

# MEMORANDO



OCI

**20191350131713**

Al responder cite este número

FECHA: Bogotá D.C., mayo 31 de 2019

PARA: **Yaneth Rocío Mantilla Barón**  
Directora General

DE: Jefe Oficina de Control Interno

REFERENCIA: Informe seguimiento a la gestión de riesgos 2019

Respetada doctora Yaneth Rocío:

Reciba un cordial saludo. En cumplimiento del Decreto 648 de 2017 y el Decreto Distrital 215 de 2017, en relación con el destinatario principal de los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones y, en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría 2019, se remite el “Informe de seguimiento a la gestión de riesgos” del Instituto, el cual busca que se implementen las acciones pertinentes frente a las recomendaciones y hallazgos presentados.

De acuerdo con este seguimiento, es necesario a través de la articulación de la Oficina Asesora de Planeación con los responsables y líderes de proceso, que se formule a partir de los hallazgos y recomendaciones evidenciadas, un plan de mejoramiento que contenga las correcciones, las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora, para subsanar la raíz de las deficiencias encontradas, conforme con lo establecido en el procedimiento PR-MC-01 “Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento interno y por procesos”.

De acuerdo con lo establecido en el procedimiento en mención, se cuenta con ocho (8) días hábiles para la presentación del plan de mejoramiento resultado del seguimiento realizado.

Los hallazgos relacionados en el presente informe corresponden a la evaluación de una muestra aleatoria, por lo tanto, es necesario que desde las dependencias/procesos involucrados en la atención de las peticiones se efectúe

1

*Este documento está suscrito con firma mecánica autorizada mediante Resolución No. 55548 de julio 29 de 2015*

# MEMORANDO



OCI

**20191350131713**

Al responder cite este número

una revisión, de carácter general, sobre los aspectos evaluados.

Cordialmente,

**Ismael Martínez Guerrero**

**Jefe Oficina de Control Interno**

Firma mecánica generada en 31-05-2019 10:29 AM

Anexos: Informe seguimiento a la gestión de riesgos 2019  
cc Salvador Mendoza Suarez - Dirección Técnica Administrativa y Financiera  
cc John Alexander Quiroga Fuquene - Oficina Asesora de Planeación  
cc William Orlando Luzardo Triana - Subdirección General de Desarrollo Urbano  
cc Isauro Cabrera Vega - Oficina Asesora de Planeación  
cc Jose Javier Suarez Bernal - Dirección Técnica de Proyectos

Elaboró: Yully Maritza Montenegro Suarez-Oficina De Control Interno

## INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO

### 1. OBJETIVO

Realizar seguimiento a la implementación de la metodología de gestión de riesgos del Instituto, evaluando el diseño y efectividad de los controles definidos y las acciones implementadas frente a los riesgos materializados, de acuerdo con las directrices externas e internas definidas para la gestión de riesgos.

### 2. ALCANCE

Verificar las acciones ejecutadas para la implementación de la metodología de gestión de riesgos, de acuerdo con lo definido en la Matriz de Riesgos de Gestión Institucional, aplicable para la vigencia, haciendo énfasis en la gestión de riesgos inherentes con nivel Extremo y Alto, de los procesos que no son objeto de auditoría de gestión por parte de la OCI, según el Plan Anual de Auditoría 2019 y según las directrices dadas al respecto por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

### 3. CRITERIOS

- DUPE01 Política de administración de riesgos.
- MGPE18 Manual de riesgos.
- PRPE04 Procedimiento Administración del Riesgo.
- INPL010 Instructivo alineación de controles de riesgos.
- Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019.
- Matriz Planes de tratamiento de riesgos de gestión IDU 2017-2018.
- Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas-Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP 2018.

### 4. METODOLOGÍA/DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO:

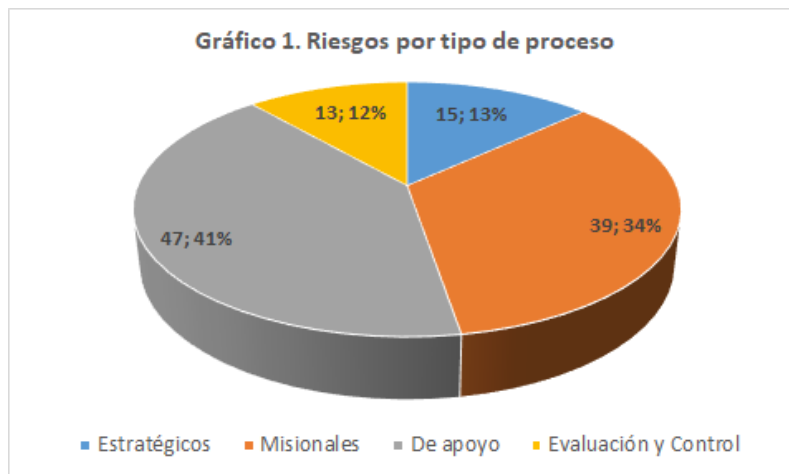
El presente informe, corresponde al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno OCI, a la administración de los riesgos de gestión a los que está expuesto el Instituto, realizado mediante entrevistas al profesional de riesgos de la Oficina Asesora de Planeación-OAP y los responsables de la gestión de riesgos de los procesos objeto de verificación, según la documentación relacionada con gestión de riesgos y la matriz de riesgo institucional, cargada en la intranet, además de las directrices dadas por el DAFP en la *“Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”*.

De acuerdo con la matriz institucional de riesgos, como muestra para este seguimiento, fueron seleccionados los riesgos inherentes con nivel Extremo y Alto, de los procesos que no son objeto de auditoría de gestión por parte de la OCI, según el Plan Anual de Auditoría 2019, correspondiente a 6 riesgos (1 extremo y 5 altos) y 40 controles, a cargo de 5 procesos.

El diseño y la efectividad de los controles, se evaluaron teniendo en cuenta los atributos definidos por el DAFP, para determinar si el control está dirigido a mitigar el riesgo, si cuenta con un responsable y periodicidad definida y si está documentado y socializado, si cuenta con evidencia de implementación y si mitiga el riesgo, conforme al documento Anexo 1. “Matriz de evaluación de riesgos inherentes y controles”.

