimestre sobre el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad, incluyendo los riesgos de corrupción y de acuerdo a las políticas de tolerancia establecidas y aprobadas”*.



5.3. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Se resalta por parte de la auditoría, la importancia de cada una de las líneas de defensa en el marco de la gestión de administración de riesgos, ya que estas deben asegurar que los procedimientos de riesgos y control funcionen de manera satisfactoria. No es suficiente que existan diversas funciones de riesgos y control, lo importante consiste en asignar roles específicos y coordinar con eficacia y eficiencia. Deben ser retroalimentadas cada una de las responsabilidades, de tal modo que cada línea de defensa y control se concientice de los límites y su responsabilidad y cómo encaja su rol en la estructura general de riesgo y control de la organización.

Por lo tanto, se reitera la importancia de mantener un enfoque cohesionado y coordinado, de manera tal que los recursos de riesgo y control (alta dirección y líneas de defensa) puedan ser desplegados efectivamente y que los riesgos significativos sean identificados o gestionados adecuadamente.

Se recuerda que en el marco del desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y de Gestión -MIPG- más exactamente la séptima dimensión: control interno, se debe ejecutar por cada una de las líneas de defensa sus respectivas responsabilidades y dejar la evidencia para posterior evaluación del nivel de implementación de la política de y así favorecer la institucionalidad para la gestión de los riesgos.

5.4. IDENTIFICACION DE RIESGOS FRENTE A LAS CARACTERISTICAS O ATRIBUTOS DEL OBJETIVO DEL PROCESO

Bajo la técnica de auditoría de muestreo aleatorio simple y con un nivel de confianza del 90% se determinó una muestra de 16 riesgos de gestión (administrativos) y 10 riesgos de corrupción, a fin de determinar si la identificación de los mismos está relacionada directamente con las características y atributos de los objetivos de los procesos. Tal como se evidencia en el anexo 1 de este documento.

Es así, como de los 16 riesgos de gestión evaluados, 4 de ellos que representan el 25%, son susceptibles de mejorar la identificación de los riesgos frente a las características o atributos del objetivo del proceso.

Al verificar si el riesgo de gestión está relacionado con las características del objetivo del proceso, se evidencia que cuatro (4) de los mismos en su respectiva identificación demuestra que el riesgo corresponde más a una causa o a una consecuencia.

A continuación, se citan casos evidenciados en la matriz de riesgos del Instituto



Tabla No 01. Alineación objetivo del proceso frente al riesgo

No de riesgo - Matriz	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	RIESGO	SEGUIMIENTO
2	Gestión de supervisión, interventoría y seguimiento	<i>Realizar supervisión, interventoría o seguimiento a los proyectos relacionados con infraestructura energética o de prestación del servicio de energía eléctrica verificando que las obligaciones contractuales se cumplan.</i>	Incumplimiento a los conceptos ambiental y de seguridad y salud en el trabajo, asociados a los proyectos energéticos	<p>No es clara la alineación del riesgo respecto al objetivo del proceso: Realizar supervisión, interventoría o seguimiento a los proyectos relacionados con infraestructura.</p> <p>Por tal razón, se recomienda verificar la alineación del riesgo con el proceso puesto que este último resulta ser más una causa o una consecuencia</p>
7	Gestión de telemetría y monitoreo	Generar información oportuna, validada y confiable de prestación del servicio de energía en las ZNI, a través de la disponibilidad de la infraestructura de telemetría y aplicando metodologías documentadas.	<i>Insuficiente asignación de recursos para la operación de los sistemas de telemetría</i>	<p>No es clara la alineación del riesgo respecto al objetivo del proceso como: Generar información oportuna, validada y confiable de prestación del servicio de energía en las ZNI.</p> <p>En este sentido, se recomienda revisar la alineación del</p>



No de riesgo - Matriz	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	RIESGO	SEGUIMIENTO
				riesgo frente al objetivo, dado que el presupuesto asignado para la operación de los sistemas de telemetría se cataloga como una causa
28	Gestión SGSST	Contribuir al mejoramiento de las condiciones de trabajo seguro, saludable y de bienestar de los servidores públicos del IPSE y las partes interesadas, previniendo los peligros, controlando los riesgos de seguridad y salud en el trabajo y favoreciendo el clima laboral, con la normatividad legal aplicable.	Baja Cultura Organizacional en los servidores públicos del IPSE	El objetivo del proceso de Gestión SGSST es contribuir al mejoramiento de las condiciones de trabajo seguro, saludable y de bienestar de los servidores públicos del IPSE. Se recomienda realizar una revisión, ya que esta descripción de riesgo de baja cultura organizacional en los servidores públicos resulta más ser una causa
35	Gestión de TI	Gestionar estratégicamente las necesidades de innovación en tecnología, seguridad y operatividad que requieran las partes	Gestión inadecuada de los niveles de satisfacción de los clientes internos	No es clara la alineación del riesgo frente al objetivo general del proceso. Puesto que el riesgo resulta ser más una consecuencia.

