



MEMORANDO
20171400121703

GD-F-010 V.10

Bogotá D.C., 14/12/2017

Página 1 de 1

PARA Dr. JOSE MIGUEL MENDOZA DAZA
Superintendente de Servicios Públicos

DE JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO Informe final Auditoría Interna de Gestión 2017 Proceso de Mejora Continua
Procedimiento Gestión del Riesgo

Respetado doctor:

La Oficina de Control Interno dando cumplimiento al Programa Anual de Auditorías de Gestión para la vigencia 2017 y, con el fin de valorar en forma pertinente el desempeño de los procesos y la eficacia y efectividad de los controles y del Sistema de Control Interno, ejecutó la auditoría interna de gestión al Proceso de Mejora Continua Procedimiento Gestión del Riesgo, obteniendo como resultado el informe final de auditoría, el cual remitimos para su conocimiento.

Como resultado de dicha auditoría se generaron dos (2) observaciones, por tal motivo el líder del proceso deberá contar con la asesoría de la Oficina de Planeación en la formulación de acciones de mejora, de conformidad con los lineamientos establecidos en el procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora - MC-P-001, en un plazo no mayor a 15 días hábiles.

Dentro del ejercicio de auditoría se recibió la retroalimentación al informe preliminar, el cual forma parte integral de los papeles de trabajo. En nuestro rol de asesoría se emiten recomendaciones que, quedan sujetas a la discrecionalidad del líder del proceso, ya que pueden determinarse otras acciones de mejora, que eliminen las debilidades identificadas.

La Oficina de Control Interno cumpliendo el ciclo de la presente auditoría, continuará con su labor de seguimiento y asesoría permanente, propendiendo por el mejoramiento continuo en los procesos, lo que redundará en una gestión institucional exitosa.

Cordialmente,


MYRIAM HERRERA DURÁN

Anexo: Informe final de auditoría de gestión

Cuadro de análisis de riesgo Superservicios 2017. Anexo en Orfeo

Copia: Lida Cubillos – Oficina de Planeación.

Proyectó: Ferny Castro Prada - Oficina de Control Interno



FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME					Día:	27	Mes:	11	Año:	2017
-------------------------------------	--	--	--	--	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso:	Proceso Mejora Continua Procedimiento Gestión del Riesgo MC-P-003
Subproceso:	N.A.
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	LIDA CUBILLOS
Objetivo de la Auditoría:	Desarrollar mesas de trabajo para la revisión de la metodología definida institucionalmente para la Gestión de los Riesgos, verificando los criterios de medición, ponderación y controles establecidos; así como realizar la revisión de los riesgos existentes, validando los controles implementados, el manejo de evidencias y verificando la materialización de los mismos, de conformidad con los parámetros establecidos por el DAFP y las consideraciones del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), en pro de la mejora continua para optimizar los resultados de la gestión.
Alcance de la Auditoría:	La Auditoría inicia desde la revisión del procedimiento Gestión del Riesgo MC-P-003 en su ciclo PHVA, la documentación asociada, su cumplimiento en el desarrollo metodológico, la verificación del esquema estratégico, de monitoreo y control, los sistemas de información disponibles involucrados y hasta la verificación del Actuar en el Ciclo PHVA con respecto a los riesgos materializados.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
MYRIAM HERRERA DURÁN	ANGELA ANDREA MILLÁN GRIJALBA

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	08	Mes	11	Año	2017	Desde	08/11/2017	Hasta	11/12/2017	Día	11	Mes	12	Año	2017
							D/M/A		D/M/A						

1. METODOLOGÍA

- Definición del Plan de Auditoría, mediante el cual se estableció el objetivo, el alcance y las actividades a ejecutar, el cual fue publicado en el SIGME y se comunicó a través del Memorando con Radicado 20171400107583
- Desarrollo de la reunión de apertura para dar inicio a la auditoría de gestión, el día 08 de noviembre de 2017.
- Desarrollo de Mesas de Trabajo para la revisión de la Metodología noviembre 14 y 15 de 2017
- Consulta, revisión y validación de información a través de las herramientas tecnológicas disponibles, (SIGME, ORFEO, SIGGESTION, SUIFP, SPI, y fuentes externas).
- Generación de Informe
- Socialización del Informe y Cierre de Auditoría.

