



FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	23	Mes:	12	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Unidad Auditada:	Gestión de Riesgos
Dependencia(s):	Planificación Estratégica
Líder de la Unidad Auditada (Nombre y Cargo)	ROBIN ANDREY S UAREZ TOSCANO Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.
Objetivo de la Auditoría:	Evaluar que la política y acciones definidas en la gestión del riesgo aseguren la administración apropiada de los riesgos institucionales, de corrupción y la operatividad del Sistema de Control Interno.
Alcance de la Auditoría:	La evaluación se realizará a la gestión del riesgo institucional y de corrupción, realizada durante la vigencia 2021.
Criterios de la Auditoría:	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en la entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. ♣ Decreto 1537 de 2001, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. ♣ Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción. ♣ Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo ♣ Decreto 1081 de 2015, señala la metodología Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. ♣ Guía para la gestión de riesgo de corrupción 2015, Secretaría de Transparencia. ♣ Decreto 1083 de 2015, adopta la actualización del MECI. ♣ Decreto 1499 de 2017, Modelo Integral de Planeación y Gestión. ♣ Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5 de 2020- DAFP. ♣ ISO 31000 Gestión del Riesgo, principios y directrices.

Reunión de Apertura			Ejecución de la Auditoría						Reunión de Cierre				
Día	Mes	Año	Desde	Día	Mes	Año	Hasta	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
N.A.	N.A.	N.A.		01	12	2021		23	12	2021	N.A.	N.A.	N.A.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
Mabel Astrid Neira Yepes	Martha Rocio Yanquen Parra

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

I. DECLARACION

La auditoría se realiza con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor y se fundamenta en el siguiente soporte documental: expedientes fuente, procesos y procedimientos del sistema de gestión, reportes de los sistemas de información, cruces y validaciones, página web y normas internas y externas.

En aplicación al Decreto 648 de 2017 Artículo 2.2.21.4.8, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la Actividad de la Auditoría Interna:

- i. Código de Ética del Auditor Interno que tiene como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de esté.
- ii. Estatuto de auditoría, en el cual se establecen y comunican las directrices fundamentales que definen el marco dentro del cual se desarrollan las actividades de la Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

II. COMPROMISO DEL AUDITADO

Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno.

III. NOTA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Este documento contiene información de interés exclusivo del auditor y el auditado para surtir los trámites establecidos en la Guía de Auditoría. En ese sentido, hasta tanto no se constituya como informe final y sea publicado en la página Web de la Superintendencia de la Economía Solidaria, no podrá ser distribuido ni utilizado por terceros, ni se podrá hacer referencia a él en ningún otro asunto, sin el consentimiento previo y por escrito del Jefe de Control Interno.

IV. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la auditoría efectuada a la Administración de Riesgos de la Superintendencia de la Economía Solidaria y teniendo en cuenta el objetivo y alcance mencionados anteriormente, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Entendimiento del proceso: Se verificó sobre el estado del arte de proceso de administración de riesgos de la Superintendencia, identificando la normatividad externa y documentación interna (manuales y procedimientos) adoptados para tal fin.
- b) Diseño del plan de auditoría: Se estableció la programación del plan de trabajo para el desarrollo de la auditoría, de modo que permitiera lograr el objetivo propuesto.
- c) Reunión de apertura: Teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria del país (COVID 19) que tuvo efectos en el normal desarrollo de las actividades en la entidad, la apertura de la

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

auditoría se realizó a través del memorando 20211300024943 del 5 de noviembre de 2021 donde se describió la metodología a utilizar para esta actividad.

- d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información suficiente, relacionada la matriz de riesgos de la SES.
- e) Ejecución de pruebas: Se realizó la verificación sobre el cumplimiento de los parámetros establecidos en Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- f) Definición de observaciones y recomendaciones: Surgieron producto de la comparación entre el estado correcto del requisito (criterio) y el estado actual, socializando cada uno de ellos con el líder del proceso y personal a cargo de la gestión.

RIESGOS EVALUADOS (Riesgos evaluados en el proceso de auditoría)

En este punto, se procedió a revisar la matriz de riesgos de la entidad, la cual se encuentra publicada en el aplicativo Isolución.

DESARROLLO DEL EJERCICIO DE AUDITORÍA (Resultados de los Aspectos Evaluados)

1. Descripción del proceso

El ejercicio de Auditoría Interna a la Política para la Administración del Riesgo, se comunicó al proceso a través del memorando 20211300024943 del 5 de noviembre de 2021, con el fin de dar a conocer la información que se requería para desarrollar la auditoría.

Esta Auditoría se desarrolló teniendo en cuenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) donde se definen siete dimensiones, las cuales articulan las 18 políticas que contempla este modelo, una de las dimensiones se llama “Control Interno” el cual se integra a través del MECI constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos institucionales, también se evalúa y controla la gestión de la entidad generando resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

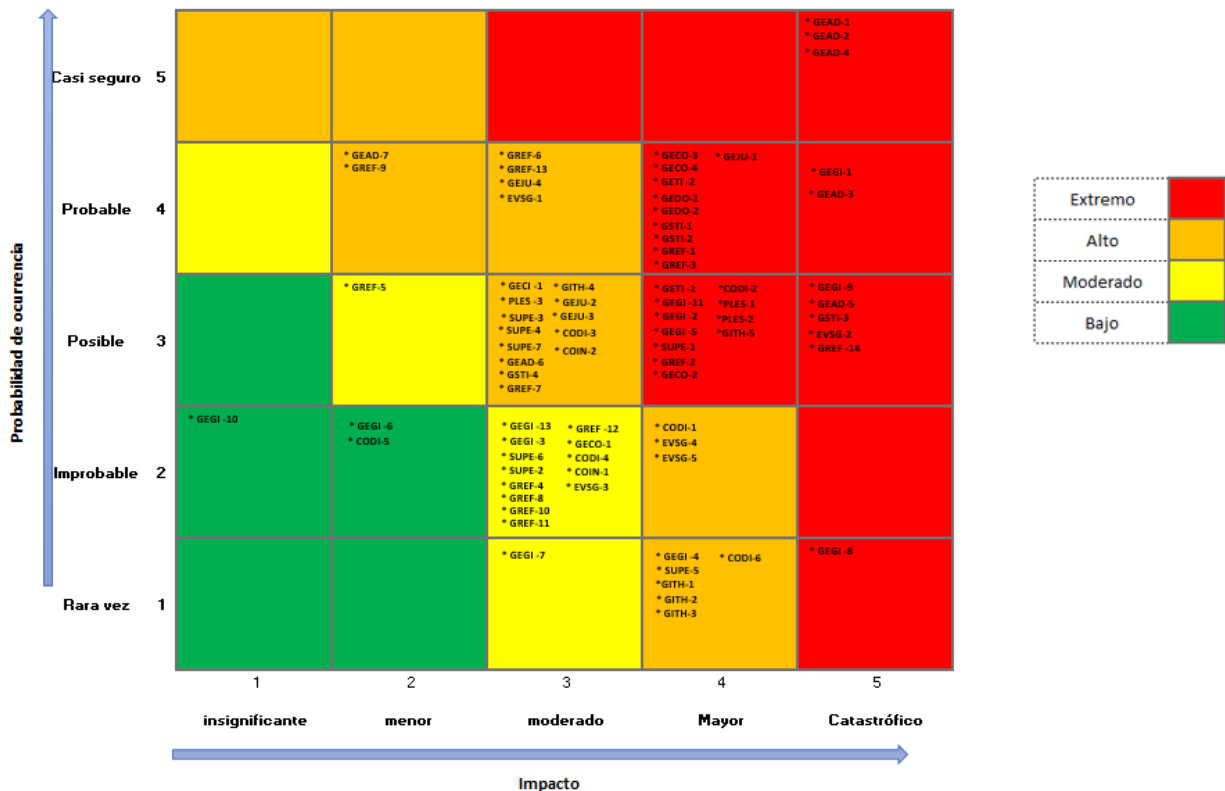
La Evaluación se llevó a cabo bajo los Lineamientos para la Administración de Riesgos que tiene la entidad el cual se encuentra actualizado, se observó que la Superintendencia de la Economía Solidaria viene identificando y gestionando los riesgos asociados al cumplimiento de los planes, programas, proyectos, metas y objetivos institucionales, donde se evidencia la Integración con los Sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo y con el Sistema de Seguridad de la Información, también con los Riesgos Contractuales y los Riesgos de Corrupción donde la entidad asegura la ejecución de los planes y el logro de los objetivos para cumplir con la Misión y la Visión.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Es importante señalar, que la Política para la Administración de Riesgos, fue aprobada en Comité Institucional de Control Interno, mediante acta #6 del 29 de septiembre de 2021.

1. Mapa de Calor

Mediante el mapa de calor se identifica que existen 32 riesgos que su nivel de riesgo es inherente es extremo, por lo tanto, los controles deben estar bien diseñados de tal manera que efectivamente mitiguen las causas que hacen que el riesgo se materialice.

