

**INFORME SEGUIMIENTO
PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y DEL MAPA DE
RIESGOS
ENERO A JUNIO 30 DE 2016**

PATRICIA BONILLA SANDOVAL
Contralora General de Medellín

EFIGENIA SUESCÚN VEGA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno
Coordinador General del Informe

LEOCADIA HINESTROZA GUERRERO
Profesional Universitario

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

MEDELLÍN, JULIO DE 2016

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVOS	5
1.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
2. METODOLOGIA	6
3. ALCANCE	7
4. RESULTADOS DE AUDITORÍA	8
4.1 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	8
4.2 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL Y DE CORRUPCIÓN	11
5. RECOMENDACIÓN	17
5.1 PLAN DE MEJORAMIENTO	17
5.2 SEGUIMIENTO MONITOREO DE RIESGOS	17

LISTA DE CUADRO

	Pág.
Cuadro 1. Estado del plan de mejoramiento institucional por acciones	9
Cuadro 2. Reporte de acciones por tipo y dependencia a junio 30 de 2016	10
Cuadro 3. Comparativo consolidado mapa de riesgos Institucional 2015-2016 31	11
Cuadro 4. Número de riesgos por niveles	12
Cuadro 5. Análisis de los riesgos según probabilidad e impacto	13
Cuadro 6. Análisis de los riesgos según la zona	13
Cuadro 7. Valoración de probabilidad e impacto de los riesgos de la entidad después de controles	14
Cuadro 8. Valoración de la zona de los riesgos de la entidad después de Controles	15
Cuadro 9. Riesgos por Tipo de impacto	16

INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno en desarrollo del plan táctico vigencia 2016, de conformidad con las atribuciones establecidas en el Decreto 1537 de 2001, frente a su rol de Asesoría y Acompañamiento y de Seguimiento y Evaluación determinados en la normativa vigente, realizó seguimiento al monitoreo a los riesgos de los procesos, como también, seguimiento al avance del cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, dentro del periodo comprendido entre 01 de enero al 30 de junio de esta anualidad.

El resultado de este seguimiento será presentado ante el Comité Coordinador de Control Interno de la entidad, para la definición de las acciones pertinentes, y hace parte de los elementos de entrada para la Revisión por la Dirección para el Sistema de Gestión de la Calidad.

El marco legal o criterios utilizados para efectos del seguimiento anunciado, corresponden a los siguientes:

- Ley 87 de 1993, estableció que todas las entidades públicas, debían organizar e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación, con miras a garantizar la integralidad y efectividad en el ejercicio de las funciones y el buen uso de los recursos públicos.
- Decreto 1537 de 2001, reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993, define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir desviaciones y el rol de la Oficina de Control Interno.
- Guía para la Administración del Riesgo del DAFP.
- Decreto 943 de mayo 21 de 2014, por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI.
- Política de Administración del Riesgo de la Contraloría General de Medellín, contenida en la Resolución 203 de 2014, sobre Administración del Riesgo y Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Promover el desarrollo eficiente de los procesos en la entidad, a través de la Realización del seguimiento de las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional; esto es, determinar el nivel de avance y la eficacia global, al igual que la eficacia de los controles establecidos sobre los riesgos identificados y valorados para cada proceso.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la efectividad de las acciones en el cumplimiento de las actividades programadas, a través de la adopción y cumplimiento de las acciones de mejora continua: correctivas, preventivas, notas de mejora y el tratamiento del producto no conforme.
- Verificar el cumplimiento o avance de las acciones de mejora, contempladas en el plan de mejoramiento de los procesos auditados durante la presente vigencia.
- Verificar los soportes, evidencias, documentos, procedimientos o cualquier otro medio de prueba, que demuestre acciones de mejora para el cumplimiento del plan de mejoramiento vigencia 2016.
- Presentar un informe de avance de la aplicación de acciones de mejoras en el plan de mejoramiento propuesto para la vigencia 2016.
- Evaluar la efectividad del seguimiento y monitoreo que realizan los líderes de los procesos a sus riesgos, como parte del autocontrol.
- Obtener evidencias del funcionamiento del sistema de administración del riesgo, el nivel de cumplimiento de los controles asociados a los riesgos, y el tratamiento dado a los mismos.

2. METODOLOGIA

El presente informe tiene como primer alcance, el seguimiento al Plan de mejoramiento institucional, verificando el avance de las acciones, tanto en fechas de implementación como de la eficacia de las acciones esperadas, para cada una de ellas, y efectuar seguimiento a las acciones de mejora correspondientes a los hallazgos formulados por la Auditoría General de la República, bajo responsabilidad de los líderes de las áreas que generaron el compromiso, quienes suministran la información y los soportes para dicho seguimiento.