No de riesgo - Matriz	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	RIESGO	SEGUIMIENTO
		interesadas, con el fin de apoyar el cumplimiento de los objetivos institucionales en el marco de la estrategia de Gobierno Digital.		

Fuente: construcción propia proceso de auditoría

De acuerdo con lo establecido por el DAFP a través de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 4, se precisa que, como técnica para la redacción de riesgos, los mismos deben estar relacionados directamente con las características del objetivo del proceso, para lograr aportar al cumplimiento de los mismos.

5.5. REDACCION DE LOS RIESGOS DE GESTION Y DE CORRUPCION

5.5.1. REDACCION RIESGOS DE GESTION

A partir de la muestra de auditoría previamente determinada se verificó la redacción de los riesgos de gestión, y de acuerdo a lo establecido en la Guía de Administración de Riesgos y el diseño de controles en entidades públicas versión 4; y el Manual de Gestión de Riesgos del IPSE versión 1, se verifica que los procesos no han diseñado las descripción del riesgos atendiendo a las siguientes preguntas:

1. ¿QUÉ PUEDE SUCEDER?
2. ¿Cómo PUEDE SUCEDER?
3. ¿Cuándo PUEDE SUCEDER?
4. ¿Qué CONSECUENCIAS TENDRIA SU MATERIALIZACION?

Se puede observar en la matriz de riesgos institucional que ésta carece de la columna “descripción del riesgo”, la cual es de mucha importancia para dar respuesta a los interrogantes planteados y permitir una mejor identificación del mismo.

5.5.2. REDACCION DE RIESGOS DE CORRUPCION

Los riesgos de corrupción identificados por los diferentes procesos del Instituto en total son 16, para este ejercicio de auditoría se determinó analizar una muestra de 10 riesgos.

Se considera importante que para la redacción de los riesgos de corrupción, que los procesos atienda a la estructura establecida en la Guía DAFP 2018 y el Manual de Gestión de Riesgos IPSE versión 1:



Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público+ el beneficio del privado.

De otro lado, se recalca el uso de dicha estructura por parte de los procesos, puesto que ello facilita la identificación de riesgos de corrupción y evita que se presenten confusiones entre un riesgo de gestión y un riesgo de corrupción, tal como se evidencia en un (1) riesgo con tal característica.

A continuación, se cita como ejemplo el caso encontrado:

Tabla No 02. Análisis de riesgos de corrupción

No de riesgo - Matriz	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	RIESGO	SEGUIMIENTO
1	Gestión de contratación	Realizar el proceso de contratación de manera eficaz, eficiente y efectiva, en armonía con los objetivos institucionales y las normas legales vigentes para coadyuvar en el cumplimiento de la misión institucional	Documentación inconsistente presentada en la etapa pre-contractual de los procesos adelantados por la entidad	<p>El riesgo descrito: documentación inconsistente presentada en la etapa precontractual de los procesos adelantados por la entidad.</p> <p>Esta redacción del riesgo de corrupción no cumple con la estructura establecida en la guía DAFP y el manual de gestión del riesgo del instituto: Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público+ el beneficio del privado</p> <p>Puesto que la lectura del riesgo en comentario se asemeja a la descripción de un riesgo de gestión.</p>

Fuente: construcción propia proceso de auditoría



Por lo tanto, es importante que el proceso de contratación revise la metodología establecida en el manual de gestión del riesgo versión 1.0 del IPSE y de acuerdo a la estructura allí establecida redactar el riesgo de corrupción.

5.6. VERIFICAR SI LOS ACTUALES CONTROLES DISEÑADOS CONTIENEN LAS VARIABLES REQUERIDAS PARA SU DISEÑO DEL CONTROL Y DETERMINAR LA SOLIDEZ DE LOS CONTROLES

Para la evaluación del diseño de controles, se seleccionó la muestra de 16 riesgos de gestión.

La metodología utilizada para nuestra evaluación del diseño de los controles es la definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública de la Guía para la administración de riesgos y diseño de controles en entidades públicas versión 5.