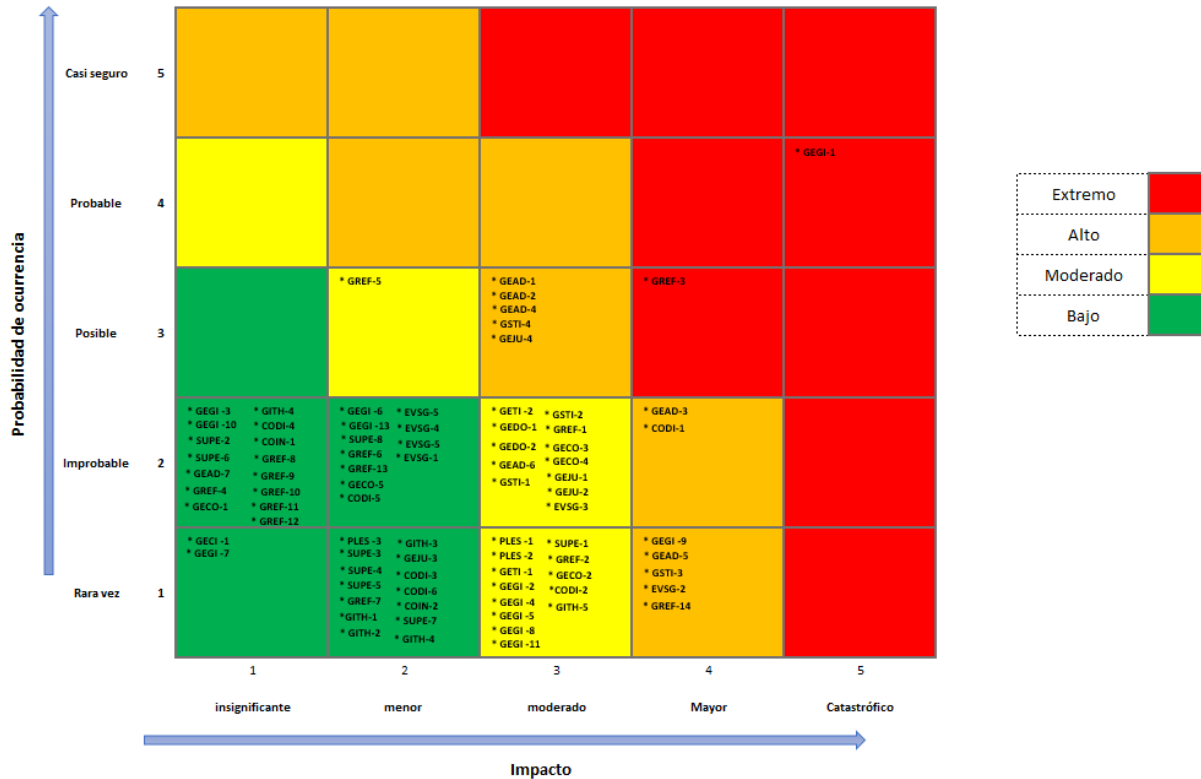


Fuente: Mapa de Calor publicado en ISOLUCIÓN.

El proceso mediante correo del 22 de diciembre, informa; “(...) Es importante mencionar que una vez se definieron controles, los riesgos se ubicaron en nueva zona de este mapa de calor, como se puede apreciar en el documento que se compartió por esigna en la hoja denominada “Mapa de Calor – Riesgo Residual”. Lo anterior, ya que me parece importante hacer referencia al resultado de la gestión del riesgo después de aplicar los controles. (...)”.

Lo anterior se evidencia en el siguiente mapa de calor, quedando dos controles en nivel extremo – mayo y catastrófico, de esta manera se hace necesario que los controles se encuentren bien diseñados de tal manera que efectivamente mitiguen las causas que hacen que los riesgos se materialicen.

Proceso(s) relacionado(s):	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
CONTROL INTERNO	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015



2. Riesgos por Procesos

Es importante señalar, que en la actualización que se realizó en el mes de septiembre del presente año, no se observa la nueva clasificación que se estableció en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5 de 2020- DAFP.

Por lo tanto, se recomienda evaluar la necesidad de actualizar de nuevo la matriz de riesgos de la entidad.

Dado lo anterior, el proceso mediante correo del 22 de diciembre, informa: “(...) Frente a este comentario, es importante mencionar que en el comité de control interno que se llevó a cabo el 29 de septiembre se presentó junto con la nueva versión de la política y la metodología, la estrategia de implementación de estos nuevos lineamientos, donde se estableció que la adopción de los mismos (incluida la clasificación y factores de riesgo) se llevaría a cabo junto con todos los líderes de proceso y sus equipos de trabajo a partir del tercer trimestre de esta vigencia y el resultado de este trabajo se verá reflejado en el mapa de riesgos de la SES de la vigencia 2022.(...)”.

Teniendo en cuenta lo anterior, la OCI, evaluará el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, en auditoría al proceso en la vigencia 2022.

Proceso(s) relacionado(s):	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
CONTROL INTERNO	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Tabla 2 Clasificación de riesgos

Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas tecnológicas	Errores en <i>hardware</i> , <i>software</i> , telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

- 2.1. Procesos Estratégicos:** donde se definen y aplican los lineamientos para formular y hacer seguimiento al direccionamiento estratégico de la entidad en el marco de los objetivos de política definidos.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Cuadro No. 1

Proceso	Riesgo de Calidad	Riesgo de Comunicación	Riesgo de Seguridad Digital	Riesgo Estratégico	Riesgo Normativo, Legal o de Cumplimiento	Riesgo Operativo	Riesgo Reputacional o de Imagen	Riesgo Seguridad y Salud Ocupacional	Riesgo Tecnológico	Total
Gestión de Grupos de Interés		2	1	1	2	2	2	1	1	12
Gestión de Tecnologías de Información				1	1					2
Gestión del Conocimiento y la Innovación				1						1
Planificación Estratégica	1			2						3
Total	1	2	1	5	3	2	2	1	1	18

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Cuadro No. 2

Proceso	Alto	Bajo	Extremo	Moderado	Total
Gestión de Grupos de Interés	1	5	1	5	12
Gestión de Tecnologías de Información				2	2
Gestión del Conocimiento y la Innovación		1			1
Planificación Estratégica		1		2	3
Total	1	7	1	9	18

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Como se observa en el cuadro No. 2, los procesos estratégicos en su análisis después de controles la probabilidad de ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización de los riesgos, se concentra en un 6% en la zona de riesgo extrema y en un 50% en zona de riesgo moderada, lo que nos indica que se está garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales y las políticas de gobierno.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda, mantener la revisión de los cambios en la estructura de la Entidad de acuerdo con los cambios constantes donde puedan generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados en cada proceso.

- 2.2. Procesos Misionales:** donde la entidad cumple con las necesidades de sus clientes, en el marco de los compromisos previstos en el Plan Estratégico, la misión, visión, objetivos y funciones generales, estos procesos son:

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Cuadro No. 3

PROCESO	Riesgo Corrupción	Riesgo de Supervisión	Riesgo Normativo, Legal o de Cumplimiento	Riesgo Seguridad y Salud Ocupacional	Total
SUPE - Supervisión	1	3	3	1	8

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Cuadro No. 4

PROCESO	Extremo	Alto	Moderado	Bajo	Total
SUPE - Supervisión	0	0	2	6	8
Total	0	0	2	6	8
Participación %	0%	0%	25%	75%	100%

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Se observa en el cuadro 4 que 6 de los 8 Riesgos de los procesos misionales después de controles se encuentran en Zona de Riesgo Bajo lo que equivale al 75% y 2 riesgos se encuentran en Zona de Riesgo Moderada que equivale al 25% esto nos muestra que los controles establecidos en cada riesgos están bien diseñados, se están monitoreando periódicamente, tienen un responsable y efectivamente estos mitigan las causas que hacen que el riesgo se materialice, de esta manera garantiza el cumplimiento de la misión y la visión de la Superintendencia de la Economía Solidaria.

- 2.3. Procesos de Apoyo:** Permite gestionar los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos indispensables para el cumplimiento de la misión institucional y el desarrollo armónico de los demás procesos estos son:

Cuadro No. 5

Proceso	Riesgo Ambiental	Riesgo Contable	Riesgo Continuidad del Negocio	Riesgo o Contractual	Riesgo de Conflicto de Intereses	Riesgo de Seguridad Digital	Riesgo Estratégico	Riesgo Financiero	Riesgo Fiscal	Riesgo Fraude	Riesgo Normativo, Legal o de Cumplimiento	Riesgo Operativo	Riesgo Seguridad y Salud Ocupacional	Riesgo o Tecnológico	Total
Gestión Administrativa	2										1	4			7
Gestión de Contratación				2				1			1				4
Gestión de Recursos Financieros		2		2				6	2	1		1			14
Gestión de Servicios de TI			1			1						1		1	4
Gestión Documental							1					1			2
Gestión Integral de Talento Humano					1		1					2	1		5
Gestión Jurídica											4	1			5
Total	2	2	1	4	1	1	2	7	2	1	6	10	1	1	41

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Cuadro No. 6

Proceso	Alto	Bajo	Extremo	Moderado	Total
Gestión Administrativa	5	1		1	7
Gestión de Contratación		2		2	4
Gestión de Recursos Financieros	1	9	1	3	14
Gestión de Servicios de TI	2			2	4
Gestión Documental				2	2
Gestión Integral de Talento Humano		4		1	5
Gestión Jurídica	2	1		2	5
Total	10	17	1	13	41
Participación %	24%	41%	2%	32%	100%

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Los riesgos del Proceso de Apoyo que son los que aportan al desarrollo armónico de los demás procesos, de acuerdo al cuadro 6, el 41% se encuentran en Zona de Riesgo Baja y el 32% se encuentran ubicados en Zona de Riesgo Moderado, lo que nos indica que tienen controles fuertes y bien definidos, se monitorean constantemente y así aseguren el cumplimiento de los objetivos de los procesos. Sin embargo, hay que mantener el seguimiento constante al 24% que se encuentra en la zona de alto.

- 2.4. Procesos de Evaluación:** Realiza evaluación (independiente) y seguimiento sobre la efectividad de la gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, así como los riesgos de corrupción.

Cuadro No. 7

Proceso	Riesgo Calidad	Riesgo de Seguridad Digital	Riesgo Normativo, Legal o de Cumplimiento	Riesgo Operativo	Riesgo Reputacional o de Imagen	Riesgo Tecnológico	Total
Control Disciplinario		1	1	4			6
Control Interno				2			2
Evaluación de Sistemas de Gestión	1			2	1	1	5
Total	1	1	1	8	1	1	13

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Cuadro No. 8

Proceso	Alto	Bajo	Extremo	Moderado	Total
Control Disciplinario	1	5			6
Control Interno		2			2
Evaluación de Sistemas de Gestión	1	3		1	5
Total	2	10	0	1	13
Participación %	15%	77%	0%	8%	100%

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

Los riesgos del Proceso de Evaluación que son los que realizan el seguimiento y evaluación a los procesos, de acuerdo al cuadro 8, el 77% se encuentran en Zona de Riesgo Baja; el 15% se encuentran ubicados en Zona de Riesgo Alto, y el 8% en Moderado, lo que nos indica que, si bien se tienen controles fuertes y bien definidos, se debe mantener el monitoreo constantemente y así asegurar el cumplimiento de los objetivos de los procesos.