2. DESARROLLO DEL INFORME

Como producto del ejercicio de auditoría de gestión, realizado al Procedimiento Gestión de Riesgos MC-P-003, que pertenece al Proceso de Mejora Continua, se relacionan a continuación los resultados obtenidos, en desarrollo de los objetivos propuestos en el plan de auditoría aprobado.



2.1. Procedimiento, metodología, aplicación y desarrollo

A partir de la revisión del Procedimiento Gestión del Riesgo MC-P-003 Versión 4, el cual se encuentra vigente desde el 17 de febrero de 2016, y la verificación metodológica sobre la Administración de los Riesgos, se identifica:

En lo que respecta a Riesgos de Gestión de Procesos:

Se identifica, que la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, se encuentra utilizando el esquema de valoración de controles, bajo la Guía para la Administración del Riesgo emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública Vigencia 2011, denotando una desactualización con respecto a la metodología vigente sobre gestión de riesgos "Guía para la Administración del Riesgo" Vigencia 2014

Ahora bien, a partir de la realización de la Auditoría, se pudo constatar, que con el apoyo de un nuevo equipo de calidad, la Oficina Asesora de Planeación de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, ya se encuentra adelantando el ejercicio de actualización con respecto a la "Guía para la Administración del Riesgo" Vigencia 2014" y que de allí se desprende el ejercicio de actualización del Procedimiento y la solicitud de parametrización y ajuste del aplicativo SIGME en el Módulo "Mapa de Riesgos".

MAPA DE RIESGOS

VALORACIÓN CONTROLES																		
Tipo de Control	¿Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo del control en SIGME?		NOMBRE DOCUMENTO	¿Está(n) definid(a) el(la) responsable(s) de la ejecución del control y del seguimiento?		NOMBRE RESPONSABLE	¿El control es automático?		¿El control es manual?		¿La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuada?		FRECUENCIA	¿Se cuenta con evidencias de la ejecución y seguimiento del control?		RUTA EVIDENCIA	¿En el tiempo que lleva el control ha demostrado ser efectivo?	
Probabilidad	SI	NO		SI	NO		NO	SI	SI	NO	SI	NO		SI	NO		NO	SI
Impacto	SI	NO		SI	NO		NO	SI	SI	NO	SI	NO		SI	NO		SI	NO

Fuente: Evidencia entregada por la OAP - Sesión 1 – Revisión Metodológica

Adicionalmente, y teniendo en cuenta que la Oficina Asesora de Planeación, emprendió durante el segundo semestre de la vigencia 2017, la migración a la Norma ISO 9001/2015, se consultó sobre los avances desarrollados y los programados para la vigencia 2018 en lo que respecta a la implementación del Numeral 6. Planificación (pensamiento basado en riesgos), concluyendo:

Durante la vigencia 2017, se priorizaron 8 de los 15 procesos que componen el Mapa de Procesos de la SSPD para el respectivo rediseño, dentro de los cuales no se tomaron en cuenta Procesos Misionales ni de Evaluación, así:

- ✓ Procesos Estratégicos: Direccionamiento Estratégico, Gestión Mejora Continua, Gestión del Conocimiento, Comunicaciones, Gestión de Tecnologías de la información.
- ✓ Procesos de Apoyo: Gestión Administrativa, Gestión del Talento Humano, Gestión Financiera,

Para la vigencia 2018, se tiene contemplado rediseñar los siguientes procesos:

- ✓ Procesos Misionales: Vigilancia, Inspección, Control, Intervención y Participación y Servicio al Ciudadano.
- ✓ Procesos de Apoyo: Gestión Jurídica y Control Disciplinario Interno.
- ✓ Procesos de Evaluación: Seguimiento a la Gestión institucional.