Como segundo aspecto, verificar lo establecido en la Resolución 203 de 2014, sobre la política de riesgos de la entidad, en los procesos y procedimientos; al igual que los términos determinados en la Guía de Administración del Riesgo del DAFP.

Frente a estos asuntos, la Oficina Asesora de Control Interno con base a la verificación enunciada, elaborará un informe que refleje la gestión adelantada y el cumplimiento del plan, tanto en tiempo como en sus acciones identificadas y realizadas para subsanar las causas de los hallazgos, recomendaciones u observaciones, según corresponda.

El presente informe se soporta en la información hallada en ISOLUCION, la suministrada por los responsables de implementar las mejoras suscritas, y con las evidencias o registros que reposan en MERCURIO.

3. ALCANCE

Comprende las acciones preventivas, correctivas y notas de mejora programadas desde enero 1 a junio 30 de 2016, producto de las recomendaciones de la Oficina Asesora de Control Interno, ICONTEC, y de la Auditoría General de la República.

Igualmente comprende el monitoreo a los 69 riesgos identificados para los 18 procesos de la entidad, incluyendo los de corrupción.

4. RESULTADOS DE AUDITORÍA

A continuación se describe lo observado en el seguimiento efectuado, producto de entrevistas, verificaciones documentales, y registros informáticos en los aplicativos MERCURIO, ISOLUCION - módulo MEJORAMIENTO.

4.1 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

El objetivo de emprender las acciones de mejoramiento en una entidad, tiene como finalidad corregir las desviaciones encontradas en la gestión de las diferentes operaciones que se desarrollan en los procesos, las cuales son generadas como consecuencia de las evaluaciones realizadas, en procura del cumplimiento de los objetivos institucionales.

Con el proposito anterior, la entidad a traves del aplicativo Isolución - modulo Mejoramiento, lleva el control del mejormiento continuo, que integra las acciones correctivas, preventiva y notas de mejora, producto de las diferentes auditorias internas, de entes de control externo, ICONTEC, proceso de autoevaluación y de mejoras propuestas por líderes.

A fin de operativizar el plan de mejoramiento institucional es indispensable sensibilizar el manejo de la herramienta Isolución a los directivos de la entidad, para que asuman el análisis de las causas que originan la recomendación o hallazgo, y directamente adelanten la propuesta de acciones de mejora con sus respectivos compromisos, seguimiento y registros de los correspondientes soportes, al igual que la valoración de la eficacia.

Es necesario anotar, que en el informe de la Evaluación del Sistema de Control Interno a diciembre de 2015, el Plan de Mejoramiento Institucional contaba con 72 acciones, de las cuales se encontraban cerradas 62, y abiertas 10, para una eficacia global del 92.8%.

A junio 30 de esta anualidad, el plan de mejoramiento institucional cuenta con 56 acciones de mejora, distribuidas así: una acción correctiva, dos (2) preventivas y 53 notas de mejora; el avance del cumplimiento de este plan presenta una eficacia global promedio del 61.25%. Correspondiéndole a las Acciones Correctivas un 100%, a las Acciones Preventivas un 50%, y a las Notas de Mejora un 33.76%, veamos:

Cuadro 1. Estado del plan de mejoramiento institucional por acciones

Tipo de Acción	Estado		Total general	% Avance
	Abierta	Cerrada		
Acción correctiva		1	1	100
Acción preventiva	1	1	2	50
Notas de mejora *	51	2	53	33,76
Total general	52	4	56	61,25

Fuente: Modulo de Mejoramiento aplicativo ISOLUCION a junio 30 de 2016

Es de anotar, que como valor agregado a la implementación de las acciones de mejora del plan institucional, la Oficina Asesora de Control Interno durante este semestre, ha emprendido una labor de asistencia y acompañamiento, validando las acciones propuestas por los líderes de los procesos, a fin de garantizar, que las acciones propuestas si impacten realmente las causas que la originaron.