3. Consolidado de Riesgos por Procesos

Cuadro No. 9

Proceso	Total
Control Disciplinario	6
Control Interno	2
Evaluación de Sistemas de Gestión	5
Gestión Administrativa	7
Gestión de Contratación	4
Gestión de Grupos de Interés	12
Gestión de Recursos Financieros	14
Gestión de Servicios de TI	4
Gestión de Tecnologías de Información	2
Gestión del Conocimiento y la Innovación	1
Gestión Documental	2
Gestión Integral de Talento Humano	5
Gestión Jurídica	5
Planificación Estratégica	3
Supervisión	7
Total	79

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

En el cuadro No. 9 vemos que la entidad cuenta con un total de 79 riesgos gestionados de los cuales 5 son riesgos de corrupción, 6 riesgos son del Seguridad Digital y Tecnológico, y 3 los riesgos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SSST y los riesgos Contractuales, se establecen desde la etapa de la planeación contractual y se analizan desde la realidad específica de cada contratación,

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

 <p>República de Colombia Ministerio de Hacienda y Crédito Público Supersolidaria Superintendencia de la Economía Solidaria</p>	INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA	Código formato: F-COIN-021 Versión: 00
---	--	---

contemplando los plazos y contextos de la ejecución, con el objetivo de identificar y cubrir el respectivo riesgo.

Cuadro No. 10

Proceso	Alto	Bajo	Extremo	Moderado	Total
Control Disciplinario	1	5			6
Control Interno		2			2
Evaluación de Sistemas de Gestión	1	3		1	5
Gestión Administrativa	5	1		1	7
Gestión de Contratación		2		2	4
Gestión de Grupos de Interés	1	5	1	5	12
Gestión de Recursos Financieros	1	9	1	3	14
Gestión de Servicios de TI	2			2	4
Gestión de Tecnologías de Información				2	2
Gestión del Conocimiento y la Innovación		1			1
Gestión Documental				2	2
Gestión Integral de Talento Humano		4		1	5
Gestión Jurídica	2	1		2	5
Planificación Estratégica		1		2	3
Supervisión		6		1	7
Total	13	40	2	24	79
Participación %	16%	51%	3%	30%	100%

Fuente: Elaboración Propia – Matriz de Riesgos SES.

En el Cuadro No. 10 se observa que del total de los 79 riesgos de la Entidad el 51% se encuentran en Zona de Riesgo Bajo y en Zona de Riesgo Moderado 24 que equivalen al 30% por lo que podemos concluir que la Entidad tiene asegurada la gestión del riesgo y por lo tanto garantiza el cumplimiento de los objetivos institucionales y de procesos como se muestra en el siguiente cuadro donde se ven los resultados de la Superintendencia de la Economía Solidaria con corte a octubre de 2021.

4. Detalle de las validaciones realizadas

4.1. Evaluación Riesgos de Gestión

Con el fin de validar la aplicación de la Guía para la Administración del Riesgo de la Función Pública, V5 de 2020, se procedió a seleccionar una muestra de los 79 riesgos identificados para la entidad, de acuerdo a la herramienta F-COIN-019 Determinación de la Muestra, la cual arrojó una muestra de 31 riesgos, los cuales se relacionan a continuación:

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Nº	Proceso	ID Riesgo	Riesgo
2	Planificación Estratégica	PLES-1	Inadecuado direccionamiento estratégico de la entidad.
6	Gestión de Tecnologías de Información	GETI-2	Incumplimiento a lineamientos normativos y técnicos aplicables a la entidad.
7	Gestión de Grupos de Interés	GEGI-1	Afectación de la imagen institucional.
14	Gestión de Grupos de Interés	GEGI-8	Divulgación de información inexacta, incompleta, adulterada, confusa e inadecuada en canales de comunicación.
15	Gestión de Grupos de Interés	GEGI-9	Responder las PQRS verbales y/o escritas de forma inexacta, incompleta, adulterada, confusa e inadecuada.
17	Gestión de Grupos de Interés	GEGI-11	Quejas frente a la prestación de servicios a grupos de valor e interés.
19	Supervisión	SUPE-1	Incumplimiento de las funciones de supervisión de la Supersolidaria establecidas en las normas legales.
21	Supervisión	SUPE-3	Ineficiencia en la aplicación del modelo de supervisión basado en riesgos.
29	Gestión Administrativa	GEAD-2	Informalidad en la prestación de servicios internos.
32	Gestión Administrativa	GEAD-5	Incumplimiento en lineamientos técnicos y normativos del Sistema de Gestión Ambiental.
33	Gestión Administrativa	GEAD-6	Manejo inadecuado de los residuos peligrosos y especiales al interior de la entidad.
35	Gestión de Servicios de TI	GSTI-1	Interrupción en la operación de la plataforma tecnológica.
36	Gestión de Servicios de TI	GSTI-2	Inaccessibilidad a los servicios de TI.

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

N°	Proceso	ID Riesgo	Riesgo
40	Gestión de Recursos Financieros	GREF-2	Información incompleta o errónea de los estados financieros generados desde el sistema BI para liquidar la tasa de contribución.
41	Gestión de Recursos Financieros	GREF-3	Dejar de cobrar los intereses de mora de las obligaciones por multas.
43	Gestión de Recursos Financieros	GREF-5	Constitución inadecuada del rezago presupuestal.
45	Gestión de Recursos Financieros	GREF-7	Incumplimiento en la programación de pagos, para lograr la disponibilidad de recursos a tiempo.
47	Gestión de Recursos Financieros	GREF-9	Revisión y aprobación inoportuna de las cuentas de cobro en SECOP II por parte de tesorería.
50	Gestión de Recursos Financieros	GREF-12	Omitir o perder alguna factura y/o cuenta de cobro y no se realice el pago respectivo durante el mes.
54	Gestión de Contratación	GECO-2	Declaración de incumplimiento contractual.
55	Gestión de Contratación	GECO-3	Inadecuada supervisión de contratos y convenios.
56	Gestión de Contratación	GECO-4	Incumplimiento en la ejecución del presupuesto de la entidad.
58	Gestión Integral de Talento Humano	GITH-2	Incumplimiento de los planes de talento humano.
59	Gestión Integral de Talento Humano	GITH-3	Incumplimiento normativo y administrativo en la gestión del talento humano.
60	Gestión Integral de Talento Humano	GITH-4	Incapacidades y/o indemnizaciones a causa de accidente laboral en ejercicio de funciones y/o obligaciones contractuales por prestación de servicio en comisión.
61	Gestión Integral de Talento Humano	GITH-5	Omisión de declaración de inhabilidad de los funcionarios de la SES ante conflictos de interés de cualquier tipo.
67	Control Disciplinario	CODI-1	Vencimiento de los términos y/o de etapas procesales.
69	Control Disciplinario	CODI-3	Vulneración de la seguridad del expediente disciplinario.

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

N°	Proceso	ID Riesgo	Riesgo
72	Control Disciplinario	CODI-6	Prescripción de la acción disciplinaria.
76	Evaluación de Sistemas de Gestión	EVGS-2	Pérdida de información almacenada en el software para la administración de documentos del SIG.
78	Evaluación de Sistemas de Gestión	EVGS-4	Incumplimiento del programa anual de auditorías internas.

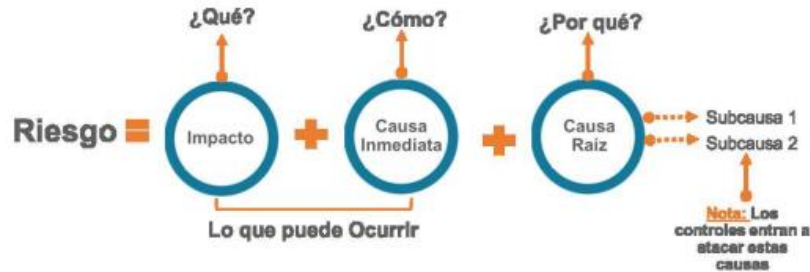
Fuente: Matriz de Riesgos Consolidada – Superintendencia de la Economía Solidaria.

Una vez seleccionada la muestra, se procedió a evaluar la identificación de los riesgos, que comprende la redacción, tipología, descripción de los riesgos, análisis de riesgos.

De la evaluación realizada, se identificaron las siguientes recomendaciones por parte de la oficina de control interno:

- Teniendo en cuenta la Guía de Administración del Riesgos y Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 5, se procedió a evaluar si la redacción de los riesgos cumple con la estructura propuesta en el numeral 2.5 Descripción del riesgo, pagina 32.

Figura 10 Estructura propuesta para la redacción del riesgo



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo de la Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Se observó el ¿Qué?, más no el ¿Cómo? y el ¿Por qué?, tal como se observa en la anterior tabla, se observa como un título del riesgo más no la descripción clara del riesgo. Es importante señalar, que lo anterior se tiene establecido en el PO-PLES-002 Documento Técnico Política de Riesgos Versión 1-2021, sin embargo, no se evidencia en el Mapa de Riesgos de Gestión Versión 03-2021, la aplicación de los mismos.