La Oficina Asesora de Planeación, argumenta que para dar cumplimiento al requisito contenido en el numeral 6.1 "Acciones para abordar riesgos y oportunidades" de la Norma NTC ISO 9001/2015, se incluyó en el proceso Direccionamiento estratégico, dentro de la fase del Hacer (H) del ciclo PHVA, la actividad "Identificar los riesgos y oportunidades estratégicos", para que se realice la identificación de riesgos y oportunidades asociadas al logro de los objetivos estratégicos institucionales. Lo anterior en adición al mismo tratamiento que se viene realizando con los riesgos asociados a los objetivos de cada uno de los procesos, que se continuará desarrollando dentro del SIGME. En concordancia con esto, dentro del citado proceso también se estableció la actividad "Realizar el análisis de entorno, prospectiva y variables internas que impactan el cumplimiento de los propósitos misionales, los resultados previstos en el SIGME y la capacidad institucional", mediante la cual se abordan los requisitos establecidos en los numerales 4.1 y 4.2 de la norma en mención.

Consecuentemente, la Oficina Asesora de Planeación elabora la propuesta de actualización del procedimiento MC-P-003 Procedimiento Gestión del riesgo, mediante el cual se contempla la inclusión de los requisitos contenidos en la citada norma, armonizándolos con los requisitos de las demás normas técnicas (NTC/ISO 14001:2015 y NTC ISO/IEC 27001:2013), de otros sistemas de gestión que se están implementando (SGA y SGSPI) y lo establecido en la versión 3 de la guía para la administración del riesgo del DAFP.

Con base en lo anterior, y bajo el Rol de Enfoque hacia la Prevención que ejerce la Oficina de Control Interno, se recalca que a partir de la expedición del Decreto 1499 de 2017 y la actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual integra el Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Control Interno; la Superintendencia de Servicios Públicos, debe acoger oportunamente los cambios que bajo éste nuevo modelo sean implementados y definir tal como lo menciona el Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG en el numeral 2.2 Aspectos mínimos para la implementación - 2.2.1 Política de Planeación institucional, la formulación de los lineamientos para administración del riesgo de acuerdo a los lineamientos que establezca el Departamento Administrativo de la Función Pública, unificando la administración y gestión tanto para los riesgos institucionales como para los riesgos de corrupción.

En lo que respecta a Riesgos de Corrupción:

Se identifica en la Actividad No. 2 del Procedimiento, que para los Riesgos de Corrupción se describe la valoración de riesgos bajo la "Guía para la Administración del Riesgo" Vigencia 2014-2015", sin embargo, aunque el mapa de riesgos de corrupción identifica la aplicación de ésta valoración, la calificación no muestra la valoración de cada control ni los registros que evidencian los soportes documentales sobre cada control.

Observación 1: Se evidencia incongruencia con respecto a la última actualización del procedimiento, dado que se toma la actualización de la metodología 2014-2015 únicamente para riesgos de corrupción, más no para riesgos de proceso; lo anterior denota debilidades en el ejercicio de revisión, actualización y aprobación de documentos.








MDME


Documentación Asistida


Control Documental


Indicadores


ACPM


Informe a la Alta Gerencia


Mapa de Riesgos


Anexos


Estado de Control Interno


Normogramas


Modelo Integrado de Planeación


Producto No Conforme



PROCEDIMIENTO GESTIÓN DEL RIESGO

SIGME

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	PCG	SALIDAS	CLIENTES
				Obtención de métricas	SI	NO	
				¿El mapa de riesgos institucionales, riesgos estratégicos y riesgos de corrupción se revisa periódicamente?	15	0	
				¿El mapa de riesgos institucionales, riesgos estratégicos y riesgos de corrupción se revisa periódicamente y del responsable es?	5	0	
				¿El mapa de riesgos institucionales, riesgos estratégicos y riesgos de corrupción se revisa periódicamente?	15	0	
				¿El mapa de riesgos institucionales, riesgos estratégicos y riesgos de corrupción se revisa periódicamente?	10	0	
				¿La frecuencia de ejecución del control y los resultados son adecuados?	15	0	
				¿Se detecta por evidencias de la ejecución y los resultados del control?	10	0	
				¿En el tiempo que lleva la implementación ha demostrado ser efectivo?	30	0	