A continuación, se describe los criterios y ponderaciones para los controles establecidos:

Tabla No 03. Evaluación de criterios y ponderaciones diseño de control DAFP y Manual de Gestión de Riesgos IPSE

Ítem	Criterio De Evaluación Diseño Del Control DAFP	Características del control	# De riesgos evaluados IPSE	Peso Evaluación DAFP	Resultado Evaluación OCI IPSE
1	Asignación del responsable	Asignado	16	15	100%
		No asignado	0	0	
	Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	0	15	0%
		inadecuado	16	0	
2	Periodicidad	Oportuna	2	15	12.5%
		Inoportuna	14	0	
3	Propósito	Prevenir	0	15	0%
		Detectar	0	10	
		No es un control	16	0	
4	Cómo se realiza las actividades de control	Confiable	16	15	100%
		No confiable	0	0	
5	Observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control	Se investiga oportunamente	0	15	0%
		No se investiga y se resuelve oportunamente	16	0	
6	Evidencia de la ejecución del control	Completa	16	10	100%
		Incompleta	0	5	
		No existe	0	0	
Resultado Evaluación de Controles					45%

Fuente: construcción propia proceso de auditoría

De la tabla No 03 se concluye que, del resultado de la evaluación del diseño a una muestra de 16 controles, a los cuales se les aplicó los criterios y ponderaciones definidos en la metodología de gestión de riesgos del DAFP (versión 4, 2018) y el Manual de Gestión de Riesgos del IPSE (abril 2021), determinando un cumplimiento promedio del 45% respecto a los criterios.

Lo que permite concluir que el 55% de los criterios para el diseño de actividades de control no se definen de manera adecuada.

Es así, que con la calificación promedio del cumplimiento de los criterios del 43%, el diseño de los controles queda clasificado en el rango Débil.

Tabla No 04. Rango de calificación del diseño de control

Rango	Resultado -Peso en la evaluación del diseño del control
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

Fuente: Guía para la administración de riesgos y el diseño de controles del DAFP

Es así como a continuación se presentan los criterios que se tuvo en cuenta para realizar la evaluación de controles.

5.6.1. RESPONSABLE DE LA EVALUACION DEL CONTROL

La Guía para la administración del riesgo y diseño de controles para entidades públicas versión 4 (octubre de 2018) señala que el responsable es la *“persona asignada para ejecutar el control. Debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos, para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas (...).”*

En la muestra de los 16 riesgos evaluados, la responsabilidad de su ejecución se encuentra definida y en cabeza del líder del respectivo proceso. Llama la atención que en los 16 riesgos no se presenta la segregación de funciones.

Se cita como ejemplo a continuación uno de los riesgos en comento:

Tabla No 05. Controles con observaciones frente a los responsables, segregación y autoridad

No De riesgo	Proceso	Control	Responsable del procedimiento
25	Gestión del talento humano	Verificación del cumplimiento de la ley en cada uno de los actos administrativos que se proyecten	Se debe dejar clara la segregación de la función puesto que no es claro quien realiza los actos administrativos y quien en el mismo proceso realiza la verificación.

Fuente: construcción propia proceso de auditoria

5.6.2. PROPOSITO DEL CONTROL

En cuanto al propósito del control la Guía del DAFP (versión 4, 2018) establece que *“el control debe tener propósito que indique para que 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”*.

De los 5 riesgos analizados, 4 de ellos no es claro el propósito del control.

Se cita un ejemplo uno de ellos

Tabla No 06. Controles con observaciones frente al propósito

No De riesgo	Proceso	Control- probabilidad e impacto	Observación OCI
14	Gestión de auditorias	“Seguimiento a las solicitudes de capacitaciones en normas de auditoria Capacitación interna del proceso”	No es claro cuál es el propósito del control (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar)

Fuente: construcción propia proceso de auditoria

5.6.3. ACTIVIDADES DE CONTROL

En cuanto a las actividades de control la guía del DAFP establece 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”*.

Para los 16 riesgos analizados la fuente u origen de información se encuentra

definida.

5.6.4 OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE EJECUTAR EL CONTROL

La guía del DAFP señala que *“el control debe indicar que 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”*.

De los 16 riesgos analizados no se evidencia la acción a tomar en caso de presentarse desviaciones. A continuación, se cita uno de ellos como ejemplo

Tabla No 07. Observaciones o desviaciones

No De riesgo	Proceso	Control-probabilidad e impacto	Evidencia de las desviaciones resultantes
1	Gestión de supervisión, interventoría y seguimiento	* Seguimientos mensuales a los contratos * Seguimiento mensual a las supervisiones	No se especifica que se hace con las desviaciones

Fuente: construcción propia proceso de auditoría

5.6.5. EVIDENCIA DE CONTROL

La guía del DAFP establece en cuanto a la evidencia que *“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 ejecuto el control y puede evaluar que el control realmente fue ejecutado de acuerdo con los parámetros establecidos (...)”*.

Para los 16 riesgos analizados la evidencia de información se encuentra definida.



5.7. TRATAMIENTO DE RIESGOS LAS ACCIONES PREVENTIVAS PARA AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES LA CALIFICACION DE LOS RIESGOS EN SU VALORACION FINAL ES MODERADA, ALTA O EXTREMA

De acuerdo a la revisión al tratamiento de los riesgos cuya calificación de valoración final es moderada, alta o extrema, se observó en la muestra de 16 riesgos, que para la vigencia 2021 se ha realizado un seguimiento en el mes de noviembre.