Dado lo anterior, el proceso mediante correo del 22 de diciembre, informa: "(...) Frente a este comentario, es importante mencionar que en el comité de control interno que se llevó a cabo el 29 de septiembre se presentó junto con la nueva versión de la política y la metodología, la estrategia de implementación de estos nuevos lineamientos, donde se estableció que la

Proceso(s) relacionado(s):	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
CONTROL INTERNO	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

adopción de los mismos (incluida la estructura para la identificación de riesgo) se llevaría a cabo junto con todos los líderes de proceso y sus equipos de trabajo a partir del tercer trimestre de esta vigencia y el resultado de este trabajo se verá reflejado en el mapa de riesgos de la SES de la vigencia 2022. (...)”.

Teniendo en cuenta lo anterior, la OCI, evaluará el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, en auditoría al proceso en la vigencia 2022.

4.2. Evaluación Riesgos De Corrupción

Teniendo en cuenta la Matriz de Riesgos Consolidada recibida, se procedió a filtrar por riesgos de corrupción, encontrando que se identificaron 5 riesgos de corrupción, que se relacionan en el siguiente cuadro, y de acuerdo al mapa de procesos, estos se definieron para; un proceso estratégico, un proceso misional y tres procesos de apoyo.

Si bien se tienen definidos 5 riesgos de corrupción, la oficina de control interno reitera como oportunidad de mejora, revisar de nuevo los riesgos de corrupción por parte de cada proceso, toda vez que de acuerdo a la guía existen riesgos de corrupción en los procesos financieros, de información y comunicación, jurídica, tramites y atención al ciudadano.

Proceso	Descripción del Riesgo
Gestión de Grupos de Interés	Divulgar información de las organizaciones vigiladas con exclusividad en los canales de comunicación de la Superintendencia para beneficio particular.
Supervisión	Expedición de actos administrativos o decisiones en los que se señalen u omitan hechos, con el fin de beneficiar intereses particulares o privados.
Gestión Documental	Pérdida de información y/o acceso abusivo a los sistemas de información de la entidad para beneficio particular o de un tercero.
Control Interno Disciplinario	Aprovechar el conocimiento del contenido del proceso disciplinario para emitir decisión que no se ajuste a derecho para favorecer o beneficiar a un funcionario de la SES vinculado.
Gestión de Contratación	Direccionamiento de contratación en favor de un tercero.

Fuente: Matriz de Riesgo Consolidada – Superintendencia de la Economía Solidaria.

De igual manera, se procedió a revisar el seguimiento al mapa de riesgos de corrupción y se observa que se encuentra el respectivo seguimiento trimestral. Sin embargo, se reitera evaluar la inclusión de más riesgos de corrupción, específicamente frente al tema de conflicto de intereses y lo relacionado con talento humano.

Dado lo anterior, el proceso mediante correo del 22 de diciembre, informa: “(...) *Dentro de la gestión adelantada para adoptar nuevos lineamientos y consolidar el mapa de riesgos de corrupción 2022; se identificaron nuevos riesgos asociados a algunas de estas categorías. (...)*”.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Teniendo en cuenta lo anterior, la OCI, evaluará el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, en auditoría al proceso en la vigencia 2022.

4.3. Análisis de Causas.

Se observó que para el análisis de riesgos se realizó el análisis de causas, de acuerdo a la orientación brindada por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, mediante el anexo 5. Análisis y priorización de causas.

Una vez revisadas las causas de la muestra seleccionada, se observaron las siguientes oportunidades de mejora:

Cuadro evaluación causas

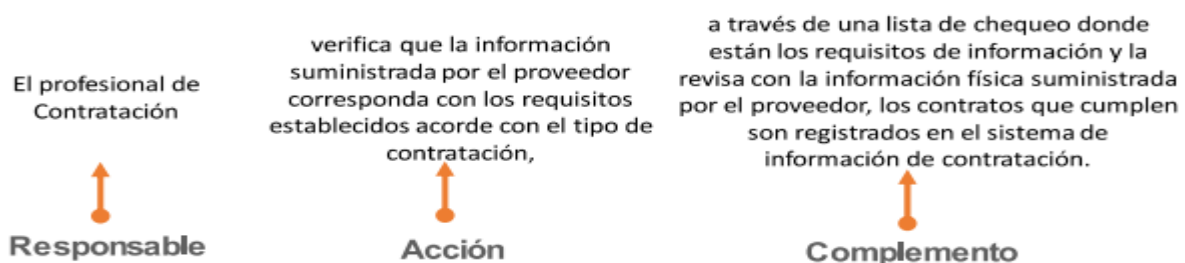
N.º De riesgo	ID Riesgo	Descripción del Riesgo	Proceso	Tipo de riesgo	Causa origen del riesgo	Observaciones OCI
15	GEGI-9	Responder las PQRS verbales y/o escritas de forma inexacta, incompleta, adulterada, confusa e inadecuada	GEGI - Gestión de Grupos de Interés	Riesgo Operativo	Desconocimiento de normatividad aplicable.	Es importante que no solamente es desconocimiento de la normatividad, se debe complementar la causa, ya que se puede deber también a el inadecuado establecimiento de perfiles para la contratación de personal.
62	GITH-3	Incumplimiento normativo y administrativo en la gestión del talento humano	GITH - Gestión Integral de Talento Humano	Riesgo Operativo	Reportes extemporáneos (Formato para comisiones y/o de permiso de ausencias administrativas).	La OCI observa que la causa no tiene relación con el riesgo ni el objetivo del proceso

Fuente: Matriz Consolidada de Riesgos SES. –Elaboración Propia.

5. Evaluación de los controles.

Para realizar la revisión de los controles se tuvo en cuenta la estructura propuesta para la redacción de un control, de acuerdo a la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas

Figura 15 Ejemplo aplicado bajo la estructura propuesta para la redacción del control



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Fuente: Guía para la administración de riesgos y diseños de controles – DAFP V2020.

Proceso(s) relacionado(s):	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
CONTROL INTERNO	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

La revisión se realizó sobre la muestra seleccionada de 31 riesgos, donde se evidenció que el diseño de los mismos mantiene la estructura y los pasos indicados en la guía del DAFP del año 2018. Por lo anterior se recomienda realizar una evaluación a fin de determinar si es oportuno o no, realizar los ajustes de acuerdo a la versión actual de la guía.

Dado lo anterior, el proceso mediante correo del 22 de diciembre, informa: “(...) Frente a este comentario, es importante mencionar que en el comité de control interno que se llevó a cabo el 29 de septiembre se presentó junto con la nueva versión de la política y la metodología, la estrategia de implementación de estos nuevos lineamientos, donde se estableció que la adopción de los mismos (incluida el diseño de controles) se llevaría a cabo junto con todos los líderes de proceso y sus equipos de trabajo a partir del tercer trimestre de esta vigencia y el resultado de este trabajo se verá reflejado en el mapa de riesgos de la SES de la vigencia 2022. (...)”

Teniendo en cuenta lo anterior, la OCI, evaluará el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, en auditoría al proceso en la vigencia 2022.

Es importante señalar, que, para la fecha del presente informe, se ejecutó el seguimiento a los controles, y se revisó la valoración en cuanto a que el control mitiga el riesgo.

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción			Revisión ejecución del control
			Acciones	Fecha de Inicio	Fecha de terminación	
Planificación Estratégica	PLES-1	Inadecuado direccionamiento estratégico de la entidad.	El profesional especializado de planeación aplica encuestas de percepción a grupos de valor para identificar posibles cambios en el entorno externo e interno que pueden incidir en el direccionamiento estratégico de la entidad.	1/6/2021	15/12/2021	Se observó el cumplimiento de la acción
			El profesional especializado de planeación realiza informe del ejercicio de caracterización de usuarios para la vigencia.	1/6/2021	15/12/2021	
Gestión de Tecnologías de Información	GETI-2	Incumplimiento a lineamientos normativos y técnicos aplicables a la entidad.	Realizar seguimiento a la política de gobierno digital dispuesta por MinTIC.	1/4/2021	15/12/2021	Se observó el cumplimiento de la acción
Gestión de Grupos de Interés	GEGI-1	Afectación de la imagen institucional.	El equipo de comunicaciones mensualmente realiza la socialización del Código de Integridad, Código de Buen Gobierno y la Política de Conflictos de Interés a los servidores de la SES. Como evidencia quedará publicación de piezas gráficas.	21/1/2021	15/12/2021	Se observó el cumplimiento de las acciones
			El profesional universitario de talento humano realiza la programación de capacitaciones del Código de Integridad, Código de Buen Gobierno y la Política de Conflictos de Interés de acuerdo a lo establecido en el Plan Institucional de Capacitación.	21/1/2021	15/12/2021	

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción		Revisión ejecución del control	
			Acciones	Fecha de Inicio		Fecha de terminación
			El grupo de servicio al ciudadano y equipo de comunicaciones periódicamente realizan socialización de la Política de Servicio al Ciudadano y la guía de servicio y atención incluyente a los servidores de la SES que dentro de sus funciones y/o obligaciones prestan servicio a los grupos de interés y valor.	1/6/2021	15/12/2021	
			El profesional especializado de planeación trimestralmente realiza socialización de las generalidades de los trámites oficiales de la entidad a los servidores de la SES a través de piezas comunicativas, contenidos en Moodle y/o grabaciones.	1/2/2021	1/11/2021	
Gestión de Grupos de Interés	GEGI-8	Divulgación de información inexacta, incompleta, adulterada, confusa e inadecuada en canales de comunicación.	El profesional especializado de comunicaciones revisa y aprueba las piezas de comunicación (audiovisuales, gráficas, animadas y/o textuales), a través de correos electrónicos, chats, llamadas telefónicas, reuniones virtuales y/o presenciales con el grupo de comunicaciones.	1/1/2021	15/12/2021	No se observaron evidencias para el tercer trimestre, y según el monitoreo de Planeación Estratégica, GEGI,
Gestión de Grupos de Interés	GEGI-9	Responder las PQRS verbales y/o escritas de forma inexacta, incompleta, adulterada, confusa e inadecuada.	El coordinador del grupo de servicio al ciudadano, realiza semestralmente una capacitación general y de las labores de la Superintendencia, de las funciones de las áreas misionales, de los procesos y procedimientos para la respuesta de las PQRS que ingresan a la Superintendencia.	1/6/2021	31/12/2021	se observaron evidencias para el tercer trimestre, y según el monitoreo de Planeación Estratégica, GEGI,
Gestión de Grupos de Interés	GEGI-11	Quejas frente a la prestación de servicios a grupos de valor e interés.	El coordinador del grupo de servicio al ciudadano capacita de manera trimestral a los servidores encargados de la atención telefónica a los usuarios de la SES teniendo como referencia lineamientos establecidos por el DNP como líder de la política de servicio al ciudadano - MIPG, a través de jornadas de capacitación virtual o presencial, los temas principales a abordar en las capacitaciones serán en torno a las generalidades de la entidad y la misionalidad, para brindar una mayor orientación telefónica a los usuarios.	1/1/2021	15/12/2021	Se observó el cumplimiento de las acciones
			El profesional universitario de sistemas realiza capacitación para manejo de nuevo sistema de telefonía IP con los servidores de las SES que realizan atención telefónica.	1/3/2021	1/6/2021	
Supervisión	SUPE-1	Incumplimiento de las funciones de supervisión de la Supersolidaria establecidas en las normas legales.	Los superintendentes delegados realizan seguimiento trimestral a la ejecución del plan anual de adquisiciones programado para la vigencia. Como evidencia quedará reporte de seguimiento, documentos asociados a los ajustes realizados. Empezar las acciones necesarias	1/4/2021	15/12/2021	se observaron evidencias para el tercer trimestre, y según el monitoreo de Planeación Estratégica