2.2. Política de Administración del Riesgo

Se constató que en el documento de Código de Buen Gobierno Versión 1 del mes de noviembre de 2017, se actualizó la Política de Riesgos, tal como se muestra a continuación; sin embargo, se evidenció:

1. Se incumple el Artículo 2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno establecidos en el Decreto 648 del 19 de Abril de 2017. Son funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: g). Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta. Lo anterior, dado que la Política de Gestión de Riesgos, no fue conocida ni aprobada en ninguna sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
2. La Política, carece de los criterios mínimos requeridos en la “Guía para la Administración del Riesgo” Vigencia 2014 – Páginas 11 y 12”.

 <p>Superservicios Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios</p>	<p>CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO</p>	<p>SIGME</p>
---	---------------------------------------	---------------------

3.4 POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

La Alta Dirección de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, se compromete a la administración integral de los riesgos de gestión y de corrupción, a través de la implementación de estrategias que permitan su identificación, análisis, valoración, consulta, divulgación, monitoreo, revisión y seguimiento, con el fin de prevenir su ocurrencia, minimizar su impacto y garantizar la transparencia institucional en el desarrollo de la planeación estratégica. La Entidad determina el nivel de exposición a los riesgos de gestión y de corrupción, así como sus impactos para priorizar su tratamiento y estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones respecto a los efectos de los mismos.

Bajo el **Rol de Enfoque hacia la Prevención** que ejerce la Oficina de Control Interno hace énfasis respecto a la necesidad de actualizar la Política de Administración del Riesgo y generar un documento en forma de manual, protocolo o guía que incluya los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, tal como se relacionan a continuación:

- ✓ Objetivo
- ✓ Alcance
- ✓ Niveles de aceptación del riesgo o tolerancia al riesgo
- ✓ Niveles para calificar el impacto
- ✓ Tratamiento del riesgo
- ✓ Periodicidad para el seguimiento de acuerdo al nivel de riesgo residual
- ✓ Niveles de responsabilidad sobre el seguimiento y evaluación de los riesgos
- ✓ Términos y definiciones
- ✓ Estructura para la gestión del riesgo