De acuerdo a uno de los lineamientos de los señalados en el Manual de Gestión de Riesgos IPSE versión 1 establece que *“el monitoreo de los riesgos se realiza de manera integral cada cuatro meses con los siguientes cortes: abril 30, agosto 31 y diciembre 31. El monitoreo se debe registrar en el formato Mapa de Riesgos Institucional”*.

De otro lado, se observa en el mapa de riesgos institucional el seguimiento a los riesgos de gestión y de corrupción, los de gestión con un seguimiento en año 2021 y los de corrupción con el cumplimiento del seguimiento cuatrimestral contemplado tanto en la normatividad como en el manual.

Se evaluó en la muestra de los 16 riesgos institucionales (ver anexo 1), el riesgo residual, obteniendo un registro de tres (3) de ellos valorados en riesgo bajo y las acciones para su manejo son optativas a excepción de los riesgos de corrupción los cuales son inaceptables, dado que el nivel bajo no aplica para estos.

Así mismo, se logra establecer que para los casos en que la valoración residual se sitúa en los niveles de extremo, alto o moderado se han formulado acciones de tratamiento, pero se evidencia tres (3) riesgos con riesgo residual alto y con tratamiento: **evitar el riesgo**, es decir no realizar la acción de acuerdo a lo establecido Manual de Gestión de Riesgos. Por lo cual es importante que se evalúe de nuevo el tratamiento dado a los riesgos altos, así como fortalecer y/o implementar nuevas actividades de control.

A continuación, se relacionan los riesgos y su respectivo riesgo residual alto y su tratamiento en la matriz institucional de riesgos.



Tabla No 08. Riesgo Residual alto frente a su tratamiento

No De riesgo	Proceso	Riesgo	Riesgo Residual	Tratamiento
2	Gestión de telemetría y monitoreo	Insuficiente asignación de recursos para operación de los sistemas de telemetría	Alto	Evitar el riesgo
4	Planeación institucional	Definir de manera incorrecta los lineamientos institucionales	Alto	Evitar el riesgo
5	Gestión Documental	Gestión inadecuada de los recursos de infraestructura	Alto	Evitar el riesgo

Fuente: construcción propia proceso de auditoría

5.8. ESQUEMA DE SEGUIMIENTO EN CASO DE LA MATERIALIZACION DEL RIESGO

De acuerdo a la información brindada por planeación institucional no se presentó para la vigencia 2021, la materialización de riesgos.

Razón que hace pensar que es necesario fortalecer la interiorización de la cultura de gestión de riesgos a fin de lograr que los funcionarios de los diferentes procesos identifiquen la materialización de los riesgos y posterior informen a la gerencia operativa del riesgo, a la segunda línea de defensa y tercera línea de defensa.

Adicional se destaca que tal como lo establece el Manual de Gestión de Riesgos versión 1 del Instituto que debe "(...) ejecutar un plan de mejoramiento que ataque la causa raizal por la que se materializó el riesgo adicionalmente debe analizarse la pertinencia de las actividades de mejora establecidas en el mapa de riesgos". Porque de lo contrario esto puede conllevar a una definición errada o poco efectiva de la acción que se establezca para mitigar el riesgo.

Durante el proceso auditor no se conoció de una herramienta de control en la cual se solicite a las dependencias el soporte y registro de las circunstancias reales que originaron la materialización de los riesgos, ya que es información esencial para brindar por parte de la segunda línea de defensa una adecuada asesoría a la dependencia afectada en la definición de acciones a implementar dirigidas a prevenir situaciones similares. Y le permitirá a control interno en el marco de la tercera línea de defensa, analizar el diseño y efectividad de las acciones de administración de riesgos.

6.HALLAZGOS DE AUDITORIA

Previo a este informe, se ha entregado al proceso de planeación institucional el informe preliminar con las observaciones resultantes durante del ejercicio de auditoria, con el fin de garantizar del derecho de contradicción por parte del proceso auditado. A continuación se formulan los siguientes hallazgos:

- **Observación No 01**

Al realizar la revisión de la aprobación de la política de administración de riesgos del Instituto, se evidencia que esta fue sometida a aprobación ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño IPSE acta No 20211020002886. Y este comité no tiene esta función desde el punto de vista normativo.

Pues en el marco del decreto 648 de 2017 señala como una de las funciones del Comité Institucional de Control Interno realizar el análisis de la política de administración de riesgos y someter a aprobación del representante legal dicha política y realizar seguimiento a los mismos. Puesto que la alta dirección es la responsable del funcionamiento del sistema de gestión de riesgos.

Por tal razón, se solicita convocar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y al representante legal para someter a aprobación la política de administración de riesgos.