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Victor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción		Revisión ejecución del control	
			Acciones	Fecha de Inicio		Fecha de terminación
			para que los procesos de apoyo cuenten con la capacidad del recurso humano que permita ejecutar el plan anual de adquisiciones.			
Supervisión	SUPE-3	Ineficiencia en la aplicación del modelo de supervisión basado en riesgos.	Los Coordinadores de los grupos internos de trabajo de cada una de las Delegaturas cada vez que se identifiquen errores e inconsistencias de las diferentes herramientas tecnológicas utilizadas en el proceso de supervisión reportarán a través de la mesa de ayuda.	1/4/2021	15/12/2021	Se observó evidencia por parte de las delegaturas, sin embargo, por parte de la OAPS, no se observa evidencia.
			Los Intendentes consolidan las oportunidades de mejora o necesidades de nuevos desarrollos tecnológicos, cuando se identifiquen. Como evidencia quedará documento y/o memorando firmado por los Delegados remitido a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, a través del sistema de gestión documental eSigna o por correo electrónico.	1/4/2021	15/12/2021	
			La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas cada vez que se alleguen solicitudes por parte de las Delegaturas asociadas a desarrollos tecnológicos, validará e informará la viabilidad del requerimiento, así como el plan de trabajo de acuerdo al caso.	1/4/2021	15/12/2021	
Gestión Administrativa	GEAD-2	Informalidad en la prestación de servicios internos.	A demanda, se atienden las necesidades sobre la provisión de servicios y bienes administrativos teniendo en cuenta lo definido en los procedimientos establecidos; su ejecución tiene en cuenta las actividades distribuidas según las comunicaciones electrónicas, tablero de control y/o calendario de Gmail para la atención oportuna. En caso de estar activas las alertas en el tablero para la notificación y se informe por parte del responsable, que no es posible atender la necesidad, se vincula a la actividad una persona adicional o se traslada esta, para lograr el cumplimiento en los tiempos definidos. Como evidencia están las alertas del calendario o tablero de control, correos electrónicos de recordatorio o reiteración.	01/03/2021	15/12/2021	Se observaron las evidencias.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción			Revisión ejecución del control
			Acciones	Fecha de Inicio	Fecha de terminación	
Gestión Administrativa	GEAD-5	Incumplimiento en lineamientos técnicos y normativos del Sistema de Gestión Ambiental.	El Profesional Universitario de la OAP, cuando haya modificación a los lineamientos o expedición de nueva normatividad de inmediata adopción, solicita al grupo de Comunicaciones el diseño de piezas comunicativas. Como evidencia quedarán los correos electrónicos de solicitud de piezas comunicativas al grupo de comunicaciones y las piezas comunicativas divulgadas.	01/04/2021	15/12/2021	<p>Se observó correo con la solicitud de actualización de la normatividad, sin embargo, no se evidencia las piezas comunicativas.</p> <p>La OAPS, informa: <i>Esta observación no tiene lugar, ya que el diseño de piezas comunicativas está sujeto a la modificación de los lineamientos o expedición de nueva normatividad de inmediata adopción. Sin embargo, en septiembre el proceso reporta que adelantarán reunión con SST para definir la estrategia de implementación y comunicación de nuevo acto administrativo. Es importante tener presente que esta acción tiene fecha de finalización el 15 de diciembre.</i></p> <p>Por lo anterior, la OCI, retira la observación.</p>
Gestión Administrativa	GEAD-6	Manejo inadecuado de los residuos peligrosos y especiales al interior de la entidad.	El Profesional Universitario de la OAP realiza trimestralmente ejercicio práctico y evaluación en el manejo de residuos peligrosos al personal de servicios generales y servidores del proceso de GEAD, para interiorización de temas vistos en la jornada de capacitación y lo dispuesto en el procedimiento PL-GEAD-001. Como evidencia quedará registro fotográfico y listado de asistencia.	01/04/2021	15/12/2021	Se observó el material de las capacitaciones brindadas.
Gestión de Servicios de TI	GSTI-1	Interrupción en la operación de la plataforma tecnológica.	El supervisor del contrato y/o contratista designado realiza monitoreo a la infraestructura eléctrica a través del FT-GSTI-003 Ingreso al centro de cómputo.	01/06/2021	31/12/2021	Se observó el memorando de solicitud de adquisición de la UPS.
			El profesional especializado de sistemas elabora el estudio previo para la adquisición de la ups de acuerdo las necesidades de la entidad.	15/6/2021	31/8/2021	
			El Coordinador del grupo de gestión de contratación adelanta el proceso contractual para la adquisición de UPS, de acuerdo a estudio previo definido.	1/9/2021	31/10/2021	
			El supervisor del contrato designado valida la implementación de la UPS de acuerdo a las obligaciones contractuales y ficha técnica.	1/11/2021	31/12/2021	

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Victor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción			Revisión ejecución del control
			Acciones	Fecha de Inicio	Fecha de terminación	
			El profesional especializado revisa y ajusta el procedimiento de PR-GSTI-0 Gestionar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los servicios TI.	1/8/2021	10/12/2021	
Gestión de Servicios de TI	GSTI-2	Inaccesibilidad a los servicios de TI.	El profesional especializado revisa y ajusta el catálogo de servicios de la mesa de ayuda junto con los ANS (acuerdos de nivel de servicios).	1/6/2021	31/12/2021	<p>En el tercer trimestre no se observó el respectivo soporte de la ejecución de la acción, sin embargo, en el monitoreo da entender que se cuenta con el soporte.</p> <p>La OAPS informa: <i>Dentro del ejercicio de monitoreo no se avala el cumplimiento de la acción, ya que en el informe de monitoreo del proceso correspondiente al tercer trimestre se realizó la siguiente observación "Control 1. Acción 1: Aunque se realizó el reporte de manera correcta, se sugiere para el próximo seguimiento reportar si la versión final de los ANS se aprobó. No se realizó el reporte de materialización de riesgo y situaciones detectadas durante el periodo".</i></p> <p>Por lo anterior se ajusta observación.</p>
Gestión de Recursos Financieros	GREF-2	Información incompleta o errónea de los estados financieros generados desde el sistema BI para liquidar la tasa de contribución.	El profesional especializado designado de contribuciones mensualmente verifica que los reportes generados por BI, basados en los datos consignados en el SICSES, correspondan a los mismos datos al momento de la liquidación de la tasa de contribución.	1/3/2021	15/12/2021	Se observaron archivos de conciliación
Gestión de Recursos Financieros	GREF-3	Dejar de cobrar los intereses de mora de las obligaciones por multas.	<p>El profesional especializado designado de contribuciones mensualmente verifica los valores consignados por los obligados de las multas pagadas, comparando el reporte del banco con la base de cálculo en Excel para ingresar los intereses en el sistema contable.</p> <p>El técnico administrativo del área de recaudo envía correo electrónico de respuesta a las entidades obligadas por multas para informarles el valor de capital y valor de intereses por mora, así como los datos correspondientes para realizar el pago. Como evidencia quedarán los correos electrónicos enviados y el</p>	1/3/2021	15/12/2021	Se observó la conciliación de multas, de igual manera, el memorando correspondiente a la solicitud de inclusión de resolución de sanción en los actos emitidos por las delegaturas.