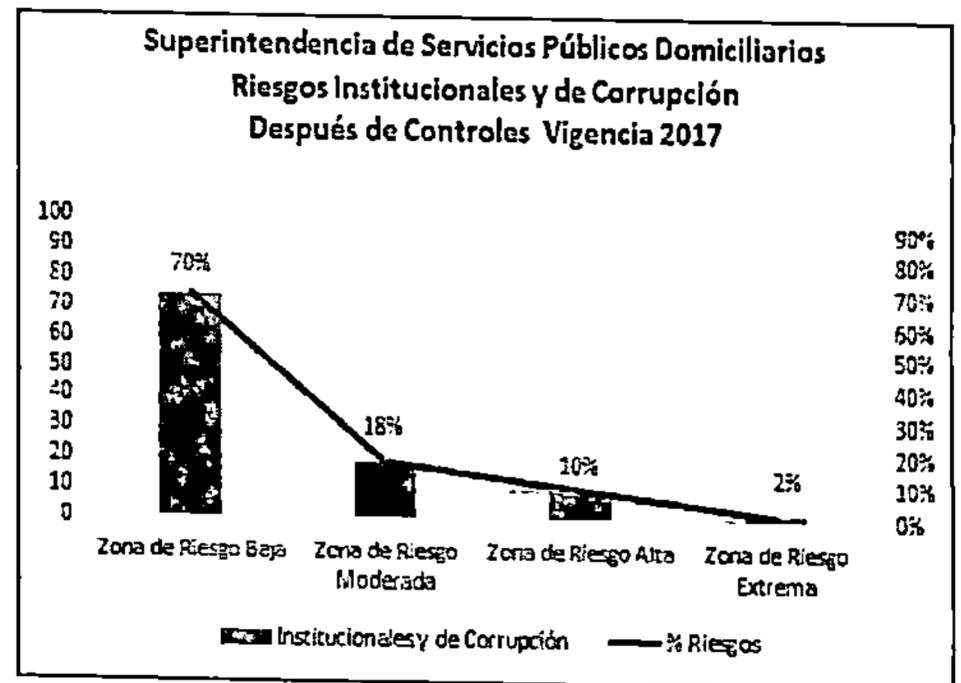
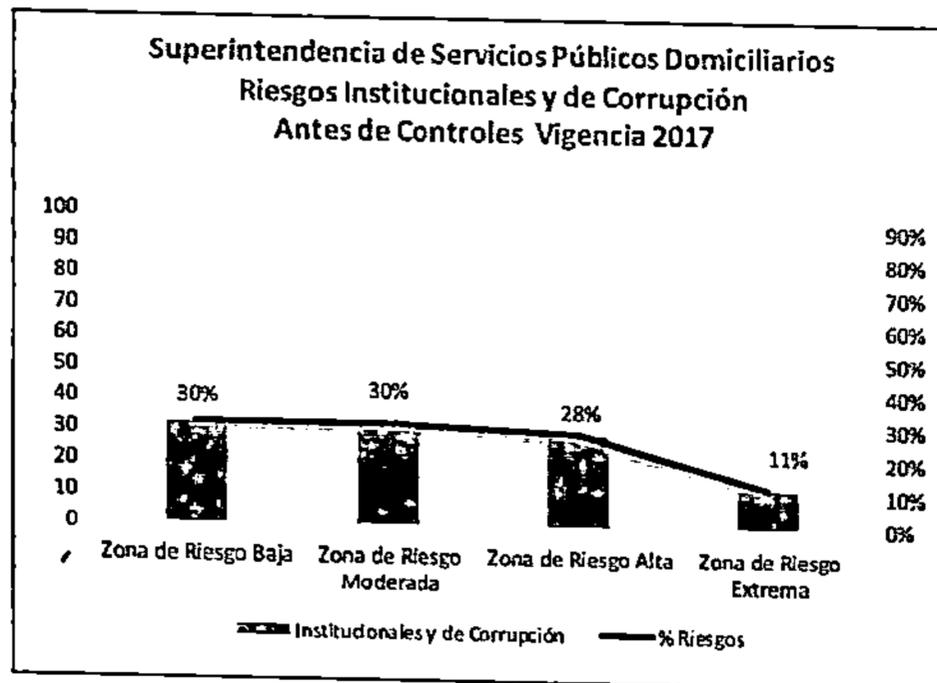


2.3. Mapa de Riesgos Institucional y de Corrupción

El Mapa de Riesgos Institucional de la Superintendencia de Servicios Públicos tiene definidos durante la vigencia 2017 un total de ciento cinco (105) riesgos, noventa y dos (92) riesgos institucionales y trece (13) riesgos de corrupción, así:

Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
Riesgos Institucionales y de Corrupción Vigencia 2017

Riesgos	Zona de Riesgo Baja		Zona de Riesgo Moderada		Zona de Riesgo Alta		Zona de Riesgo Extrema		Total Riesgos
	Antes Controles	Después Controles	Antes Controles	Después Controles	Antes Controles	Después Controles	Antes Controles	Después Controles	
Institucionales	23	65	28	15	29	10	12	2	92
Equivalencia %	25%	71%	30%	16%	32%	11%	13%	2%	100%
Corrupción	9	9	4	4	0	0	0	0	13
Equivalencia %	69%	69%	31%	31%	0%	0%	0%	0%	100%
Total Riesgos	32	74	32	19	29	10	12	2	105
% Riesgos	30%	70%	30%	18%	28%	10%	11%	2%	100%



Matriz de Riesgos Institucional: Ruta:

<http://sigmecalidad.superservicios.gov.co/SSPD/lsodoc/riesgos.nsf/Principal?OpenFrameSet>

Se cuenta con 92 riesgos institucionales, dentro de los cuales se identificó:

Observación 2: Debilidades en la parametrización de la herramienta SIGME – Módulo “Mapa de Riesgos”, con respecto al cálculo en la valoración de controles y en el control sobre la administración y seguimiento del aplicativo.