Las dependencias que tienen acciones correctivas, preventivas o notas de mejora por implementar, reportadas en el aplicativo Isolución a junio 30 de 2016, son:

Cuadro 2. Reporte de acciones por tipo y dependencia junio 30 de 2016

Tipo de reporte/ Dependencia	Acción Correctiva	Acción Preventiva	Notas de Mejora	Totales
Secretaría General	—	—	4	4
Subcontraloría	—	1		1
Oficina Asesora de Comunicaciones	—	—	1	1
Contraloría Auxiliar de Recursos Físicos y Financieros	—	—	36	36
Contraloría Auxiliar de Talento Humano	—	—	3	3
Contraloría Auxiliar Participación Ciudadana	—	—	1	1
Contraloría Auxiliar Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	—	—	5	5
Contraloría Auxiliar de Movilidad y Transporte	—	—	1	1
Totales	—	1	51	52

Fuente: Modulo de Mejoramiento aplicativo ISOLUCION a junio 30 de 2016.

De las cincuenta y dos (52) acciones reportadas en el cuadro anterior, corresponden: 31 a Auditorías Internas de la Oficina Asesora de Control Interno; 3 observaciones de ICONTEC; por Auditorías de Calidad 3, y 15 hallazgos reportados por la de la Auditoría General de la República.

Respecto al avance del plan de mejoramiento de la Auditoría General de la República, a junio 30, tenemos que, de los 15 hallazgos reportados, se propuso 25 acciones de mejora, que a esa fecha les fue reportado un avance de cumplimiento del 26%.

4.2 MAPA DE RIESGOS INSTUCIONAL Y DE CORRPUCIÓN

Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos identificados en los procesos de la entidad, es la base para un excelente resultado de la gestión institucional. Lo que permite, que la entidad mantenga el control de aquellos eventos negativos, tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos.

Con esta finalidad, la entidad tiene establecida una política de administración de sus riesgos en el Manual de Políticas de Operación, y reglamentada en la Resolución 203 de diciembre 19 de 2014.

A diciembre 31 de 2015, la entidad tenía identificado 79 riesgos, de los cuales (5) eran de corrupción. Para la vigencia 2016, a junio 30, el mapa de riesgos institucional contempla 69 riesgos incluyendo 5 de corrupción, para una variación de 10 riesgos menos frente al año inmediatamente anterior, mientras que los riesgos de corrupción permanecen iguales, veamos:

Cuadro 3. Comparativo consolidado mapa de riesgos institucional 2015-2016

Procesos	2015		2016		Diferencia
	Cantidad de Riesgos	Corrupción	Cantidad de Riesgos	Corrupción	
Apoyo Intitucional	2		2		igual
Autoevaluación institucional	3		3		igual
Comunicación Publica	2		2		igual
Consolidación de la Información	1		1		igual
Evaluación y Seguimiento	4		7	1	aumento
Gestión de Recursos Físicos y de Servicios	3	1	3		igual
Gestión de Bienes y servicios	4		5	1	aumento
Gestión Documental	3		2		disminuyo
Gestión Financiera	9		4		disminuyo
Gestión Jurídica	4		3		disminuyo
Gestión Talento Humano	17		14		disminuyo
Gestión Tecnología de la Información	5		5		igual
Participación ciudadana	3	1	2	1	igual
Planeación Institucional	3		3		igual
Proceso Auditor	6	1	6	1	igual
Rendición de la cuenta	1		1		igual
Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	6	2	4	1	disminuyo
Sanciones Fiscales	3		2		disminuyo
Total General, incluido corrupción	79	5	69	5	10

Fuente: Mapa de riesgos institucional a junio 30 de 2016

De los sesenta y nueve (69) riesgos que tiene identificados la entidad, (64) son institucionales; esto es, dan cuenta de los riesgos a que está expuesta la entidad y que pueden afectar el cumplimiento de su misión y los objetivos de la misma. A su vez, se evidencia, que la mayoría de ellos (38), son riesgos identificados en el nivel de apoyo, así:

Cuadro 4. Número de riesgos por niveles

Niveles	No. Riesgos	De corrupción
Estratégico	6	-
Misional	15	3
Apoyo	38	1
Evaluación	10	1
Total Riesgos incluidos los de corrupción	69	5

Fuente: Mapa de riesgos institucional a junio 30 de 2016

Es de anotar, que durante este primer semestre 2016, todos los procesos de la entidad tienen definidos los controles para prevenir la probabilidad de ocurrencia y mitigar el impacto ante un evento; al igual, que las acciones de control con su respectivo indicador de análisis.

De acuerdo a la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública, adoptada por la entidad en la citada Resolución 203, los riesgos identificados en la entidad evidencian a junio 30, lo siguiente:

Etapas de análisis del riesgo: Esta etapa corresponde al riesgo inherente, sin controles. Aquí se establece la probabilidad de su ocurrencia, así como el Impacto en función a las consecuencias que puede ocasionar a la entidad la materialización del mismo; ubicando el riesgo en un rango de impacto de: menor, moderado, mayor y catastrófico; y en una probabilidad de raro, improbable, posible, probable y casi seguro.