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción		Revisión ejecución del control	
			Acciones	Fecha de Inicio		Fecha de terminación
			informe de relación de solicitudes allegadas y respuestas enviadas.			
			La Coordinadora del grupo de financiero en el mes de junio convoca a reunión a su equipo de trabajo y a las Delegaturas para establecer información a incluir en la plantilla de resolución de sanción.	1/6/2021	30/6/2021	
			Los Coordinadores de los grupos sancionatorios y jurídico de las Delegaturas deberán incluir en el resuelve de la resolución de sanción, la información relacionada con el pago de las obligaciones, de acuerdo a la solicitud allegada por parte de la Secretaría general. Como evidencia quedará memorando de respuesta.	1/6/2021	30/6/2021	
Gestión de Recursos Financieros	GREF-5	Constitución inadecuada del rezago presupuestal.	El profesional especializado recibe y valida el formato de (constitución de reservas presupuestales y/o liberación de saldos), si se encuentra alguna diferencia aritmética, por medio de correo electrónico lo devuelve para su corrección y posterior ajuste presupuestal. Como evidencia quedará los correos electrónicos de devolución.	1/12/2021	31/12/2021	No presenta avance, toda vez que inicio en el mes de diciembre.
Gestión de Recursos Financieros	GREF-7	Incumplimiento en la programación de pagos, para lograr la disponibilidad de recursos a tiempo.	El profesional universitario con funciones de tesorería en caso de recibir para pago una obligación no programada dentro de las necesidades del mes, comunicará al Supervisor mediante correo electrónico la no procedencia del pago, hasta tanto se realice la respectiva solicitud de recursos en el formato destinado para tal fin.	1/3/2021	15/12/2021	Se observaron los correos electrónicos que evidencian el cumplimiento de la acción.
Gestión de Recursos Financieros	GREF-9	Revisión y aprobación inoportuna de las cuentas de cobro en SECOP II por parte de tesorería.	El Profesional o Técnico del área de tesorería diariamente realiza revisión en cada una de las cuentas y facturas radicadas en el Grupo de Facturación, respecto a la información registrada en el plan de pagos conforme a la ejecución presupuestal y verifica el cargue de los documentos requeridos; notificando inconsistencias en caso de ser necesario, con el fin de realizar correcciones.	1/3/2021	31/12/2021	Se observó archivo en Excel, en el cual se observa la relación de las cuentas de cobro revisadas según el SECOP.
Gestión de Recursos Financieros	GREF-12	Omitir o perder alguna factura y/o cuenta de cobro y no se realice el pago respectivo durante el mes.	El profesional designado verifica la información documental en físico y electrónicamente de acuerdo a los protocolos y se relaciona en una base de datos para llevar el control. La evidencia de la acción son las bases de datos.	1/3/2021	31/12/2021	Se observó archivo en Excel, en el cual se observa la relación de las cuentas de cobro revisadas según el SECOP.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción			Revisión ejecución del control
			Acciones	Fecha de Inicio	Fecha de terminación	
Gestión de Contratación	GECO-2	Declaración de incumplimiento contractual.	El Coordinador del Grupo de Contratos o profesional designado programa jornadas de capacitación y/o transferencia de conocimiento trimestralmente para interiorización del manual de supervisión a los funcionarios responsables de la supervisión de contratos de cada una de las áreas.	1/4/2021	15/12/2021	Se observó archivos de las capacitaciones realizadas.
Gestión de Contratación	GECO-3	Inadecuada supervisión de contratos y convenios.	El Coordinador del Grupo de Contratos y el jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas requiere a los jefes de área las necesidades de las dependencias para consolidación del Plan Anual de Adquisiciones.	1/1/2021	31/1/2021	Se observó correo electrónico de actualización y modificación del PAA
			Los jefes de área realizan seguimiento mensual al PAA de sus dependencias e informan al proceso de gestión de contratación los ajustes en cuanto que requieran dentro de la programación, así como la exclusión o inclusión de necesidades.	1/2/2021	15/12/2021	
			La jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas recopila el seguimiento presentado por los jefes de área e informa al Coordinador del Grupo de Contratos, para actualización en SECOP II.	1/2/2021	15/12/2021	
Gestión de Contratación	GECO-4	Incumplimiento en la ejecución del presupuesto de la entidad.	La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas realiza seguimiento mensual al cumplimiento de los lineamientos internos establecidos para la definición de necesidades en el Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia.	1/2/2021	30/12/2021	Se observó archivo en Excel mensual de la matriz del PAA
Gestión Integral de Talento Humano	GITH-2	Incumplimiento de los planes de talento humano.	El Coordinador de Talento Humano periódicamente realiza reuniones con el equipo de trabajo para conocer el estado de avance de ejecución de los planes institucionales que son competencia de Talento Humano. Como evidencia quedará acta de reunión y/o grabaciones, registro de asistencia e informes en caso de generarse.	1/4/2021	15/12/2021	Se observó el agendamiento de las reuniones de trabajo. No se evidenció las actas de las mismas que permitan evidenciar el cumplimiento de la acción.
Gestión Integral de Talento Humano	GITH-3	Incumplimiento normativo y administrativo en la gestión del talento humano.	El profesional universitario de talento humano periódicamente realiza capacitaciones y/o socializaciones de los procedimientos PR-GITH-009 con los líderes de los grupos internos de trabajo para interiorizar el procedimiento, generalidades, tiempos de solicitudes y formatos que hagan parte del mismo.	1/4/2021	15/12/2021	Mediante el aplicativo MOODLE, se observó la capacitación a los funcionarios que ingresaron.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción		Revisión ejecución del control	
			Acciones	Fecha de Inicio		Fecha de terminación
Gestión Integral de Talento Humano	GITH-4	Incapacidades y/o indemnizaciones a causa de accidente laboral en ejercicio de funciones y/o obligaciones contractuales por prestación de servicio en comisión.	El líder del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo lleva un control diario del ausentismo de los funcionarios por causa de incapacidades y/o indemnizaciones a causa de accidente laboral en ejercicio de funciones y analizará dicha información para emitir las recomendaciones necesarias a que haya lugar cuando se presenten comisiones.	1/1/2021	15/12/2021	Se observó la presentación de incapacidades y ausentismo del tercer trimestre.
			El líder del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo reporta semestralmente las estadísticas de las enfermedades reportadas en la encuesta sociodemográfica al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	1/6/2021	15/12/2021	
Gestión Integral de Talento Humano	GITH-5	Omisión de declaración de inhabilidad de los funcionarios de la SES ante conflictos de interés de cualquier tipo.	El coordinador del grupo de talento humano cada vez que se requiera solicita acompañamiento del profesional universitario de planeación para actualizar y/o documentar el procedimiento y/o registros. Se evidencia su gestión en documentos aprobados en ISOLUCION y correos electrónicos de solicitud.	1/2/2021	30/11/2021	Se observó pieza comunicativa, en la cual se habla de corrupción y de los deberes como servidor público.
			El coordinador de talento humano una vez se realice la actualización de los registros, solicita al grupo de comunicaciones a través de correo electrónico la divulgación dentro de la entidad. Se evidencia su gestión con los correos electrónicos y las piezas comunicativas.	1/2/2021	30/11/2021	
Control Disciplinario	CODI-1	Vencimiento de los términos y/o de etapas procesales.	El profesional especializado con funciones de control disciplinario semestralmente presentará a la Secretaria general en calidad de jefe de control disciplinario interno, un informe que presente el cumplimiento de los tiempos procesales de los procesos disciplinarios. Como evidencia quedará el informe presentado.	01/06/2021	15/12/2021	Se observó correo en el cual señala que se realizó la actualización de la trazabilidad de los procesos Es importante señalar, que por el grado de confidencialidad no se observa más información.
Control Disciplinario	CODI-3	Vulneración de la seguridad del expediente disciplinario.	El profesional especializado con funciones de control disciplinario y/o contratistas cada vez que se requiera actualizarán los activos de información del proceso de control disciplinario interno, de acuerdo a los criterios de confidencialidad, integridad y disponibilidad establecidos. Como evidencia quedará el inventario de activos de información del proceso actualizado.	1/6/2021	15/12/2021	Se observó correo en el cual señala que se realizó la actualización de la trazabilidad de los procesos Es importante señalar, que por el grado de confidencialidad no se observa más información.

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Victor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Proceso	ID Riesgo	Riesgo	Plan de Acción			Revisión ejecución del control
			Acciones	Fecha de Inicio	Fecha de terminación	
Control Disciplinario	CODI-6	Prescripción de la acción disciplinaria.	El profesional especializado con funciones de control interno convoca a reuniones periódicas a los integrantes del grupo de control disciplinario para verificar de manera conjunta los procesos o expedientes que se encuentran en riesgo de prescripción. Como evidencia quedará correo electrónico informativo a Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario.	1/3/2021	15/12/2021	No se evidenció avance al respecto.
Evaluación de Sistemas de Gestión	EVGS-2	Pérdida de información almacenada en el software para la administración de documentos del SIG.	El Profesional Especializado de Sistemas envía al profesional universitario de la OAP un correo electrónico, el primer día hábil de cada mes, con el reporte de los backup realizados a la base de datos de ISOLución. Como evidencia deberá dejar el reporte del Backup y el correo electrónico por medio del cual se realizó la entrega.	1/4/2021	15/12/2021	Se observó la evidencia del correo informando el backup.
			El profesional especializado de sistemas envía a través de correo electrónico el soporte del mantenimiento realizado al servidor de ISOLución durante el periodo.	1/4/2021	30/6/2021	Se observó correo del mantenimiento realizado a isolución .
Evaluación de Sistemas de Gestión	EVGS-4	Incumplimiento del programa anual de auditorías internas.	El Profesional Especializado de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas con funciones asociadas a MIPG, remite a través de correo electrónico al profesional universitario de planeación, el informe final del FURAG de la vigencia inmediatamente anterior.	1/4/2021	30/6/2021	Se observó el programa anual de auditorías interna, en el cual se señala que se auditaría todos los procesos en el sexto bimestre de 2021, lo cual no se cumplió a fecha del presente seguimiento.
			El líder del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, remite al profesional universitario de la OAP a través de correo electrónico, el informe final de resultados de la ejecución del plan anual de trabajo de SST.	1/4/2021	30/6/2021	
			El contratista de apoyo al Sistema de Gestión Ambiental, remite al profesional universitario de la OAP a través de correo electrónico, el informe final de cumplimiento de los programas ambientales.	1/4/2021	30/6/2021	
			El equipo auditor encargado de las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión, entrega los informes de las auditorías realizadas en el periodo, al profesional universitaria de la OAP por medio de correo electrónico.	1/7/2021	15/12/2021	

Fuente: Matriz Consolidada de Riesgos SES. -Elaboración Propia.

En dicho seguimiento desarrollado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se presentaron observaciones, encaminadas a falta de evidencias, y el no reporte del seguimiento, lo que genera que los controles definidos deban ser revisados y ajustados por los líderes de los procesos, ya que

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

la disminución de la probabilidad e impacto afectaría directamente el nivel de riesgo residual que es el resultado que se obtiene a partir del resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

Es importante señalar que a fecha del presente informe la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas se encuentra realizando actualización de los controles ajustándolos a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5 de 2020- DAFP.