- ✓ En los siete (7) riesgos relacionados a continuación, se evidencia inconsistente en el aplicativo SIGME con respecto a la calificación de Probabilidad e Impacto. Consultar Anexo “Análisis Riesgos Superservicios2017-Calificación Inconsistente”.



Proceso	Nombre del Riesgo	Observación
G. Financiera	Falta de claridad en la definición de la base gravable de liquidación de la Contribución Especial	Se identifica error en la disminución de niveles en la zona de riesgo (Extrema a Baja - 3 Niveles)
Intervención	Incumplimiento de la normatividad que le sean aplicables al proceso de liquidación.	Se identifica una calificación de controles que sobrepasa el 100 con una calificación de 120 en probabilidad
G. Jurídica	No reconocimiento de acreencias	Se identifica una calificación de controles que sobrepasa el 100 con una calificación de 142,5 en probabilidad.
G. Jurídica	Demora en el inicio de la acción de cobro	Se identifica en el aplicativo que la calificación de controles de probabilidad e impacto en los dos casos arroja cero (0).
Seguimiento a la Gestión Institucional	Incumplimiento en la entrega oportuna de Informes de Ley y/o de Auditoría	Se identifica en el aplicativo que la calificación de controles de probabilidad e impacto en los dos casos arroja cero (0).
Seguimiento a la Gestión Institucional	Declarar como Eficaces acciones (Actividades) No Eficaces que Integran el Plan de Mejoramiento Institucional	Se identifica en el aplicativo que la calificación de controles de probabilidad e impacto en los dos casos arroja cero (0).
Seguimiento a la Gestión Institucional	Inadecuada Identificación y Priorización de situaciones críticas que puedan afectar la gestión Institucional	Se identifica en el aplicativo que la calificación de controles de probabilidad e impacto en los dos casos arroja quince (15).

Se observan oportunidades de mejora con respecto a la identificación y análisis de riesgos en el ejercicio de implementación de la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP.

- ✓ Dos (2) riesgos clasificados en procesos que no corresponden, de acuerdo a la naturaleza de su competencia teniendo en cuenta el Modelo de Operación por Procesos y la interacción de los mismos. Consultar Anexo "Análisis Riesgos Superservicios2017- Riesgos No corresponden al Proceso".

Proceso	Nombre del Riesgo	Observación
Control	El no acceso al aplicativo Orfeo, afecta la disponibilidad de la información del proceso	El Riesgo es propio de la Oficina TIC, a pesar de generar consecuencias transversales, el control del Riesgo recae sobre la planeación y gestión de los Sistemas de Información (GEL- TIC para la Gestión - Sistemas de Información)
G. Financiera	Modificación no autorizada de la información relacionada con el valor de las obligaciones de los prestadores en el aplicativo Cuentas por Cobrar	El riesgo recae sobre el área de Gestión de Cobro – Jurídica, no sobre el área financiera

Bajo la revisión del Mapa de Riesgos, se identifica oportunidades de mejora con respecto a la definición y valoración de controles; toda vez que, aunque los niveles permitidos de disminución tanto en Probabilidad como en Impacto se cumplen, los controles establecidos en impacto, no mitigan la incidencia con respecto a la posible materialización del riesgo, y los controles con respecto a la probabilidad en algunos casos no están formulados, o no son suficientes, o deben fortalecerse.

- ✓ Ochenta y dos (82) riesgos institucionales, encontrados con debilidades en la definición de Controles. Consultar Anexo "Análisis Riesgos Superservicios2017- Deficiencia Definición Controles".

Se encuentran riesgos que no cambian de nivel después de controles, y riesgos que bajo los criterios de probabilidad e impacto en su calificación no son coherentes con la naturaleza del riesgo. A continuación, se relacionan ejemplos:

Proceso Vigilancia: Riesgo: Incumplimiento a los términos señalados en el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011.
Calificación Antes de Controles PROBABILIDAD: Posible IMPACTO: Menor

Calificación Después de Controles PROBABILIDAD: Raro IMPACTO: Insignificante

De la misma manera, éste mismo riesgo en el proceso de Participación y Servicio al Ciudadano, está definido así:
"Incumplimiento de los términos legales para la respuesta de las solicitudes de los usuarios"