La Probabilidad se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo y se mide con criterios de frecuencia, cuyo resultado lo ubica en una zona de riesgo como: baja, moderada, alta y extrema.

Cuadro 5. Análisis de los riesgos según probabilidad e impacto

Impacto	Probabilidad						Total General
	Raro (1)	Improbable (2)	Posible (3)	Probable (4)	Casi Seguro (5)	N.A.	
Insignificante (1)			1				1
Menor (2)		4	6	3			13
Moderado (3)		3	10	9	2		24
Mayor (4)	1	1	8	9	8		27
Catastrófico (5)			1	1	1		3
N.A.						1	1
Total general	1	8	26	22	11	1	69

Fuente: Mapa de riesgos institucional a junio 30 de 2016

En este análisis se observa: que, de los **69** riesgos, **48** se encuentran ubicados en una **probabilidad** de ocurrencia **Posible y Probable**; y dentro de un **Impacto Moderado y Mayor** se encuentra **51**.

Estos resultados se llevan a otro análisis para efectos de ubicarlos en una **zona de riesgos** de: extrema, alta, moderada o baja; donde, de los **69** riesgos identificados y valorados, **54** se encontraron en **zona de riesgo extremo y alto**, es decir, un 80% de los riesgos, observemos el siguiente cuadro:

Cuadro 6. Análisis de los riesgos según la zona

Procesos	Zona de riesgo				Total
	Extrema	Alta	Moderada	Baja	
Apoyo Intitucional	2				2
Autoevaluación institucional	2	1			3
Comunicación Pública	1				1
Consolidación de la Información	1			1	2
Evaluación y Seguimiento		4	3		7
Gestión de Recursos Fisicos y de Servicios		3			3
servicios	5				5
Gestión Documental	2				2
Gestión Financiera	1	2	1		4
Gestión Jurídica	1	1	1		3
Gestión Talento Humano	5	1	4	4	14
Gestión Tecnología de la Información	5				5
Participación ciudadana	2				2
Planeación Institucional	3				3
Proceso Auditor	3	3			6
Rendición de la cuenta	1				1
Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	4				4
Sanciones Fiscales		1	1		2
Totales	38	16	10	5	69

Fuente: Mapa de riesgos institucional a junio 30 de 2016

Eta de la valoración: corresponde a valorar los riesgos después de los controles, veamos:

Cuadro 7. Valoración de probabilidad e impacto de los riesgos de la entidad después de controles.

Impacto	Probabilidad						Total General
	Raro (1)	Improbable (2)	Posible (3)	Probable (4)	Casi Seguro (5)	N.A.	
Insignificante (1)	17	12	1				30
Menor (2)	5	9	11	1			26
Moderado (3)	2	2	3	1	1		9
Mayor (4)			2	1			3
Catastrofico (5)							0
N.A.						1	1
Total general	24	23	17	3	1	1	69

Fuente: Mapa de riesgos institucional a junio 30 de 2016

Los riesgos ubicados en **probabilidad** de **Raro** y de **Improbable** son **47**; con un **nivel de Impacto** de **Insignificante** y de **Menor** **56**.

Ahora bien, este resultado nos lleva a ubicar la zona en que quedaron los riesgos, donde encontramos, que en la **zona de riesgo Baja y Moderada** hay **62**, lo que significa, que el 90% de los riesgos de la entidad se encuentran en esta zona; por tanto su tratamiento es de asumirlo o reducirlo, veamos:

Cuadro 8. Valoración de la zona de los riesgos de la entidad después de controles

Procesos	Zona de riesgo				Total
	Extrema	Alta	Moderada	Baja	
Apoyo Institucional	1		1		2
Autoevaluación institucional			1	2	3
Comunicación Pública				2	2
Consolidación de la Información	1				1
Evaluación y Seguimiento		1	4	2	7
Gestión de Recursos Físicos y de Servicios				3	3
Gestión de Bienes y servicios			5		5
Gestión Documental				2	2
Gestión Financiera				4	4
Gestión Jurídica			1	2	3
Gestión Talento Humano				14	14
Gestión Tecnología de la Información		1	1	3	5
Participación ciudadana	1		1		2
Planeación Institucional			1	2	3
Proceso Auditor	1		2	3	6
Rendición de la cuenta			1		1
Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	1		3		4
Sanciones Fiscales				2	2
Totales	5	2	21	41	69

Fuente: Mapa de riesgos institucional a junio 30 de 2016

En conclusión, los 69 riesgos de la entidad después de estos controles, se ubican en los 18 procesos de la entidad, así: cinco (5) de los procesos tienen al menos un riesgo en zona extrema, dos (2) al menos un riesgo en zona de riesgo alto. Es de anotar, que todos tienen su Mapa de Riesgos en Isolución.