Para el cumplimiento del objetivo del seguimiento, se realizaron las siguientes actividades:

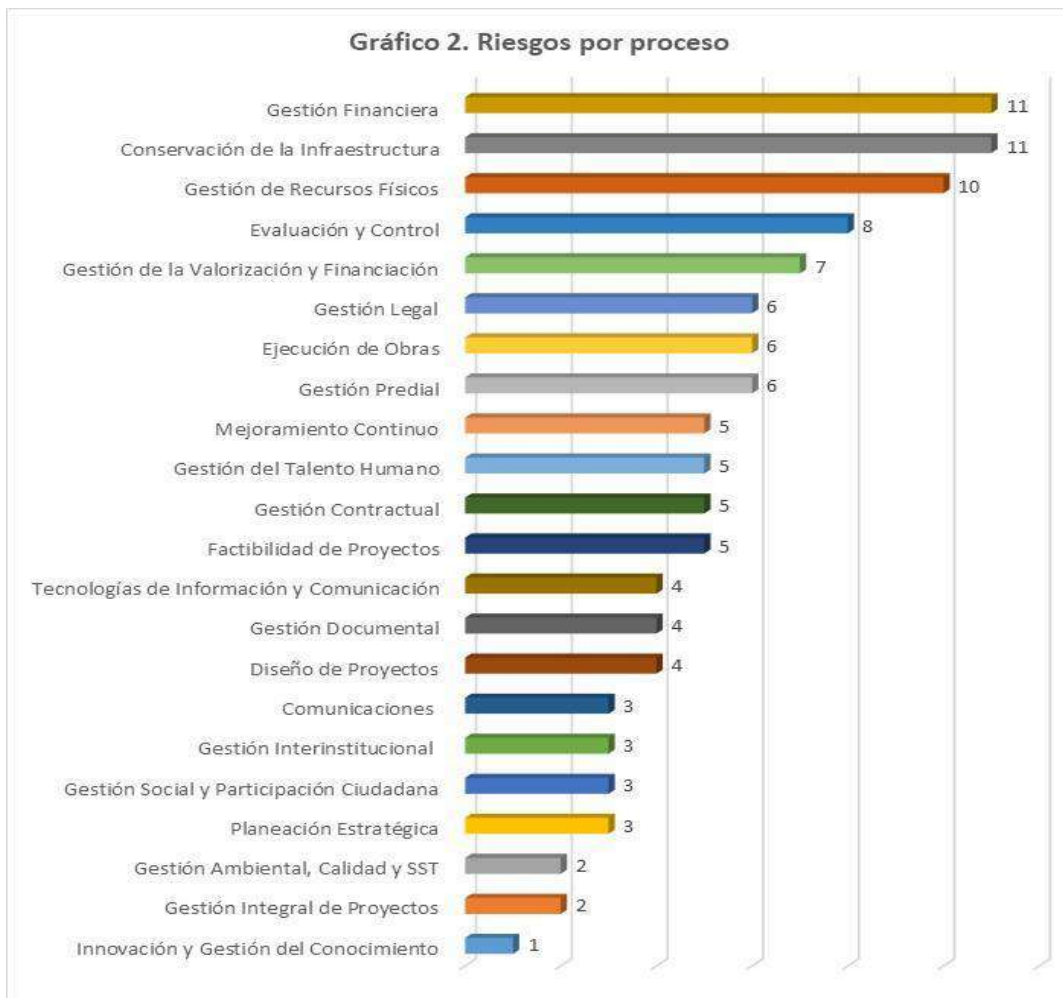
Se inició revisando la Matriz Institucional de Riesgos de Gestión del IDU, de enero/2019, la cual se encuentra estructurada por tipo de proceso (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control) y subdividida para cada uno de los 22 procesos del IDU, así:



Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019

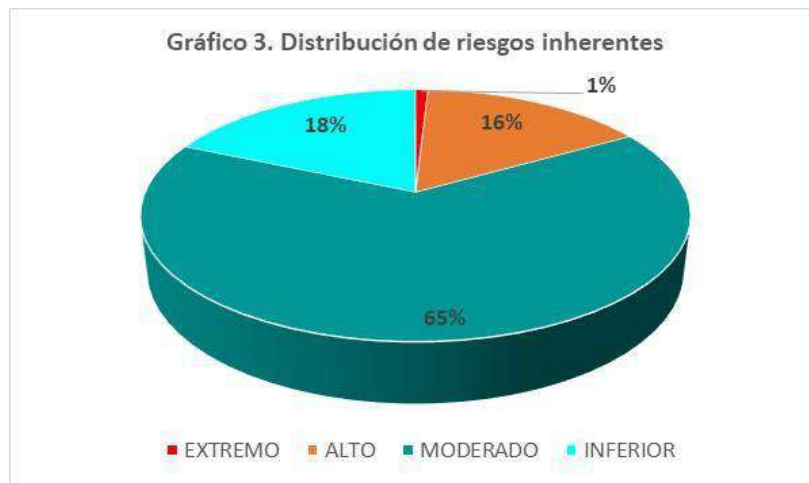
Según el gráfico 1, los riesgos identificados presentan una distribución porcentual correspondiente a 41% en procesos de apoyo, 34% en procesos misionales, 13% en procesos estratégicos y 12% en procesos de evaluación y control. Llama la atención el que, aunque los procesos misionales superan en número a los de apoyo, sólo representan el 34% de los riesgos del Instituto.

Lo anterior se puede evidenciar en el gráfico 2, en el cual se detalla la distribución de los 114 riesgos identificados, para cada uno de los 22 procesos, así:



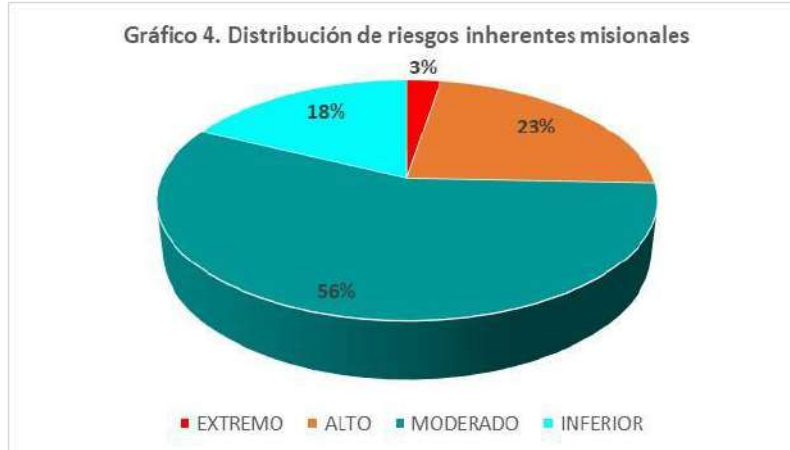
Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019

De acuerdo con el gráfico 3, el 65% de los riesgos inherentes, es decir antes de implementar controles, se encuentran calificados en un nivel de riesgo moderado, el 18% en nivel inferior, el 16% en nivel de riesgo alto y el 1% restante en nivel de riesgo extremo, situación que indica que los procesos del Instituto tienen una mínima proporción de riesgos Extremos y Altos, que requieran gestión para evitar su materialización, situación que es susceptible de revisión y validación al interior de los procesos.



Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019

En concordancia con lo anterior, el gráfico 4 permite evidenciar que los riesgos inherentes de los procesos misionales, equivalentes al 34% de los riesgos institucionales, se encuentran calificados en un nivel de riesgo moderado (56%), en nivel alto (23%), nivel inferior (18%) y en nivel de riesgo extremo (3%).



Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019

Por su parte, según el gráfico 5, el 73% de riesgos residuales se encuentran calificados en un nivel de riesgo inferior y el 27% restante en nivel moderado, dando a entender que tras la implementación de controles, ningún riesgo requiere plan de tratamiento, de acuerdo con lo definido en el MG-PE-018 Manual Operativo de Administración del Riesgo, que define en el numeral 6.5.1, para los niveles de riesgo residual Alto y Extremo: “*No se asume el riesgo en estos niveles por lo que se requiere establecer un Plan de Tratamiento*”.



Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019

Adicionalmente, se evidencia según la siguiente tabla, que 16 riesgos, es decir el 14% del total de riesgos identificados, se mantienen en el mismo nivel de riesgo, tras la implementación de controles, por lo cual se sugiere evaluar los controles definidos, para asegurar su impacto sobre el nivel de riesgo para los siguientes procesos, dado que luego de la aplicación de los controles, no se disminuye lo suficiente la probabilidad o el impacto, o las 2:

**Tabla 1. Riesgos sin efecto tras implementar controles**

PROCESO	CÓDIGO DEL RIESGO	NIVEL DE RIESGO
Planeación Estratégica	G.PE.06	Moderado
Gestión Social y Participación Ciudadana	G.SC.01	Moderado
Ejecución de Obras	G.EO.03	Moderado
Gestión Contractual	G.GC.01	Moderado
	G.GC.02	Moderado
	G.GC.05	Moderado
Gestión Legal	G.GL.02	Moderado
	G.GL.06	Moderado
	G.GL.07	Moderado
Gestión de Recursos Físicos	G.RF.01	Moderado
	G.RF.05	Moderado
	G.RF.06	Moderado
	G.RF.10	Moderado
Tecnologías de Información y Comunicación	G.TI.01	Moderado
Gestión Documental	G.DO.04	Moderado

Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019

Es necesaria la revisión de los controles asociados a los riesgos relacionados en la tabla anterior, pues se podría inferir que, como están diseñados, no generan impacto en la gestión de dichos riesgos.

#### 4.1. Plan de trabajo gestión de riesgos 2019

Como base para la implementación transversal de la metodología para gestión de riesgos, la Oficina Asesora de Planeación OAP, cuenta con un plan de trabajo anual, mediante el cual se realizó la verificación, según los criterios definidos para este seguimiento.

A continuación, de acuerdo con las actividades programadas con corte a abril/2019, se da a conocer el estado de avance de cada actividad, según lo definido en el Plan estructurado así:

Tabla 2. Plan de trabajo gestión de riesgos 2019

PLAN DE TRABAJO GESTIÓN DE RIESGOS 2019		PROMEDIO AVANCE	
No	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL / ACTIVIDAD	FECHA INICIO	FECHA FIN
<b>1.</b>	<b>PLANIFICACIÓN GESTIÓN DE RIESGOS</b>		
1,1	Elaboración del plan de acción gestión de riesgos 2019	31/01/2019	15/02/2019
1,2	Elaborar la Estrategia de Riesgos de Corrupción (PAAC)	1/01/2019	31/01/2019
1,3	Elaborar y enviar memorandos de comunicación del Plan de Acción de riesgos a las dependencias, en cuanto a sus responsabilidades	15/02/2019	28/02/2019
1,4	Ajuste metodológico: Alineación con guía riesgos DAFP: Manual de riesgos	1/03/2019	30/04/2019
<b>2</b>	<b>CONTEXTO ESTRATÉGICO</b>		
2,1	Gestión con las dependencias para la revisión del contexto estratégico	1/05/2019	31/05/2019
2,2	Consolidación del Contexto estratégico (22 procesos)	1/06/2019	15/06/2019
2,3	Identificación, actualización y gestión de oportunidades	15/05/2019	28/06/2019
<b>3</b>	<b>MONITOREO A LOS RIESGOS</b>		
3,1	Consolidación y publicación de la matriz de riesgos Enero 2019	2/01/2019	31/01/2019
3,2	Consolidación y publicación de los seguimientos de las matrices de riesgos 2019 (gestión, corrupción, Seg.In f)	24/04/2019 28/08/2019 18/12/2019	06/05/2019 06/09/2019 08/01/2020
3,3	Gestión con las Dependencias para elaboración de las matrices de riesgos 2020.	1/11/2019	30/11/2019
3,4	Consolidación y publicación de las Matrices de Riesgos 2020.	1/12/2019	6/12/2019
<b>5</b>	<b>COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN</b>		
5,1	Sensibilización al equipo operativo SIG del Plan de Acción Riesgos de la vigencia	12/02/2019	30/02/2019
5,2	Sensibilización de la Metodología y la gestión de riesgos IDU. (Eq. Operativo)	1/05/2019	15/05/2019
<b>6</b>	<b>POLÍTICA DE RIESGOS</b>		
6,1	Informe de Seguimiento y Medición de la Política de Riesgos	1/10/2019	6/12/2019

Fuente: Oficina Asesora de Planeación



**Actividad 1. Planificación gestión de riesgos.** Para el cumplimiento de esta actividad se han programado 4 acciones, entre enero y abril de 2019, de las cuales se identificó:

1.1 Elaboración del plan de acción gestión de riesgos 2019: el cual fue suministrado como insumo para la verificación por parte de la OCI y con base en el cual la OAP implementa diferentes actividades de manera transversal durante la vigencia.

1.2 Elaborar la Estrategia de Riesgos de Corrupción (PAAC): esta estrategia fue documentada como parte del “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2019”, aprobado el 31/01/2019, en el capítulo 7, el cual contiene objetivo, diagnóstico, recursos, política de riesgos y medidas frente al mapa de riesgos de corrupción y para el cual se tuvieron en cuenta las observaciones realizadas por las dependencias, según solicitud realizada a través de Boletín Informativo del 08/01/2019.

1.3 Elaborar y enviar memorandos de comunicación del Plan de Acción de riesgos a las dependencias, en cuanto a sus responsabilidades: mediante memorando 20191150028983 remitido a Subdirectores Generales, Jefes de Oficina, Directores Técnicos y Subdirectores Técnicos, el 20/02/2019, se dio a conocer las fechas y los entregables asociados a las dependencias acerca de riesgos de gestión y riesgos de corrupción.

1.4 Ajuste metodológico. Alineación con guía riesgos DAFP: Manual de riesgos: se evidenció que se cuenta con el proyecto de modificación del Manual de Riesgos y los formatos para gestión de riesgos, según los lineamientos definidos en la “*Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas*”, del Departamento Administrativo de la Función Pública, los cuales abarcan aspectos como la adecuada descripción de controles. No obstante, esta actividad se proyectó para el 30/04/2019 y dichos documentos no han sido formalizados, por lo que esta actividad será cumplida de manera extemporánea.

Por su parte, los riesgos no se encuentran clasificados según el tipo de riesgo, es decir, no es claro cuáles son los riesgos estratégicos, financieros, sociales, técnicos, entre otros, que podrían ser aplicables para el Instituto, de acuerdo con lo definido en el numeral 8 Tipos de riesgos, del DUPE01 Política de Administración del Riesgo.

En concordancia con lo anterior, se estableció que buena parte de los riesgos, se encuentran enmarcados en aspectos operativos, sin hacer mención de aspectos estratégicos, que podrían afectar el normal funcionamiento y la eficiencia de las operaciones del Instituto.

**Actividad 2. Contexto estratégico.** Para el cumplimiento de esta actividad, se han programado 3 acciones, para ser ejecutadas entre mayo y junio de 2019, para las cuales se sugiere definir el contexto tanto interno como externo del Instituto, además del contexto de cada proceso, según los lineamientos del DAFP.

**Actividad 3. Monitoreo a riesgos.** Para el cumplimiento de esta actividad se programaron 3 acciones entre enero y diciembre de 2019; las siguientes ejecutadas a mayo:

3.1 Consolidación y publicación de la matriz de riesgos enero 2019: esta actividad fue cumplida en enero/2019, de acuerdo con la gestión realizada en conjunto con las dependencias del Instituto, con corte a 2018.