“Respuesta a la observación No 1: Desde el equipo de Planeación Institucional no estamos de acuerdo con esta observación de la auditoría; dado que se ha dado cumplimiento con los lineamientos para la gestión del riesgo, definidos en la Guía del DAFP (versión 4, 2018) y se ha promovido al interior del IPSE la interiorización y aplicación de la Gestión de Riesgos; la cual se sometió a aprobación en el Comité Institucional de Control Interno de diciembre 2020, tal como se puede constatar en la invitación al mismo, a partir de la Política de riesgos establecida, se construyó el manual de Gestión de Riesgos que fue aprobado, en el mes de abril del 2021 en Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Es por ello; que se solicita al grupo auditor tener en cuenta las siguientes consideraciones y reformular u omitir la Observación No 1 del informe de auditoría 2022:

En Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 19 de noviembre del 2020; el equipo de Planeación Institucional, Informa del estado de la Gestión de Riesgos, evidencia que “No se cuenta con una Política de Gestión de Riesgos (manual) actualizada de acuerdo a los lineamientos del DAFP” y se presenta propuesta del manual de Gestión de Riesgos en el que se declara la política de Gestión de Riesgos y se acatan las disposiciones de la Guía del DAFP (versión 4, 2018). Es por lo anterior que, en el comité nombrado, se generó el compromiso de: Socializar el Manual de Gestión de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional con el fin de que este sea revisado y se den las recomendaciones de mejora correspondientes para posterior formalización y socialización de este manual”.



Para dar cumplimiento al compromiso adquirido por el equipo de Planeación; se envió correo electrónico del lunes 23 de noviembre del 2020; en el que se solicitó a los líderes de proceso y a los funcionarios que gestionan los riesgos de los procesos al interior de los mismos; la revisión del manual que contiene la política de Gestión de Riesgos y el formato propuesto para elaborar el Mapa de Riesgos Institucional y las recomendaciones de mejora correspondientes para posterior aprobación de estos instrumentos. Posteriormente el equipo de Planeación Institucional, gestionó capacitación el día 30 de noviembre 2020 con los funcionarios del IPSE, en la que se explicó las generalidades a tener en cuenta en la implementación de la Gestión de Riesgos y se expuso la Política y Metodología de Gestión de Riesgos propuesta a la fecha y se indicó que dicha política se encontraba en proceso de revisión y aprobación, por lo que se solicitó, en dicho evento, las recomendaciones de mejora para el fortalecimiento de la gestión de riesgos en el IPSE.

- Teniendo en cuenta lo definido en la Guía del DAFP (versión 4, 2018), en la que se define que:
 - Quien establece la política de gestión de riesgos, la cual puede adoptar la forma de un manual, es la Alta Dirección, con el liderazgo del Representante Legal y la participación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
 - Según el esquema de Líneas de defensa, en la primera línea los comités institucionales de coordinación de control interno deben establecer las Política de Gestión de Riesgos y asegurarse de su permeabilización en todos los niveles de la organización pública, de tal forma que se conozcan claramente los niveles de responsabilidad y autoridad que posee cada una de las tres líneas de defensa frente a la gestión del riesgo.

De una manera conjunta, entre los equipos de trabajo de Control Interno y Planeación Institucional, se decidió someter a aprobación la Política de Gestión de Riesgos y la metodología estructurada a dicha fecha, en el Comité Institucional de Control Interno del Mes de diciembre 2020; en dicho comité se explicó la política de Gestión de Riesgos trabajada y se indicaron las gestiones adelantadas como: la presentación de la Política en el Comité de Gestión y Desempeño del mes de noviembre 2020, la remisión de los documentos elaborados a los líderes y funcionarios correspondientes y la socialización realizada el 30 de noviembre del 2020. En la reunión no se presentaron objeciones o recomendaciones adicionales a la política de gestión de riesgo, por lo que fue aceptada, en este orden de ideas a partir de la misma en los primeros meses del año 2021, se trabajó con los procesos correspondientes la revisión de aspectos puntuales como definición de probabilidades, tablas de impacto y relevancias para la documentación de riesgos de gestión, corrupción o seguridad en la información; generándose la versión definitiva del



manual de Gestión de Riesgos, el cual se sometió a aprobación del Comité de Gestión y Desempeño del mes de Abril 2021; se aclara que este manual conservó la declaración de la Política de Gestión de Riesgos, que se revisó en el Comité Institucional de Control Interno de Diciembre del 2020, dado que ningún funcionario indicó alguna objeción o recomendación al texto definido. Así mismo, no se tiene certeza de qué personal del equipo de Planeación Institucional revisó y aprobó el acta del Comité Institucional de Control Interno del mes diciembre del 2020; la cual se encuentra a la fecha pendiente de formalizar en el Sistema de Gestión Documental ORFEO.