Por lo anterior, esta oficina reitera la importancia que los procesos adopten la cultura de autocontrol frente a la ejecución y cumplimiento de las actividades establecidas dentro de la matriz de riesgos de la entidad.

6. Seguimiento a las recomendaciones del DAFP.

Teniendo en cuenta, los lineamientos del SCI, del cual se desprendió una serie de recomendaciones emitidas por el DAFP, esta oficina procedió a realizar el seguimiento frente a las actividades establecidas para el cumplimiento de dichas recomendaciones, el cual arrojó el siguiente resultado:

ID	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	<p>Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento</p> <p>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p> <p>REVISAR SI LA INFORMACIÓN INCLUIDA CONTINUA VIGENTE Y ACTUALIZAR EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE</p>
1.4	Lineamiento 1: La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público	1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	<p>OAPS: El seguimiento al mapa de riesgos de corrupción se realiza por parte de las áreas que intervienen en el cumplimiento de los controles establecidos para los riesgos de corrupción de manera mensual, por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas de realiza Monitoreo cuatrimestralmente a este registro de seguimiento.</p> <p>- Seguimiento a mapa de riesgos de corrupción 2021 primer cuatrimestre</p>
2.2	Lineamiento 2: Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	<p>OAPS: La definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa se encuentran en la Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria, frente a las responsabilidades en la gestión del riesgo.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Resolución 2020121011505 del 01 de diciembre de 2020 - Actualización del MECI.</p>
2.3	Lineamiento 2: Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno	2.3 Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa	<p>OAPS: La definición de líneas de reporte están dadas en las responsabilidades por Líneas de Defensa, las cuales se encuentran documentadas en la Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria, frente a las responsabilidades en la gestión del riesgo.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Matriz de responsabilidades por línea de defensa</p>

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

ID	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	<p>Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento</p> <p>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p> <p>REVISAR SI LA INFORMACIÓN INCLUIDA CONTINUA VIGENTE Y ACTUALIZAR EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE</p>
5.1	<p>Lineamiento 5: La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.</p>	<p>5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad.</p>	<p>OAPS: En la Política para la administración de riesgos de la entidad se establecieron en el esquema de líneas de defensa, las responsabilidades en lo relacionado con el reporte y periodicidad.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Matriz de responsabilidades por línea de defensa</p>
5.3	<p>Lineamiento 5: La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.</p>	<p>5.3 Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos.</p>	<p>OAPS: Para la toma de decisiones se estableció el formato de mapa de riesgos institucionales, para dar a conocer los resultados de la evaluación del riesgo en la entidad.</p> <p>1. Mapa de riesgos institucionales 2021</p>
7.1	<p>Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.1 Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio.</p>	<p>OAPS: La Política para la Administración del Riesgo define lineamientos para todas las áreas de la entidad a través del esquema de líneas de defensa.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria</p>
7.2	<p>Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.2 La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo.</p>	<p>OAPS: La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas como segunda línea de defensa es la encargada de consolidar el mapa de riesgos institucionales</p> <p>1. Mapa de riesgos institucionales 2021</p> <p>2. Mapa de Riesgos de Corrupción http://www.supersolidaria.gov.co/es/nuestra-entidad/plan-anticorruptcion-y-atencion-al-ciudadano</p>
7.3	<p>Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo.</p>	<p>OAPS: Dentro de las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa se realizará reporte a la línea estratégica para el análisis de la gestión de riesgos.</p> <p>1. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos institucionales - Segundo trimestre 2021 2. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos corrupción - Segundo cuatrimestre 2021.</p>

Proceso(s) relacionado(s):	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
CONTROL INTERNO	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

ID	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	<p>Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento</p> <p>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p> <p>REVISAR SI LA INFORMACIÓN INCLUIDA CONTINUA VIGENTE Y ACTUALIZAR EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE</p>
7.4	<p>Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.</p>	<p>OAPS: Dentro de los lineamientos establecidos en la Política para la Administración del Riesgo de la Supersolidaria, se encuentran definidas las acciones de tratamiento y acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Así mismo en el Mapa de Riesgos Institucionales existe para cada riesgo planes de contingencia ante la materialización.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Mapa de Riesgos Institucionales 2021</p>
7.5	<p>Lineamiento 7: Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).</p>	<p>7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.</p>	<p>OAPS: Dentro de la Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales, se definieron lineamientos para el seguimiento a los controles definidos a los riesgos.</p> <p>1. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos institucionales - Segundo trimestre 2021</p>
8.1	<p>Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.</p> <p>Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.</p>	<p>8.1 La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.</p>	<p>OAPS: Se definieron riesgos de corrupción a procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, atendiendo a resultados de encuesta de percepción aplicada a líderes de proceso.</p> <p>1. Mapa de Riesgos de Corrupción</p>
8.2	<p>Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.</p> <p>Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.</p>	<p>8.2 La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo.</p>	<p>OAPS: Se realiza monitoreo al mapa de riesgos de corrupción, de acuerdo con lo establecido en la Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Mapa de Riesgos de Corrupción 2021 3. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos corrupción - Segundo cuatrimestre 2021.</p>
8.3	<p>Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción.</p> <p>Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.</p>	<p>8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.</p>	<p>OAPS: Este lineamiento atiende acciones de control que desde la Alta dirección se consideren necesarias adoptar en caso de presentarse detección de posibles riesgos de fraude, para establecer si es requerido división de funciones y/o actualización de manual de funciones. Sin embargo, en la Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria, se definen responsabilidades por líneas de defensa frente al reporte, monitoreo y seguimiento de la gestión de riesgos.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Matriz de responsabilidades por línea de defensa.</p>

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

ID	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	<p>Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento</p> <p>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p> <p>REVISAR SI LA INFORMACIÓN INCLUIDA CONTINUA VIGENTE Y ACTUALIZAR EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE</p>
8.4	Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.	8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.	<p>OAPS: Desde la Alta dirección se evalúan las fallas en los controles según los informes de monitoreo a la gestión de riesgos presentados en las reuniones de CICCI</p> <p>1. Mapa de Riesgos de Corrupción 2021 2. Seguimiento a Mapa de Riesgos de corrupción 2021</p>
9.1	Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos	9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.	<p>OAPS: La OAPS orientará a la primera línea de defensa en el análisis de factores internos y externos que incidan en el cumplimiento de los objetivos institucionales de acuerdo a lo establecido en la Política para la Administración de Riesgos de la Entidad, de manera previa a la consolidación del Mapa de Riesgos Institucionales 2022.</p> <p>1. Establecimiento de contexto (interno y externo) de los procesos 2. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria.</p>
9.2	Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos	9.2 La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	<p>OAPS: La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas presenta al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno informe de monitoreo a riesgos relacionados con actividades tercerizadas según los contratos suscritos.</p> <p>1. Informe de monitoreo a riesgos asociados a actividades tercerizadas</p>
9.3	Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos	9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos.	<p>OAPS: La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas presenta informe de monitoreo a la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno respecto a la gestión de riesgos, incluidos los riesgos aceptados.</p> <p>1. Informe de gestión de riesgos de la SES</p>
9.4	Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos	9.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.	<p>OAPS: La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas presenta informe de monitoreo a la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno respecto a la gestión de riesgos, incluidas las alertas tempranas identificadas en reporte de seguimiento a la ejecución de controles, reportado por la primera línea de defensa.</p> <p>1. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos institucionales - Segundo trimestre 2021 2. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos corrupción - Segundo cuatrimestre 2021.</p>

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

ID	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	<p>Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento</p> <p>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p> <p>REVISAR SI LA INFORMACIÓN INCLUIDA CONTINUA VIGENTE Y ACTUALIZAR EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE</p>
10.1	<p>Lineamiento 10: Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).</p>	<p>10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación.</p>	<p>OAPS: La OAPS consolidará la matriz de responsabilidades por línea de defensa para la gestión de riesgos institucionales.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Matriz de responsabilidades por línea de defensa</p>
12.2	<p>Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.2 El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.</p>	<p>OAPS: Dentro de la Metodología para la Evaluación del riesgo se definen criterios para el diseño y evaluación de los controles atendiendo lineamientos dados desde función pública (guía de riesgos DAFP).</p> <p>1. Metodología para la Evaluación de Riesgos Institucionales 2. Matriz de evaluación de riesgos</p> <p>Cada líder de proceso tendrá en cuenta los pasos establecidos en la metodología de riesgos para definir los controles a cada una de las causas principales de los riesgos identificados, posteriormente, realizará la evaluación de los mismos teniendo en cuenta los criterios establecidos en la metodología.</p>
12.3	<p>Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.</p>	<p>OAPS: La Política para la administración de riesgos establece responsabilidades para el monitoreo a los riesgos desde el esquema de líneas de defensa.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria</p> <p>Cada líder de proceso reportará a la OAPS, el monitoreo y seguimiento a los riesgos del proceso de acuerdo a la periodicidad establecida en la Política.</p>
12.4	<p>Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.</p>	<p>OAPS: Dentro del seguimiento a reportar por cada uno de los líderes de proceso, la OAPS realizará el monitoreo al cumplimiento de los controles establecidos para los riesgos en zona extrema, alta y moderada de acuerdo con lo establecido en la Política para la Administración del Riesgo de la entidad.</p> <p>1. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos institucionales - Segundo trimestre 2021 2. Resultados de monitoreo a mapa de riesgos corrupción - Segundo cuatrimestre 2021</p> <p>De conformidad con lo socializado en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno celebrados en las fechas relacionadas más adelante, frente a este lineamiento se SOCIALIZARON LOS AVANCES Y EJECUCION de las diferentes acciones y seguimientos que evidencian el cumplimiento del presente lineamiento, las cuales se pueden evidenciar en las presentaciones realizada por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, las cuales hacen parte integral de las Actas de los Comités celebrados en esas fechas.</p> <p>- 29 de enero de 2021 - 26 de marzo de 2021 - 31 de mayo de 2021</p>