3.2 Consolidación y publicación de los seguimientos de las matrices de riesgos 2019: de acuerdo con las matrices publicadas en enero/2019, se programó el seguimiento por parte de las dependencias, antes del 06/05/2019, fecha para la cual, no se contaba con la información consolidada para verificar si todos los procesos cumplieron oportunamente.

**Actividad 4.** El plan de trabajo no cuenta con desglose para esta actividad, por lo que se sugiere revisar y realizar el ajuste correspondiente, para que la numeración sea continua.

**Actividad 5. Comunicación y divulgación.** Para el cumplimiento de esta actividad se programaron 2 acciones entre febrero y mayo de 2019, la siguiente ejecutada durante esta actividad de seguimiento:

5.1 Sensibilización al equipo operativo SIG del Plan de Acción Riesgos de la vigencia: como parte de las actividades desarrolladas con el equipo operativo SIG, durante febrero se realizó la sensibilización del plan de trabajo, soportando lo definido en el memorando 20191150028983 remitido el 20/02/2019, mencionado anteriormente.

**Actividad 6. Política de Riesgos.** La actividad relacionada involucra el Informe de Seguimiento y Medición de la Política de Riesgos, programada para diciembre/2019. No obstante, aunque la Política de Riesgos fue revisada recientemente, se sugiere incorporar las directrices al respecto, definidas por el DAFP, asegurando que la Política sea interiorizada y medible y que, como parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se retroalimenten y controlen periódicamente los resultados en gestión de riesgos, que aporten a su cumplimiento.

#### 4.2. Verificación del diseño y efectividad de los controles.

De acuerdo con la muestra seleccionada, se verificó el diseño y efectividad de los controles definidos, con los responsables correspondientes, en los procesos mencionados a continuación, teniendo en cuenta la información suministrada por la OAP:

Tabla 3. Relación de riesgos en nivel extremo y alto evaluados.

Proceso	Cód. Riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente
Factibilidad de Proyectos	G.FP.01	Cambios de directrices en los proyectos en las etapas de pre factibilidad y factibilidad.	Alta	Moderado	12 ALTO
Factibilidad de Proyectos	G.FP.05	Que se termine el plazo de ejecución contractual sin que la factibilidad sea aprobada por la Interventoría	Alta	Mayor	16 EXTREMO

Proceso	Cód. Riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente
Gestión de Recursos Físicos	G.RF.3	Indisponibilidad de los bienes o servicios a cargo de la STRF por retrasos en la contratación de los mismos.	Alta	Moderado	12 ALTO
Planeación Estratégica	G.PE.01	Priorización deficiente de proyectos a incorporar en la programación presupuestal	Alta	Moderado	12 ALTO
Gestión Interinstitucional	G.IN.03	Incumplimiento de los convenios o acuerdos suscritos con las Empresas de Servicios Públicos.	Alta	Moderado	12 ALTO
Gestión Integral de Proyectos	G.GI.01	No registrar información de manera oportuna y/o registrar información inexacta o incompleta del desempeño de los proyectos en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos ZIPA	Posible	Mayor	12 ALTO

Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019

El resultado de la verificación, se encuentra consolidado en el Anexo 1. “Matriz para validar los riesgos inherentes y controles”, con base en el cual es necesario que se tengan en cuenta las recomendaciones realizadas, no solo para esta muestra, sino de manera correctiva para todos los riesgos relacionados en la matriz de riesgos institucional.

No obstante, a continuación, se mencionan los aspectos más relevantes de la revisión realizada a los controles relacionados anteriormente:

- Se observaron controles que se encuentran relacionados con procedimientos, manuales, guías y documentos, por lo tanto, se considera necesario su revisión, teniendo en cuenta la “*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*” del DAFP, ya que en el numeral 3.2.2 Valoración de los controles – diseño de controles, ¿Cómo defino o establezco un control que mitigue el riesgo?, describen que: “(…) *El solo hecho de establecer un procedimiento o contar con una política por sí sola, no va a prevenir o detectar la materialización del riesgo o una de sus causas (…)*”.
- Se evidenciaron controles sin frecuencia, ni responsable específico, por lo que es necesario, incorporar el detalle de éstos, en la matriz de riesgos.
- Se encontró que, se establecen controles que se encuentran asociados al cumplimiento de convenios, donde éstos dependen de la ejecución de terceros, lo que no permite al responsable del proceso tener el debido control sobre las actuaciones de los mismos.
- Se observó que algunos controles dependen de la información reportada en sistemas de información, los cuales pueden encontrarse desactualizados, por lo tanto, para establecer este tipo de controles, se debe asegurar la actualización constante de los mismos para poder ser usados para este fin.

#### 4.3. Plan de tratamiento de riesgos.

Como se mencionó anteriormente, tras la implementación de controles, ningún riesgo se encuentra en nivel Extremo o Alto, por lo que no se cuenta con plan de tratamiento, según lo definido en el MG-PE-018 Manual Operativo de Administración del Riesgo, que define en el numeral 6.5.1, para los niveles de riesgo residual Alto y Extremo: “*No se asume el riesgo en estos niveles por lo que se requiere establecer un Plan de Tratamiento*”.

No obstante, es necesario verificar la documentación cargada en intranet, toda vez que aún aparece la Matriz de planes de tratamiento 2017-2018, la cual contiene planes de tratamiento para 3 procesos, los cuales ya no aplican para esta vigencia, toda vez que, de acuerdo con la actual Matriz Institucional de Riesgos, no hay riesgos en nivel Extremo o Alto.

#### 4.4. Materialización de riesgos.

Según la verificación realizada, se evidenció materialización de los riesgos correspondientes a los procesos de Gestión Integral de Proyectos (G.GI.01) y Factibilidad de Proyectos (G.FP.01); sin embargo, no se cuenta con evidencias de reporte, ni tratamiento de los mismos, según lo definido en el MG-PE-18 Manual de Riesgos.

Tabla 4. Relación de riesgos materializados

Proceso	Cód. Riesgo	Observación
Gestión Integral de Proyectos	G.GI.01 No registrar información de manera oportuna y/o registrar información inexacta o incompleta del desempeño de los proyectos en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos ZIPA	Según el Tablero de Control el Sistema de Información ZIPA, se evidenció con corte al 10/05/2019, que de 67 contratos que se encuentran en ejecución, 21 (31%) presentan reporte de avance desactualizado, lo cual permite evidenciar que el riesgo se ha materializado, puesto que no se ha realizado el cargue oportuno de acuerdo con el estado de cada proyecto en ZIPA.
Factibilidad de Proyectos	G.FP.01 Cambios de directrices en los proyectos en las etapas de pre factibilidad y factibilidad.	Teniendo en cuenta como el riesgo se encuentra descrito, se observa que éste se ha materializado, pues con cualquier solicitud de cambio de trazado de la vía, significa un cambio de directriz como la situación que se presentó para las pre-factibilidades desarrolladas para la Av. Suba y la de la Alameda porvenir.

Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019 y del seguimiento realizado

Al respecto, se encontró que debido a que estos riesgos se encuentran en nivel inherente moderado/ bajo, no cuentan con plan de tratamiento, por lo que los procesos no han tomado acciones para minimizar su impacto, siendo necesario, que desde la OAP se evalúen este tipo de riesgos, puesto que su materialización implica mayores niveles de probabilidad o impacto, o en su defecto, se realice una revisión del alcance de la política de administración de riesgos en este sentido.

Adicionalmente, los riesgos materializados no están siendo reportados a la OAP, sino hasta su monitoreo; sin embargo, no es claro de qué forma se debe realizar el reporte, según lo definido en el numeral 6.7 Gestión de eventos de riesgos materializados, del MG-PE-018 Manual Operativo de Administración del Riesgo.

Por su parte, de acuerdo con el seguimiento realizado por parte de las dependencias y según la información suministrada por la OAP, se reportaron los siguientes riesgos materializados:

Tabla 5. Reporte de riesgos materializados

PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO
12. DISEÑO DE PROYECTOS	G.DP.02 G.DP.04 G.DP.06
13. EJECUCIÓN DE OBRAS	G.EO.01 G.EO.04
14. CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	(DTM) G.CI.07 G.CI.08
19. GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	G.RF.06
21. GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicación TIC	G.TI.03 G.TI.07 G.TI.11
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

Según la tabla anterior, se evidenciaron dos situaciones, una de ellas es que se reportó, por el proceso de Gestión de Recursos Físicos, el riesgo G.RF.06 como materializado, este riesgo se encuentra calificado tanto en inherente como residual en un nivel moderado, lo que refuerza la necesidad de evaluar los controles para asegurar su impacto sobre el nivel de riesgo y evitar su materialización.

La segunda situación, es que los riesgos materializados identificados durante el seguimiento por parte de la OCI, no están siendo reportados por cada dependencia a la OAP. Es importante tener en cuenta lo descrito en el numeral 3.3 Monitoreo y Revisión, de la “Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”, en el cual se especifican los roles, responsabilidades y alcances de cada una de las líneas de defensa, con el fin de asegurar la adecuada implementación de la metodología de gestión de riesgos.

Resultado del seguimiento realizado, no se encontró evidencia de materialización de los siguientes riesgos:

Tabla 6. Relación de riesgos no materializados

Proceso	Cód. Riesgo	Observación
Planeación Estratégica	G.PE.01 "Priorización deficiente de proyectos a incorporar en la programación presupuestal"	De acuerdo con la información suministrada por la OAP, no se evidenció materialización del riesgo.  No obstante, se evidenciaron para 2018 proyectos que no fueron ejecutados en su totalidad, como: Av. Centenario AC 13 (4%), Avenida longitudinal de Occidente (1%), correspondientes al rubro 1002; Av. Circunvalar - Av. Cerros (77%), Valorización AC.180/05 (23%); generando incertidumbre al respecto de las razones de éstos mínimos valores de ejecución.
Gestión Interinstitucional	G.IN.03 "Incumplimiento de los convenios o acuerdos suscritos con las Empresas de Servicios Públicos".	En términos generales, no se encontró evidencia de materialización del riesgo, aun cuando durante su ejecución se toman las acciones correspondientes frente a las desviaciones encontradas. No obstante, es recomendable evaluar la descripción del mismo, entendiendo que el objetivo del proceso se encuentra enfocado en actividades de coordinación interinstitucional, para apalancar los proyectos del IDU, por lo que el riesgo no puede ser una negación del objetivo del proceso.
Factibilidad de Proyectos	G.FP.05 "Que se termine el plazo de ejecución contractual sin que la factibilidad sea aprobada por la Interventoría"	Se evidenció que el área utiliza diferentes mecanismos para evitar la materialización del riesgo, como el de suspender o prorrogar los contratos, entre otras acciones, lo que permite que el contratista entregue los productos antes de finalizar el contrato.
Gestión de Recursos Físicos	G.RF.03 "Indisponibilidad de los bienes o servicios a cargo de la STRF por retrasos en la contratación de los mismos."	No se encontró evidencia de materialización de este riesgo. El área establece planes de contingencia cuando se prevé que se puede materializar el riesgo.

Fuente: Creación propia de la OCI, tomado de la Matriz de Riesgos Institucional IDU - enero 2019 y del seguimiento realizado

#### 4.5. Indicador de gestión de riesgos

Por su parte, al verificar los indicadores de gestión de riesgos, se evidenció que se cuenta con el indicador 11511 "Administración de Riesgos", cuyo objetivo es "*Implementar el plan de acción anual para la administración de riesgos (...)*", que, de acuerdo con el reporte del primer trimestre, presentó un resultado de 100%, cuyo análisis indica: "*De acuerdo al plan de acción se llevaron a cabo las actividades de planificación anual, identificación, monitoreo de riesgos y sensibilización*".

No obstante, no se cuenta con un indicador que permita conocer los resultados en torno a la gestión de riesgos institucional, de acuerdo con el impacto de los controles y acciones de tratamiento definidas, además de los objetivos específicos, según lo establecido en el numeral 7. Objetivos, del DUPE01 Política de Administración del Riesgo.

Adicionalmente, no se evidenció de qué forma se mide y evalúa el cumplimiento de la Política de Riesgos.

#### 4.6. Seguimiento a Acciones de Planes de Mejoramiento.

Se efectuó seguimiento a la efectividad de las acciones a cargo de la OAP que se encuentran en estado terminado, derivadas de hallazgos/ no conformidades evidenciadas en auditorías y seguimientos realizados anteriormente. A continuación, se presentan los resultados del seguimiento realizado:

Tabla 7. Evaluación de efectividad de acciones terminadas

Acción	Hallazgo	Acción	Observación
1381		Actualización de las matrices de riesgos de gestión	Durante el seguimiento realizado se evidenció que, aunque se ha realizado actualización de las matrices de riesgos de gestión, se modificó en septiembre de 2018 el manual y se evidenció la socialización realizada, en cumplimiento del plan de mejoramiento formulado.
1382	Se evidenció materialización de los riesgos correspondientes a los procesos de Planeación Estratégica (R.PE.02), Gestión Contractual (R.GC.04 y R.GC.07), Diseño de Proyectos (R.DP.04) y Ejecución de obras (R.EO.04, R.EO.05 y R.EO.08), sin encontrar evidencias de reporte, ni tratamiento de los mismos, según lo definido en la GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados y el formato FOPE11 Gestión de Riesgos Materializados, presentando incertidumbre respecto a la cuantificación de pérdidas, reprocesos, investigaciones, entre otros impactos negativos para los procesos y el Instituto, derivados de la materialización de riesgos.	Modificar la metodología de riesgos: incluyendo una política operacional de oportunidad en el seguimiento a los riesgos de gestión que incluya reporte de eventos materializados, y ajustes a los formatos relacionados.	No obstante, se presentó nuevamente materialización de los riesgos G.GI.01 "No registrar información de manera oportuna y/o registrar información inexacta o incompleta del desempeño de los proyectos en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos ZIPA" y G.FP.01 "Cambios de directrices en los proyectos en las etapas de pre factibilidad y factibilidad", para los cuales no se identificó reporte por parte de las dependencias, según la información enviada por la OAP con corte al 07/05/2019, por lo que los hallazgos relacionados con materialización y reporte de riesgos materializados son reiterativos.
1383		Aplicar una estrategia para socialización y sensibilización a las dependencias sobre los cambios realizados frente a los ajustes metodológicos, con el propósito de generar cultura en el seguimiento periódico a los riesgos Entre las acciones que se deben contemplar están: Sensibilizaciones presenciales, comunicaciones escritas, y comunicaciones informativas.	En consideración de este hecho, se declaran inefectivas las acciones, lo que implica la formulación de un nuevo plan de mejoramiento, para eliminar de raíz la causa del hallazgo detectado como reiterativo.