Ahora bien, en cuanto al impacto de los riesgos según el tipo, tenemos:

Cuadro 9. Riesgos por Tipo de impacto

Total Riesgos por tipo de impacto	No. De Riesgos	% Participación
Corrupción		
De credibilidad o imagen	18	26,09
Operativo	25	36,23
Legal	25	36,23
De confidencialidad de la información	1	1,45
Totales	69	100,00
Nota: El riesgo de corrupción para algunos procesos esta inmerso como de tipo legal de credibilidad o imagen.		

Fuente: Mapa de riesgos de los procesos, ver ISOLUCION

- Los riesgos con mayor participación en los tipos de impacto son: Operativo y Legal con un 36.23% cada uno; siguiéndolos el de Credibilidad e Imagen con un 26.09%. Estos tres (3) tipos de impactos concentran el 98% de los riesgos identificados en los procesos del Modelo de Operación por Procesos.
- El proceso Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, el proceso Auditor y el de Consolidación de la información, su tipo de impacto es en la Credibilidad o imagen.
- Se evidenció, que todos los procesos de la entidad tienen asociados riesgos; lo cual permite observar el fomento de la cultura del autocontrol.
- Los procesos de apoyo y estratégico, en su mayoría tienen asociados riesgos con un tipo de impacto Legal y Operativo; donde el último está muy asociado a los sistemas de información que posee la entidad.

5. RECOMENDACIONES

A continuación se efectúan las recomendaciones para presentarlas a la Representante de la entidad, a la Oficina Asesora de Planeación y ante el Comité Coordinador de Control Interno, para que se decida sobre los correctivos correspondientes.

5.1 PLAN DE MEJORAMIENTO

- Para las acciones de mejora, correctiva o preventivas, es necesario que los líderes de los procesos al proponer la mejora, analicen las causas que originaron la observación, con el fin de que las acciones propuestas efectivamente corrijan la deficiencia del proceso.
- Los Líderes de los procesos responsables de la implementación del plan de mejoramiento, deben efectuar monitoreo permanente y registrar el seguimiento con los debidos soportes, a fin de mostrar las actividades emprendidas en cumplimiento de las acciones propuestas; ya que corresponde a la Oficina Asesora de Control Interno realizar las verificaciones correspondientes, y así poder valorar la eficacia de las mismas y su posterior cierre.
- Los responsables de actividades que se encuentran vencidas o que están próximas a vencerse, y que no han soportado las causas para su no cumplimiento; deben reprogramar las fechas inicialmente planteadas, informando de ello, con antelación a la Oficina Asesora de Control Interno; asimismo, si en un momento se determina que la acción emprendida no impacta en la mejora del proceso, se puede replantear la actividad prevista e informar de ello a Control Interno, para que incluya las nuevas observaciones; con el fin de que estas acciones permitan alcanzar una mayor efectividad del plan.

5.2 SEGUIMIENTO AL MONITOREO DE RIESGOS

- Revisar la actividad incluida en todos los procedimientos, relacionada con el momento del monitoreo de los riesgos, a fin de que haya coherencia frente a la Resolución 203 de 2014.

- Continuar con el proceso de sensibilización sobre riesgos, a fin de generar y promover una cultura del manejo de éstos, en todos los niveles de la entidad.
- Los responsables de los procesos, en el momento que actualicen sus riesgos, deben comunicar oportunamente a las áreas de Control Interno y de Planeación para que realicen su debida actualización, hasta que se implemente el módulo de riesgos en Isolucion.
- Continuar con el cumplimiento de la metodología y los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, para la administración de los riesgos; de tal manera que se permita el adecuado manejo, administración y seguimiento a éstos, a partir de la política, el contexto estratégico, su identificación, análisis y su valoración.
- Se hace necesario revisar y actualizar el mapa de riesgos de la entidad; toda vez, que los riesgos definidos actualmente fueron elaborados en el 2014, y a la fecha solo se han revisado cuatro (4) de los 18 procesos que tiene la entidad.
- Hacer un nuevo análisis de riesgo por tipo de impacto, para que la entidad pueda tener control sobre los objetivos estratégicos y metas a alcanzar, conforme con el nuevo plan estratégico institucional; de tal manera que se mitiguen los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de la misión y de los objetivos de la entidad.