Calificación Antes de Controles PROBABILIDAD: Posible IMPACTO: Mayor

Calificación Después de Controles PROBABILIDAD: Raro IMPACTO: Mayor

Proceso Control: Riesgo: Caducidad de la Facultad Sancionatoria

Calificación Antes de Controles PROBABILIDAD: Posible IMPACTO: Moderado

Calificación Después de Controles PROBABILIDAD: Raro IMPACTO: Insignificante

Bajo el **Rol de Enfoque hacia la Prevención** que ejerce la Oficina de Control Interno, la OCI se pronuncia frente a la necesidad de la definición de controles adecuados y efectivos, acordes a la naturaleza del riesgo y al impacto que éstos puedan generar.

Es de resaltar que un control documentado debe cumplir con tres (3) requisitos, así:

- ✓ Debe expresar cómo se demuestra que el control existe
- ✓ Debe expresar quien es el encargado de aplicar el control
- ✓ Debe expresar cuando se aplica el control

Es importante articular las acciones necesarias para definir controles integrales, por último se debe describir qué registros (evidencias) se producen como resultado de la aplicación, operación, ejecución, puesta en marcha e implementación de los controles documentados. En lo que respecta a la Efectividad de los Controles, no se evidencia éste ítem, debe implementarse y dejar un campo que especifique la evidencia respectiva.

- ✓ Se identifica dentro del Mapa de Riesgos Institucional, en el Proceso de Participación y Servicio al Ciudadano, un Riesgo denominado "Prueba", el cual no corresponde a un riesgo adecuadamente definido; ahora bien, si corresponde a un ejercicio de prueba del aplicativo, se evidencia debilidad en la administración y monitoreo de pruebas, así como en la revisión del estado de las mismas y el consolidado final del Mapa (reportes) generados en el SIGME.

- ✓ Se identifican riesgos repetidos en el mismo proceso y en procesos diferentes. Ejemplos:

Riesgo denominado "Posible incumplimiento al debido proceso por la no notificación de los actos administrativos o indebida notificación del mismo" del proceso de Gestión Administrativa

Riesgo denominado: "Incumplimiento de los términos legales para la respuesta de las solicitudes de los usuarios" del proceso de Participación Ciudadana y repetido en el proceso de Vigilancia, en otros términos. "Incumplimiento a los términos señalados en el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011"

Matriz de Riesgos de Corrupción: Ruta:

<http://sigmecalidad.superservicios.gov.co/SSPD/Isodoc/riesgos.nsf/Principal?OpenFrameSet>

- En el esquema actual del Mapa de Riesgos de Corrupción, se identifican trece (13) riesgos, de los cuales nueve (9) se encuentran en Zona Baja y cuatro (4) en Zona Moderada; al consultar los parámetros de calificación de probabilidad e impacto se identifica que todos los trece (13) riesgos antes y después de controles permanecen en la misma zona de riesgo, evidenciando que existen debilidades en el análisis de riesgos y definición de controles.



2.4. Riesgos Materializados

Durante la vigencia 2017 se materializaron tres (3) riesgos en tres (3) procesos, de los cuales los (3) tienen alcance Disciplinario, uno (1) que comparte el alcance Disciplinario y Fiscal y uno (1) Administrativo y Disciplinario, tal como se muestra a continuación:

Proceso	Riesgo	Alcance	Radicado Informe	Clasificación	Observación
Gestión de Cobro	Demora en el inicio de la acción de cobro	Disciplinario y Fiscal	20171400059593 y 20171401543361	Legales o de cumplimiento	Se dio traslado a CGR Rad.20171401543361 y CDI Rad. 20171400080783 del 19/09/2017
Control/ Investigaciones Delegada AAA	Caducidad de la Facultad Sancionatoria	Disciplinario	20171400100593	Legales o de cumplimiento	El informe de la OCI en el numeral 2.3.1.5. INVESTIGACIONES CADUCADAS DEL INFORME, menciona el traslado de la DELEGADA AAA, Radicado 20174400001093 del 11/01/2017
Administración de bienes	Pérdida del bien	Disciplinario Administrativo	20171400111433	Administrativos	2.2.4. Hurto o Pérdida de Bienes