Acción	Hallazgo	Acción	Observación
1384	Se evidenció que la normatividad relacionada en el normograma y los documentos para la gestión del riesgo se encuentra desactualizada, toda vez que se cuenta con normatividad derogada, contraviniendo lo establecido en el numeral 1.1.6.8 del PR-GL-04 Procedimiento de Actualización y evaluación del Normograma, situación que puede inducir a error o imprecisiones en decisiones o actividades que se adopten para la gestión del riesgo institucional. A continuación, se citan algunos casos en los que se evidenció desactualización de la normatividad relacionada en la documentación de riesgos a cargo del proceso: En el normograma del proceso de Planeación Estratégica no se ha incluido normatividad vigente como: a. Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017. "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública..." b. Decreto 1083 de 2015. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública..." c. Decreto 648 de abril de 2017. "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública". d. Resolución 1080 de 2018. Por la cual se adopta el Manual para la Administración del Riesgo. En el marco normativo del procedimiento PRPE04 Gestión de riesgos IDU, se hace mención de la Resolución 576 de 2014, que adopta el Manual de Administración del Riesgo versión 5.0, sin embargo, el Manual vigente en la versión 7.0, se encuentra adoptado por la Resolución 1080 de 2018.	Actualizar y publicar el normograma de Planeación Estratégica.	
1385		Actualizar el procedimiento de riesgos en cuanto a su normatividad, referenciando adecuadamente el Manual de Riesgo.	Para este hallazgo se encontró que, se efectuó actualización tanto del normograma, de los documentos, como el manual de riesgos y se observó la inclusión de la política en el procedimiento de actualización del normograma, en cumplimiento del plan de mejoramiento formulado.  Sin embargo, al evaluar su efectividad, se evidenció que en la actualidad, el Manual de Administración del Riesgo y los formatos de gestión de riesgos, se encuentran en proceso de revisión, según los lineamientos definidos por el DAFP, por lo que no es posible por el momento evaluar la efectividad de estas acciones.
1386		Inclusión en el procedimiento de actualización del normograma de una política operacional para la frecuencia de actualización del normograma.	



Acción	Hallazgo	Acción	Observación
1514	Se evidenció materialización de los riesgos R.AC.02 “Que la documentación publicada se encuentre desactualizada y/o incompleta” y R.AC.03 “Accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales”, los dos con nivel de riesgo residual Inferior, razón por la que no cuentan con Plan de tratamiento de riesgos materializados, sin encontrar adicionalmente, evidencias de reporte de materialización, incumpliendo lo definido en el numeral 6.4.2 del MGPE018 Manual de administración del riesgo, el numeral 6.3 de la GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados y el numeral 6.1.1 de la NTC ISO 9001:2015; presentando incertidumbre respecto a la adecuada valoración de los riesgos y al impacto de su materialización tanto para el proceso como para el Instituto.	Realizar una sensibilización sobre la política de manejo de la materialización de riesgo para los facilitadores del proceso, por parte del experto en la metodología de riesgos del IDU	Como parte del seguimiento realizado, se evidenció que, aunque se realizó la sensibilización y se ha solicitado por email la actualización de la matriz de riesgos, se presenta nuevamente materialización de riesgos, como se mencionó para el primer hallazgo descrito en esta tabla.
1515	Se evidenció materialización del riesgo RPE01 “Deficiencia en la programación presupuestal”, sin encontrar evidencias de reporte, ni tratamiento del mismo, incumpliendo lo definido en la GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados y afectando el cumplimiento del numeral 6.1.1 de la NTC ISO 9001:2015; presentando incertidumbre respecto al impacto en la ejecución oportuna de proyectos, las metas Plan de Desarrollo, entre otros impactos derivados de la materialización del riesgo. Frente al caso en particular, en el desarrollo de la auditoría, se identificó que para la vigencia 2017, se priorizaron recursos para proyectos que no se ejecutaron, lo cual se pudo evidenciar en el archivo “Saldos sin ejecución vigencia 2017”,	Solicitar por email la actualización de la matriz de riesgos de acuerdo con la materialización evidenciada	En consideración de este hecho, se declaran inefectivas las acciones, lo que implica la formulación de nuevas acciones para eliminar de raíz, la causa del hallazgo identificado como reiterativo.
1527	Se evidenció materialización del riesgo RPE01 “Deficiencia en la programación presupuestal”, sin encontrar evidencias de reporte, ni tratamiento del mismo, incumpliendo lo definido en la GUPE21 Guía para la gestión de eventos de riesgos materializados y afectando el cumplimiento del numeral 6.1.1 de la NTC ISO 9001:2015; presentando incertidumbre respecto al impacto en la ejecución oportuna de proyectos, las metas Plan de Desarrollo, entre otros impactos derivados de la materialización del riesgo. Frente al caso en particular, en el desarrollo de la auditoría, se identificó que para la vigencia 2017, se priorizaron recursos para proyectos que no se ejecutaron, lo cual se pudo evidenciar en el archivo “Saldos sin ejecución vigencia 2017”,	Realizar los ajustes y mejoras en las características y componentes del riesgo RPE01 contemplando el análisis y valoración de los controles para determinar el tratamiento del riesgo que se requiera.	Durante el seguimiento realizado se evidenció que, aunque se modificó el riesgo, se presenta nuevamente materialización de riesgos, como se mencionó para el primer hallazgo descrito en esta tabla.  En consideración de este hecho, se declara inefectiva la acción, lo que implica la formulación de nuevas acciones para eliminar de raíz, la causa del hallazgo detectado como reiterativo.

Acción	Hallazgo	Acción	Observación
	suministrado por la OAP, hecho relacionado directamente con el riesgo identificado, a saber: "Deficiencias en la programación presupuestal", situación atribuida en este caso, a que se proyectaron recursos para la ejecución de proyectos, sin contar con Estudios y Diseños actualizados.		

Fuente: Creación propia de la OCI, tomado del sistema de información CHIE: Planes de Mejoramiento Institucional y del seguimiento realizado

Revisados los instrumentos de gestión de riesgos de la entidad, comparativamente con los lineamientos establecidos por el DAFP, en la *"Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas"*, se recomienda incorporar como parte de la ejecución del Plan de trabajo que viene adelantando la OAP, los siguientes aspectos:

- Estructurar el contexto institucional, tanto interno como externo, según la misionalidad y estrategia del Instituto, considerando los lineamientos definidos por el DAFP.
- Fortalecer el enfoque de las líneas de defensa en los diferentes instrumentos de gestión de riesgos.
- Incorporar la identificación, valoración y tratamiento de riesgos estratégicos, en la matriz de riesgos institucional.
- Realizar tipificación de los riesgos estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento, imagen o reputacional, entre otros aplicables para el Instituto.
- Realizar una descripción clara y precisa de los riesgos, utilizando las preguntas claves definidas en la Guía del DAFP para la identificación de los riesgos, ¿Qué puede suceder?, ¿Cómo puede suceder?, ¿Cuándo puede suceder? y ¿Qué consecuencias tendría su materialización?
- Revisar el diseño de los controles establecidos en la matriz de riesgos, de acuerdo con las variables de responsable, periodicidad, propósito, método, evidencia y tratamiento de desviaciones, formuladas por el DAFP.