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Victor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

ID	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	<p>Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento</p> <p>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</p> <p>REVISAR SI LA INFORMACIÓN INCLUIDA CONTINUA VIGENTE Y ACTUALIZAR EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE</p>
12.5	<p>Lineamiento 12: Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).</p>	<p>12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.</p>	<p>OAPS: A partir de los posibles reportes que alleguen los líderes de proceso en cuanto a cambios en regulaciones y/o en estructuras internas que hayan generado ajustes a los controles, realizará los ajustes correspondientes en el mapa de riesgos.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria 2. Cada líder de proceso en caso de presentarse algún cambio en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos, ajustará los controles establecidos e informará a la OAPS.</p> <p>Cada líder de proceso reportará a la OAPS, el monitoreo y seguimiento a los riesgos del proceso de acuerdo a la periodicidad establecida en la Política.</p>
16.4	<p>Lineamiento 16: Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.</p>	<p>16.4 Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.</p>	<p>OAPS: La Política para la administración de riesgos establece responsabilidades para el monitoreo a los riesgos desde el esquema de líneas de defensa.</p> <p>1. Política para la Administración de Riesgos de la Supersolidaria</p>
17.3	<p>Lineamiento 17: Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).</p>	<p>17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo.</p>	<p>Líderes de los procesos - Políticas OAPS: La segunda y tercera línea de defensa son las encargadas de evaluar o comunicar las deficiencias, todo esto se encuentra incluido en la política para la administración de riesgos de la SES. Se tendría que validar las demás políticas de la entidad como la de GETH u otras que tengan relación con el SCI</p> <p>1. Política para la administración de riesgos de la entidad donde se establecen acciones de reporte frente a la gestión del riesgo</p> <p>- Líderes de proceso: Se aplica los lineamientos establecidos en la Política para la administración de riesgos de la entidad.</p>
17.4	<p>Lineamiento 17: Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).</p>	<p>17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.</p>	<p>OAPS: De acuerdo a lo establecido en la Política para la Administración de Riesgos, los riesgos que se materialicen serán comunicados al CICCI a través del informe de monitoreo correspondiente.</p> <p>En cuanto a riesgos, las acciones correctivas atienden a los riesgos materializados al interior de la entidad.</p> <p>1. Política de administración de riesgos y acto administrativo de aprobación 2. Metodología para la evaluación de riesgos.</p>
17.7	<p>Lineamiento 17: Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).</p>	<p>17.7 Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).</p>	<p>OAPS: La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas realiza monitoreo periódicamente a la autogestión que realizan los líderes de proceso frente al reporte de seguimiento en el cumplimiento de la ejecución de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos, donde se realizan observaciones de retroalimentación para que desde los procesos sean acogidas y tenidas en cuenta en el momento de realizar su seguimiento.</p>

Proceso(s) relacionado(s):

CONTROL INTERNO

Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes

Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes

Aprobó: Victor Manuel Ciro Silva

Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

ID	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECIFICO	Explicación de cómo la Entidad <u>evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación REVISAR SI LA INFORMACIÓN INCLUIDA CONTINUA VIGENTE Y ACTUALIZAR EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE
			1. Informe de monitoreo mapa de riesgos institucionales.

Fuente: Información allegada por OAPS. –Elaboración Propia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se concluye, que las recomendaciones relacionadas con la administración de riesgos, se cumplen.

7. Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR

La oficina de control interno, procede a realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades suscritas en el Plan de Mejoramiento de la CGR.

Se observó el hallazgo 13, “(...) *En conclusión, las situaciones descritas muestran debilidades en el ejercicio de la función de Control Interno de vigilar que las operaciones institucionales se enmarquen dentro de las normas legales y reglamentarias vigentes. (...)*”

Para lo anterior se estableció como actividad: “(...) *Actualización de matriz de riesgos. (...)*”

Es importante señalar que, con corte a junio de 2021, la Oficina de Control Interno, realizó el cierre de la actividad al estar cumplida al 100% desde la anterior vigencia.

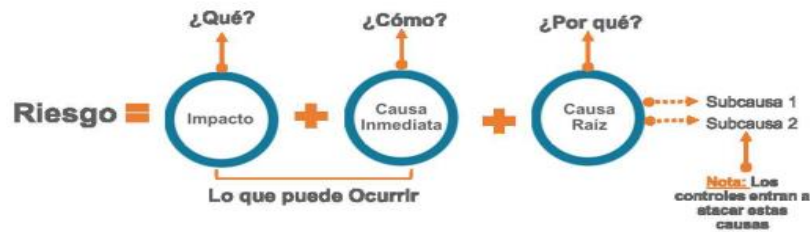
8. Oportunidades de Mejora

De la evaluación realizada, se identificaron las siguientes recomendaciones por parte de la oficina de control interno:

- a) Teniendo en cuenta la Guía de Administración del Riesgos y Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 5, se procedió a evaluar si la redacción de los riesgos cumple con la estructura propuesta en el numeral 2.5 Descripción del riesgo, pagina 32.

Proceso(s) relacionado(s):	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
CONTROL INTERNO	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

Figura 10 Estructura propuesta para la redacción del riesgo



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo de la Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Se observó el ¿Qué?, más no el ¿Cómo? y el ¿Por qué?, tal como se observa en la anterior tabla, se observa como un título del riesgo más no la descripción clara del riesgo.

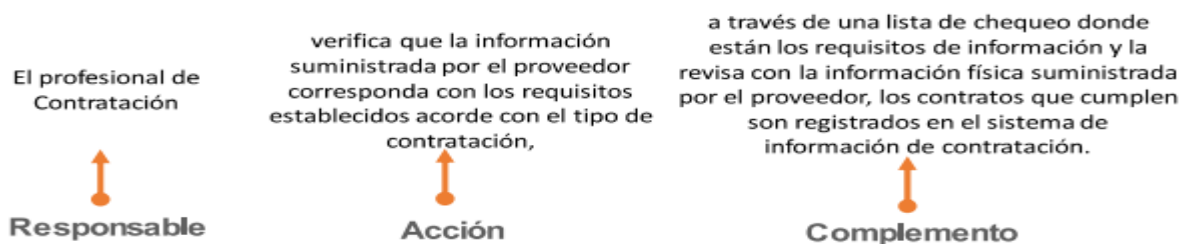
Es importante señalar, que lo anterior se tiene establecido en el PO-PLES-002 Documento Técnico Política de Riesgos Versión 1-2021, sin embargo, no se evidencia en el Mapa de Riesgos de Gestión Versión 03-2021, la aplicación de los mismos.

Dado lo anterior, el proceso mediante correo del 22 de diciembre, informa: “(...) Considero que esta oportunidad de mejora no tiene lugar, ya que como se ha expuesto en los comentarios anteriores, la adopción de todos estos lineamientos está sujeta al cumplimiento de la estrategia de implementación aprobada por el comité de control interno el 29 de septiembre y nos encontramos trabajando en ello. (...)”

Teniendo en cuenta lo anterior, la OCI, mantiene la oportunidad de mejora ya que no es una observación, sino un elemento a tener en cuenta en el proceso de actualización que se está llevando a cabo, de igual manera evaluará el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, en auditoría al proceso en la vigencia 2022.

- b) Para realizar la revisión de los controles se tuvo en cuenta la estructura propuesta para la redacción de un control, de acuerdo a la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas

Figura 15 Ejemplo aplicado bajo la estructura propuesta para la redacción del control



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Fuente: Guía para la administración de riesgos y diseños de controles – DAFP V2020

Proceso(s) relacionado(s):	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
CONTROL INTERNO	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015

La revisión se realizó sobre la muestra seleccionada de 31 riesgos, donde se evidenció que el diseño de los mismos mantiene la estructura y los pasos indicados en la guía del DAFP del año 2018. Por lo anterior se recomienda realizar una evaluación a fin de determinar si es oportuno o no, realizar los ajustes de acuerdo a la versión actual de la guía.

Dado lo anterior, el proceso mediante correo del 22 de diciembre, informa: “(...) Considero que esta oportunidad de mejora no tiene lugar, ya que como se ha expuesto en los comentarios anteriores, la adopción de todos estos lineamientos está sujeta al cumplimiento de la estrategia de implementación aprobada por el comité de control interno el 29 de septiembre y nos encontramos trabajando en ello. (...)”

Teniendo en cuenta lo anterior, la OCI, mantiene la oportunidad de mejora ya que no es una observación, sino un elemento a tener en cuenta en el proceso de actualización que se está llevando a cabo, de igual manera evaluará el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, en auditoría al proceso en la vigencia 2022.

- c) Se tienen definidos 5 riesgos de corrupción, la oficina de control interno reitera como oportunidad de mejora, revisar de nuevo los riesgos de corrupción por parte de cada proceso, toda vez que de acuerdo a la guía existen riesgos de corrupción en los procesos financieros, de información y comunicación, jurídica, tramites, y lo relacionado con talento humano, específicamente frente al tema de conflicto de intereses.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA (Pueden incluir, antecedentes y resúmenes)

Finalmente, se concluye que los líderes de proceso, deben comprometerse a cumplir con lo establecido en el mapa de riesgos de la entidad, toda vez que la materialización de un riesgo puede generar un alto impacto en la ejecución de las metas de la entidad.

Por último, es importante señalar, que a fecha del presente informe se está realizando una nueva revisión, actualización y ajustes al mapa de riesgos de la entidad la OCI, reitera que las oportunidades de mejora son elementos a tener en cuenta en el proceso de actualización que se está llevando a cabo, de igual manera evaluará el cumplimiento de lo anteriormente mencionado, en auditoría al proceso en la vigencia 2022.

(Original Firmado)

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Martha Rocio Yanquen Parra.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó: Víctor Manuel Ciro Silva
	Fecha de creación: 06 de Octubre de 2015