Lo anterior denota debilidades en la definición de causas y en la estimación de controles, por lo cual se identifican oportunidades de mejora con respecto al ejercicio institucional de administración del riesgo en el corto, mediano y largo plazo, así como la necesidad de fortalecer el ejercicio de seguimiento y evaluación a la implementación y efectividad en la aplicación de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Como oportunidad de mejora, se pueden tomar en cuenta los parámetros establecidos bajo la Norma NTC ISO 31000 Gestión del Riesgo, haciendo énfasis en lo que respecta a las acciones de contingencia que deben establecerse en el marco de la preparación de los planes de tratamiento del riesgo (Acciones propuestas; Las necesidades de recursos, incluidas las contingencias). Consúltese numeral 5.5. TRATAMIENTO DEL RIESGO. 5.5.3 Preparación e implementación de los Planes para el tratamiento del riesgo. Lo anterior, previendo con antelación la activación de las acciones de contingencia en caso de riesgos materializados.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La metodología para la administración de riesgos no se encuentra actualizada acorde a la última Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública y que corresponde a la versión 3 de 2014.
2. El Proceso de Gestión del Conocimiento ya no se encuentra inmerso en el Mapa de Riesgos Institucional, sin embargo, siguen apareciendo los riesgos que el proceso establecía, inmersos en el mapa de riesgos que actualmente se encuentra publicado.
3. Debilidades en la parametrización de la herramienta SIGME – Módulo “Mapa de Riesgos”
4. Se encuentran riesgos que no cambian de nivel después de controles, y riesgos, que evidencian que los criterios de probabilidad e impacto en su calificación no son coherentes con la naturaleza del riesgo.
5. Se encuentran riesgos similares y riesgos repetidos en un mismo proceso. Consultar Anexo “Análisis Riesgos Superservicios2017-Riesgos Similares”.
6. Se materializaron tres (3) riesgos, denotando vulnerabilidades posiblemente no identificadas.



Como resultado de este informe, la Oficina de Control interno en su Rol de Asesoría, recomienda:

1. Al redactar los riesgos, sería importante considerar el uso de palabras tales como: inadecuado, ausencia de, pérdida de, inexistencia de, deterioro de, desorganización, inoportunidad, ineffectividad de, desactualización de, deficiencias en, violación de, registro inoportuno de, retraso en, extemporaneidad en, desatención frente a, desfinanciación de, no realización de seguimiento a, inconsistencias en, volcamiento de, insuficiencias de, deserción de, entre otros, toda vez que, a modo de ejemplo se puede considerar como una inadecuada redacción de los riesgos (entre otros):

Proceso de Control como "Suscribir programas de gestión que no conlleven a subsanar las fallas en la continuidad y calidad de la prestación del servicio"; en éste caso se puede optar por la siguiente redacción: Inadecuada suscripción de programas...

Proceso de Gestión Administrativa, "A pesar de que el edificio de la sede principal de la SSPD cuenta con detectores de humo, en algunas zonas estos no están en funcionamiento debido a la obra que se está ejecutando, por lo cual no es posible que se detecte alguna amenaza de incendio dentro del edificio"; en éste caso se puede optar por la siguiente redacción: Deficiencia en la activación de los detectores de humo frente a amenaza de incendio...

2. La OCI con el fin de fortalecer y optimizar el ejercicio de seguimiento, evaluación y trazabilidad de la Administración de Riesgos Institucional, requiere, que bajo el aplicativo de Mapa de Riesgos del Sistema de Información SIGME, se implemente la opción de añadir fechas en los reportes que sean generados.

Es preciso recordar, que la aplicación de las recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno, queda sujeta a la discrecionalidad del Líder del proceso, ya que pueden determinarse otras acciones correctivas, preventivas o de mejora, para eliminar las situaciones detectadas en la auditoría que afectan la debida gestión del proceso.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Cargo	Firma
MYRIAM HERRERA DURÁN	Jefe Oficina Control Interno	