## RESPUESTA A OBSERVACIONES SOBRE EL INFORME PRELIMINAR

Mediante correo electrónico del 20/05/2019, se remitió el Informe preliminar de auditoría a la Oficina Asesora de Planeación, como líder de la Gestión del Riesgo institucional y a los responsables de la implementación de controles de los riesgos de las dependencias evaluadas (DTP, SGDU, STRF).

Por su parte, mediante correo electrónico del 22/05/2019 y dentro del término previsto para el efecto, la Oficina Asesora de Planeación, remitió observaciones sobre el mismo, con

base en lo cual, tras la revisión realizada por la Oficina de Control Interno, a continuación, se da respuesta a las consideraciones expuestas:

1. La OAP realiza la siguiente observación: *“Para el reporte de eventos es necesario que se cumplan dos supuestos: el primero, que el evento ocurrido debe estar directamente relacionado con el riesgo sin perjuicios de interpretaciones, es decir que la relación causa-efecto no se preste para ambigüedades de si el hecho presentado está o no asociado al riesgo. Y dos que sí ocurrió el hecho, éste hubiera sido de conocimiento del líder del proceso en los tiempos oportunos para reportarlo en el periodo de seguimiento cuatrimestral. Habrá otros hechos que son detectados solamente en auditoría, en cuyo caso no es exigible un reporte anticipado del evento.*

*Aun así, si se cumplieran los requisitos anteriores el reporte de la materialización lo deben realizar las dependencias, cualquier hallazgo al respecto debería ser del resorte de las áreas que fueron auditadas y del proceso que contiene el riesgo, y no de la competencia de la OAP”.*

Al respecto, es importante mencionar que los dos supuestos en mención, no se encuentran definidos en el Manual, Procedimiento, ni demás documentos relacionados con Gestión del Riesgo; por lo que, teniendo en cuenta, que la labor de auditoría se realiza basada en evidencias verificables, cualquier concepto emitido por la OCI se encuentra sustentado en los criterios definidos para la misma.

No obstante, en relación con el primer supuesto, en la Tabla No. 4 del informe, se realizó la descripción de la situación evidenciada que soporta la materialización del riesgo, según como éstos están definidos en la matriz de riesgos de los procesos mencionados, situación que no daría lugar a interpretaciones, pues hay hechos que soportan las 2 situaciones descritas y guardan correspondencia con la descripción del riesgo.

Frente al segundo supuesto, es necesario precisar que, por la naturaleza de las situaciones descritas, hay evidencia de controles que se aplican, que permite alertar sobre la materialización de los riesgos. Por ejemplo, para el riesgo *“G.GI.01 No registrar información de manera oportuna y/o registrar información inexacta o incompleta del desempeño de los proyectos en el Sistema de Gestión Integral de Proyectos ZIPA”*, se remiten alertas semanales y mensuales sobre los rezagos en el cargue de información en el sistema ZIPA, lo que pone en conocimiento automático, la materialización de este riesgo. Por otro lado, frente al riesgo *“G.FP.01 Cambios de directrices en los proyectos en las etapas de pre factibilidad y factibilidad”*, fue posible identificar la materialización del mismo, a través de actas de reunión y documentos modificadorios en donde se identifica el cambio de trazado a la solicitud inicial.

Frente a la siguiente observación: *“La OCI debería considerar que la posibilidad de que una dependencia no reporte algún evento entre las decenas de riesgos son bastantes altas, ya sea porque lo conocieron o no, o por decisión voluntaria de no reportarlo, en cuyo caso el hallazgo debería recibirlo dicha dependencia y no la OAP, por otro lado,*

*el desgaste operativo para la OAP de estar continuamente realizando planes de mejoramiento para otras dependencias sobre el mismo hallazgo también es alto. Se podrían realizar planes de mejoramiento, pero siempre será la dependencia quien decida si lo reporta o no”, la OCI aclara:*

Frente a lo anterior, es necesario precisar, que si bien el reporte de materialización corresponde a cada dependencia dueña del riesgo, también es claro de acuerdo con el rol de la 2ª Línea de Defensa, que la OAP debe asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa, sean apropiados y funcionen correctamente, además de supervisar la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces, de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 3.3. “Monitoreo y revisión” de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP, que respecto al rol de la 2ª Línea de Defensa, señala: *“Soporta y guía la línea estrategia y la primera línea de defensa en la gestión adecuada de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y sus procesos, incluyendo los riesgos de corrupción a través del establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos, y lleva a cabo un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos. Está conformada por los responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, responsables de sistemas de gestión, etc.)”.*

Finalmente, la OAP indica: *“solicitamos respetuosamente a la OCI, que se retire el incumplimiento señalado frente a la efectividad del plan de mejoramiento de la OAP, o en caso de reiterarse en el hallazgo, la solicitud del plan de mejoramiento debería ser enviado y exigido a la dependencia respectiva por parte directa de la OCI. Por ejemplo, si se deja de ejecutar por parte de una dependencia un control de un procedimiento, el plan de mejoramiento no lo realiza la OAP a pesar del asesoramiento que se hace frente a los procedimientos, caso similar podría afirmarse de los eventos de riesgo, (claro está que cualquier modificación de la matriz, la OAP estará al tanto para su acompañamiento en caso de requerirse)”*

De acuerdo con lo anterior, se aclara que, derivado del seguimiento realizado por la OCI, se identificaron 2 riesgos materializados, además de 6 acciones inefectivas relacionadas con hallazgos por riesgos materializados. No obstante, por decisión de la OCI, se unificaron estos hechos en un mismo hallazgo, que se mantiene, buscando:

- Que por parte de la OAP en las situaciones descritas en este informe, se implementen acciones que eliminen de raíz las causas de la materialización de riesgos, en lo concerniente a la metodología de gestión de riesgos y su efectiva aprehensión e implementación a nivel institucional.
- Que por parte de las dependencias para las cuales se han identificado riesgos materializados, se tomen las acciones correspondientes que permitan controlar el riesgo, evaluando en todo caso, no solo los controles definidos, sino la valoración

inicial de riesgos. Lo anterior, contando con la OAP como asesor, tanto para la formulación de acciones, como para la gestión de riesgos.

Es de precisar que no compete a la OCI, definir qué dependencia/proceso es responsable de formular y ejecutar el plan de mejoramiento, porque este es un ejercicio que se deriva del análisis de causas que sobre los hallazgos identificados se realice. No obstante, se sugiere que este ejercicio sea liderado por la OAP; y en este sentido, se definan los responsables de ejecutar las acciones, con base en el análisis realizado.