- A partir del manual de Gestión de Riesgos aprobado; a la fecha se continúa capacitando y llevando a cabo ejercicios para la implementación de la Gestión de Riesgos, tomando como pilar las directrices definidas en la pólita previamente aprobada. Se debe tener en cuenta que en la vigencia 2021, se llevaron a cabo mesas de trabajo con cada uno de los procesos, en donde se dio a conocer la política de Gestión de Riesgos y la metodología para la identificación, documentación, valoración y seguimiento de los Riesgos Institucionales; lo cual también se ha realizado en lo corrido de la vigencia 2022.

Dado que en el acta del Comité Institucional de Control Interno de diciembre 2020 no se indica textualmente la aprobación de la Política de Gestión de Riesgos y de acuerdo a las actuaciones descritas anteriormente, se propone convocar al Comité Institucional de Control Interno; con el fin de explicar nuevamente el proceso surtido a la fecha y los procesos que aún no han actualizado o aprobado de manera formal los riesgos a trabajar en este año 2022; bajo la metodología del manual de Gestión de Riesgos vigente. Así mismo, aclarar en el comité que se cuenta con una nueva versión de la Guía para la Administración de Riesgos y Diseño de Controles del DAFP y que se ha establecido actualizar el manual de Gestión de Riesgos vigente según estos nuevos lineamientos; por lo tanto, en este año 2022 se solicitara nuevamente la aprobación de estos instrumentos al comité una vez se hayan actualizado”.

Análisis de la respuesta:

De acuerdo al acta 20211200001386 de diciembre 22 de 2020 en el numeral 5 se señala “SOMETER A APROBACIÓN LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, POR PARTE DEL LÍDER DEL GRUPO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL” y este numeral se desarrolla así:

“El área de Planeación informa que la política de gestión de riesgos ya fue tratada en espacios anteriores, encontrándose en la actualidad realizándose algunos ajustes, para lo cual se dio traslado del Manual del Sistema de Gestión del Riesgo a las diferentes instancias a fin de recibir observaciones que serán integradas a la política propuesta con los ajustes correspondientes, y posteriormente una vez surtido el proceso **será sometido para su aprobación.** (...)”. (Negrilla fuera de texto.)



Por lo tanto, se confirma que la política de administración de riesgos en el Comité Institucional de Control Interno en mención, no fue aprobada, a pesar de que tal como lo señala planeación institucional se expuso y se aprobó el manual de gestión del riesgo y este contiene la política en el Comité de Gestión y Desempeño bajo el acta 20211020002886 de 21 de abril de 2021.

- **Observación No 02**

Se evidencia que la actual política de administración de riesgos aún no ha desarrollado lineamientos como: i) alcance, y ii) periodicidad de seguimiento por cada una de las líneas de defensa. Estos elementos son necesarios puesto que el primero enmarca el ámbito de aplicación de la gestión de riesgos y el segundo tiende a la ejecución de los roles y responsabilidades bajo una determinada periodicidad de seguimiento por cada línea de defensa.

“Respuesta a la observación No 2: Se informa que el manual de Gestión de Riesgos vigente contiene y describe los siguientes capítulos:

3.2 LINEAMIENTOS GENERALES; en donde se indica la periodicidad del seguimiento

3.4. ROLES Y RESPONSABILIDADES: en el que se indican las actividades de cada línea de defensa

3.2. LINEAMIENTOS GENERALES

En los que se indican los lineamientos solicitados; sin embargo; para la actualización del manual vigente se tendrán en cuenta aspectos como i) alcance, y ii) periodicidad de seguimiento por cada una de las líneas de defensa”.

Análisis de la respuesta:

El proceso auditado acepta la observación, por lo tanto, ésta se constituye en el hallazgo No 02.

- **Observación No 03**

En cumplimiento de los lineamientos impartidos por el DAFP, se observa por la auditoría que el proceso de Planeación Institucional no ha adelantado la definición de perfil de riesgos por cada proceso, para definir el perfil de riesgos del Instituto.

“Respuesta a la observación No 3: de acuerdo a lo consultado, el perfil del riesgo hacer referencia al resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad. Para ello se definió el manual de Gestión de Riesgos vigente contienen y describe los siguientes capítulos:

- 3.4 ROLES Y RESPONSABILIDADES
- 3.5 NIVELES DE ACEPTACION DEL RIESGO
- 3.6.3 EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

- 3.6.4 MONITOREO Y REVISIÓN”.

Análisis de la respuesta:

Se observa que si bien el manual de gestión de riesgos cuenta con las herramientas para la formulación del perfil de riesgo tal como lo aduce en la respuesta, a la fecha en el Instituto no cuenta con el perfil de riesgo para la Entidad. Por lo tanto, la observación se constituye en el hallazgo No 03.

- **Observación No 04**

Se ha identificado en el proceso de auditoría, que en la actual matriz institucional de riesgos no se cuenta con la casilla descripción en la cual se detalla la respuesta a los interrogantes claves para la identificación de los riesgos.