Ahora, el 22/05/2019 la Dirección Técnica de Proyectos, remitió correo con comentarios relacionados con la falta de reporte de materialización del riesgo del proceso de Factibilidad de Proyectos G.FP.01 "Cambios de directrices en los proyectos en las etapas de pre factibilidad y factibilidad", describiendo que: *"Este riesgo fue aclarado en el reporte cuatrimestral, para evitar confusión, como se reportó no se materializó el riesgo ya que se aclaró que este hacía referencia a las priorizaciones"*, con base en lo cual, se da a conocer el resultado de la revisión realizada por la OCI:

Es importante aclarar que el seguimiento por parte de la OCI se realizó con corte a 30/03/2019 y durante la visita in situ realizada, el auditor informó acerca de la identificación de la materialización del riesgo, teniendo en cuenta que, como éste se encuentra redactado, constantemente se presentan modificaciones a las características inicialmente establecidas, y que los controles del 1 a 4 no están dirigidos a mitigar el mismo, situación que quedó formalizada mediante acta de reunión del 29/04/2019.

De acuerdo con lo anterior y con lo expuesto por el área en el correo enviado, se evidenció que, con corte a abril, se realizó la modificación del riesgo y sus controles, por lo cual se mantiene la observación asociada con la materialización del riesgo, para que se implementen las medidas necesarias, las cuales serán objeto de seguimiento en próximos ejercicios de auditoría o seguimiento por parte de la OCI.

Adicionalmente, la Subdirección General de Desarrollo Urbano, mediante correo electrónico del 22/05/2019, expresó: *"En atención al asunto de la referencia y revisado el contenido del citado informe, se informa que se atenderá desde la SGDU y la SGI, la observación realizada en la Tabla No. 6 "Relación de Riesgos No Materializados" para el riesgo G.IN.03 "Incumplimiento de los convenios o acuerdos suscritos con las Empresas de Servicios Públicos"*; demostrando estar de acuerdo con el informe preliminar remitido.

## 5. HALLAZGOS

Nº	Criterio	Descripción
H1	<p><b>PRMC01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación y evaluaciones de gestión.</b></p> <p><b>Política Operacional:</b> <i>“El cierre de las acciones, estará supeditado a la eficacia y efectividad de las mismas. De cumplirse la acción definida, pero no identificarse su efectividad, se realizará la cancelación de la acción, lo cual conllevará a la formulación de nuevas acciones”.</i></p> <p><b>Numeral 1.7.1.6</b> Formular Acciones de Mejoramiento: <i>“Formular las acciones del Plan de Mejoramiento, las cuales deben estar encaminadas a corregir la no conformidad o el hallazgo detectado y a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad”.</i></p>	<p><b>Hallazgo N° 1: Inefectividad de acciones de planes de mejoramiento.</b></p> <p>Se evidenció que las acciones identificadas en el aplicativo de planes de mejoramiento CHIE, con código 1381, 1382, 1383, 1514, 1515 y 1527, no fueron efectivas, toda vez que, aunque se encuentran terminadas según lo planeado, los hallazgos han sido reiterativos, incumpliendo lo definido en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PRMC01, situación que podría generar que las consecuencias de dichos hallazgos se incrementen, afectando el normal desempeño del proceso.</p> <p>Las acciones en mención, se encuentran asociadas con hallazgos por materialización de riesgos, sin encontrar evidencias de reporte, ni tratamiento de los mismos, los cuales son reiterativos, razón por la cual se declara la ineffectividad de las mismas, según lo descrito en el numeral 4.6 de este informe de seguimiento.</p>

Frente a la información consignada en este informe, es necesario que la OAP, realice un proceso de autoevaluación y determine, en conjunto con las áreas que requiera, aquellas acciones que deben ser formuladas, frente a los hallazgos reiterativos por acciones evaluadas como ineffectivas y las recomendaciones identificadas por la OCI.

## 6. RECOMENDACIONES

- 6.1. Alinear, formalizar e implementar la metodología y los instrumentos de gestión de riesgos del Instituto, con la *“Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”*, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- 6.2. Implementar como parte de la metodología de gestión de riesgos, los roles, responsabilidades y alcances de cada una de las líneas de defensa.
- 6.3. Realizar un balance de riesgos por proceso y revisar los ajustes correspondientes, teniendo en cuenta la misionalidad del Instituto.

- 6.4. Evaluar los controles definidos para los riesgos que mantienen el mismo nivel de riesgo inherente y residual, según lo definido en la tabla 1.
- 6.5. Tipificar los riesgos estratégicos, financieros, sociales, técnicos, entre otros, aplicables para el Instituto, de acuerdo con lo definido en el numeral 8 Tipos de riesgos, del DUPE01 Política de Administración del Riesgo y la Guía del DAFP.
- 6.6. Definir el contexto tanto interno como externo del Instituto, además del contexto de cada proceso, según los lineamientos definidos en la Guía del DAFP.
- 6.7. Incorporar como parte de la Política de Riesgos, las directrices definidas por el DAFP, asegurando que sea interiorizada y medible y que, como parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se retroalimenten y controlen periódicamente los resultados en gestión de riesgos, que aporten a su cumplimiento.
- 6.8. Realizar una descripción clara y precisa de los riesgos, utilizando las preguntas claves definidas en la Guía del DAFP para la identificación de los riesgos.
- 6.9. Verificar la documentación cargada en intranet, toda vez que aún aparece la Matriz de planes de tratamiento 2017-2018, la cual contiene planes de tratamiento para 3 procesos y ya no aplica para esta vigencia, de acuerdo con la actual Matriz Institucional de Riesgos.
- 6.10. Tomar las acciones correspondientes frente a los riesgos materializados identificados por la OCI y reportados por las dependencias como parte del seguimiento realizado durante el primer cuatrimestre del año.
- 6.11. Evaluar la posibilidad de definir un indicador de gestión que permita conocer los resultados en torno a la gestión de riesgos institucional, de acuerdo con el impacto de los controles y acciones de tratamiento definidas, sobre la estrategia del Instituto y los objetivos de cada proceso.
- 6.12. Definir una herramienta de medición y evaluación del cumplimiento de la Política de Riesgos y de los objetivos específicos, según lo establecido en el documento DUPE01 Política de Administración del Riesgo.
- 6.13. Formular plan de mejoramiento, para las acciones terminadas declaradas como no efectivas, como resultado del seguimiento realizado por la OCI.
- 6.14. Evaluar los controles definidos para la gestión de riesgos, de acuerdo con las observaciones realizadas en Anexo 1. “Matriz para validar los riesgos inherentes y controles”.

- 6.15.** Definir acciones de contingencia que reduzcan el impacto de los riesgos materializados, dirigidas a la conformidad legal, la protección financiera, la gestión de proyectos, la eficiencia en las operaciones, la reputación, entre otros, garantizando que el proceso de gestión del riesgo cree valor y aporte para la toma de decisiones desde el nivel estratégico.

**Original firmado**

**ISMAEL MARTINEZ GUERRERO**  
Jefe de Control Interno

**Original firmado**

**NOHRA LUCIA FORERO CÉSPEDES**  
Contratista Oficina de Control Interno

**Original firmado**

**YULLY M. MONTENEGRO SUÁREZ**  
Contratista Oficina de Control Interno

**Bogotá, mayo 31 de 2019**