Adicional se verificó que en la actualidad el Instituto cuenta con un formato diferente para los riesgos de gestión y otra para los riesgos de corrupción, situación que va en contravía a lo señalado en el Manual de Gestión de Riesgos Versión 2021 puesto que allí señala que “la documentación de los riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital se deben realizar en el formato Mapa de Riesgos Institucional”.

“Respuesta a la observación No 4: en la vigencia 2021 se llevó a cabo revisión y ajuste de los riesgos por parte de los procesos del IPSE en compañía del equipo de Planeación. En la vigencia 2022 entre los meses de marzo y mayo; se han llevado a cabo capacitaciones y acompañamiento para la documentación de los riesgos en el formato vigente; en cuanto a la casilla de descripción del riesgo, el formato vigente establece que se registre el riesgo en la columna E”.

Análisis de la respuesta:

Una vez analizada la respuesta, en los dos formatos de matriz de riesgo por la Entidad se omitió la columna de descripción del riesgo, la cual es importante dado que allí se da respuesta a los interrogantes que permiten identificar de manera más detallada el riesgo (¿qué puede suceder?, ¿cómo puede suceder?, ¿cuándo puede suceder?, ¿qué consecuencias?).

El Manual de Gestión de Riesgos del IPSE señala el uso de un solo formato para la matriz de riesgos de la Entidad, ya sean de corrupción y/o gestión.

Por lo tanto, la observación se constituye en el hallazgo No 04.



- **Observación No 05**

Se verifica que los líderes de los procesos no han tenido una correcta adherencia de la metodología para la identificación y redacción de riesgos, dado que los mismos no están relacionados directamente con las características de los objetivos del proceso, debido a que se identificó dentro de la muestra de auditoría que algunos de los riesgos se encuentran redactados en términos generales de fallas, deficiencias, causas o consecuencias.

- **Observaciones No 06**

Se observa que, para el diseño de los controles por parte de los líderes de los procesos, los atributos de los controles definidos de manera previa en el Manual de Gestión de Riesgos IPSE-ME-M01 versión 1 no se cumplen todos en el diseño de los controles para los riesgos presentes en la muestra. Obteniendo una calificación promedio en el cumplimiento de los criterios de los controles en un 45%, quedando en un rango débil en la calificación de diseño de control para la vigencia 2021.

“Respuesta a las observaciones No 5 y 6: En la vigencia 2021 y lo corrido del año 2022, se han llevado a cabo capacitaciones y acompañamiento para la actualización de la documentación de los procesos, específicamente en la actualización de las caracterizaciones de proceso, con el ánimo de brindar insumos para la definición del contexto y la adecuada documentación de los riesgos y sus controles, se contemplara la recomendación recibida, para socializar con los procesos la metodología vigente y así propender para que los procesos del IPSE, apliquen de manera adecuada la Gestión de Riesgos y se dé cumplimiento a la normatividad vigente”.

Análisis de la respuesta:

En atención que el proceso auditado acepta las observaciones éstas se constituyen en los hallazgos No 05 y 06 respectivamente.

- **Observación No 07**

En la revisión de la matriz de riesgos institucional se encuentran los riesgos de gestión y de corrupción para la vigencia 2021, pero en la matriz de riesgos no se ha identificado los riesgos de seguridad digital, la valoración y tratamiento de los mismos de acuerdo a la metodología impartida por el DAFP a través de la Guía de Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 4 y en el Manual de Gestión de Riesgos versión 1 del Instituto.

Se identifica para la vigencia 2022 que en la página web del Instituto, el documento Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información 2022, si bien allí se imparten lineamientos para la implementación de la gestión de riesgos de seguridad digital. Dicho documento no se ha armonizado con la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP versión 4 y el Manual de Gestión de Riesgos versión 1 en cuanto al



análisis del contexto, identificación de riesgos, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento de los riesgos.

Por último, es importante resaltar que el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la información del Instituto ha identificado riesgos de seguridad digital de los procesos: planeación institucional, gestión documental, generación de producto y servicios, gestión contractual y tecnologías de la información. Es decir, el 31% de los procesos cuentan con la identificación de riesgos de seguridad digital para la vigencia 2022.

“Respuesta a la observación No 7: En cuanto a los riesgos asociados a la seguridad digital, informo que, durante el 2021, se gestionaron los riesgos de identificados por el proceso de Gestión de TICS en la Matriz de Riesgos administrativos (la cual se compartió anteriormente) y los cuales hacen referencia a:

- Gestión inadecuada de los riesgos, seguridad y privacidad de la información
- Gestión inadecuada de los niveles de satisfacción de los clientes internos
- Inadecuada evaluación y comunicación del valor y el desempeño del proceso Gestión TIC en la entidad.

Así mismo; a finales del 2021, el proceso de Gestión de TIC informó que realizado seguimiento y validación de la gestión en la seguridad en la información, se identificaron y documentaron los siguientes riesgos, lo cual se realizó en un formato diferente a los implementados en la institución:

- Omitir normatividad en implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información
- Diseñar e implementar Planes Estratégicos de Tecnología, no conformes con los lineamientos vigentes
- Adquirir bienes y servicios tecnológicos incumpliendo requisitos técnicos
- Incumplir los Acuerdos de Niveles de Servicio de los Servicios Tecnológicos

Por lo anterior, se recomendó al proceso de Gestión de TICS tener en cuenta lo definido en el Manual vigente de Gestión de Riesgos del IPSE (el cual fue validado por el proceso de TIC, previo a la aprobación del mismo) y documentar los riesgos a gestionar en el 2022 en el formato establecido, de acuerdo a la metodología vigente. Adicionalmente, en esta vigencia se espera contar con la participación del proceso de Gestión de TIC, en la actualización de la Política o Manual de Gestión de Riesgos y en los ejercicios de socialización y aplicación de la metodología definida a los procesos del instituto”.

Análisis de la respuesta:

En atención que el proceso auditado acepta la observación ésta se constituye en el hallazgo No 07.



7.. RECOMENDACIONES

- Los procesos de riesgo y control deben ser estructurados de acuerdo al modelo de las tres líneas de defensa
- Las funciones de riesgo y control que operan en las diferentes líneas deben compartir apropiadamente el conocimiento y la información para ayudar a cada línea a un mejor cumplimiento de sus funciones y de manera eficiente.
- Es importante que planeación institucional capacite a través de talleres a los líderes de los procesos en la identificación y redacción de los riesgos, en cuanto a la relación de estos frente a las características y atributos de los objetivos de los procesos, para evitar que los mismos queden redactados en términos generales como causas, consecuencias, omisiones o negación de un control
- Se sugiere a los líderes de los procesos en el momento de identificar y redactar los riesgos, cuestionarse si el riesgo de gestión está relacionado directamente con las características del objetivo.
- Se sugiere consultar el anexo 3 *Protocolo para la Identificación de riesgos de corrupción asociados a la prestación de trámites y servicios de la Guía para la administración del riesgos y diseño de controles en entidades públicas versión 4*.
- Es conveniente que Planeación Institucional considere la necesidad de establecer dentro de la metodología empleada gestión de riesgos de la Entidad, lo correspondiente a la definición de controles existentes de tipo automático, que actualmente son ejecutados por los sistemas de información y asesorar a las dependencias en el ejercicio de identificar controles que tienen esta naturaleza. Para esta mejora al interior de los procesos es importante capacitar a los líderes de los procesos en este tema.
- Dado que el DAFP realizó una actualización a la Guía de Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5 de 2021, se recomienda realizar la actualización del Manual de Gestión de Riesgos versión 1.0 del Instituto de acuerdo a los nuevos lineamientos impartidos por el DAFP.
- Es importante que los líderes de los procesos revisen el diseño de los controles, asegurando que los mismos se definan de forma adecuada, cumpliendo con siguientes atributos: responsable, segregación y autoridad responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza la actividad de control, que pasa con las desviaciones y la evidencia permita que un tercero pueda verificar la ejecución del control tal como lo realizaría quien lo ejecutó.
- Se recomienda que la política de gestión de riesgos sea integral, donde se incluya el compromiso en la gestión de los riesgos de seguridad digital.
- Se recomienda que al interior de la Entidad se designe un responsable de Seguridad Digital, el cual debe pertenecer a un área que haga parte de la alta dirección.
- Al respecto Planeación Institucional en su rol de segunda línea de defensa, deberá seguir adelantando la gestión tendiente a orientar a las dependencias

en la definición de acciones enfocadas a fortalecer controles ya existentes o a la definición de nuevos, evitando acciones que no generan valor agregado a los procesos. Así como alertar a las dependencias frente a posibles incumplimientos en los términos definidos para el tratamiento de acciones y evitar su vencimiento.

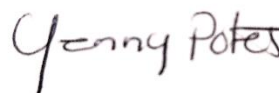
8. PLAN DE MEJORAMIENTO

En atención a los resultados del proceso de auditoría, agotadas las etapas correspondientes y en aras de garantizar el ciclo PHVA se recomienda la elaboración de un Plan de Mejoramiento Institucional en el que se evidencien acciones de mejora en el formato IPSE AU F08 y para ser entregado en los próximos 10 días hábiles

Atentamente,

SAUL
ALBERTO
ROMERO
PIÑEROS

Firmado digitalmente por SAUL ALBERTO ROMERO PIÑEROS
Fecha: 2022.07.07 15:01:08 -05'00'



SAUL ALBERTO ROMERO PIÑEROS
Jefe Oficina de Control Interno

YENNY PAOLA POTES SEGURA
Auditor